

Tvang i et recoveryperspektiv

- Et nødvendig onde

Masteroppgave i psykososialt arbeid

Av

Andrea Fidje Amundsen

Rita Junker Lian

Veileder: Tonje Lossius Husum

Biveileder: Monica Strømmland

Universitetet i Agder, 2022
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse

Forord.

Det å skrive en masteroppgave har vært en lang og krevende prosess. I prosessen det siste året har både koronapandemien og et nytt familietilskudd påvirket oss i stor grad. Likevel har det vært en svært lærerik prosess, og vi har begge to tilegnet oss mer kunnskap enn det vi i utgangspunktet hadde om tvang. Dette har vært et godt eksempel på at selv om vi har lang erfaring med tvang, blir vi aldri ferdig utlært og ny kunnskap om et emne vil hele tiden melde sin ankomst.

Denne masteroppgaven er skrevet av to medstudenter som møtte hverandre første gang i jobbforbindelse på en forsterket skjermet avdeling hvor tvangsvedtak var en del av arbeidshverdagen. Selv om vi den dag i dag ikke lengre er kollegaer, har vi utviklet et godt vennskap og vært hverandres gode støtte igjennom dette fire år lange studieforløpet. Dette er et vennskap vi tar med oss videre.

Først ønsker vi å takke vår veileder Tonje Lossius Husum for rask, konstruktiv og ærlig tilbakemelding igjennom hele skriveprosessen. Tusen takk for at du har vært så grundig i å lese oppgaven vår opptil flere ganger. Tusen takk til Monica Strømmand, bi-veileder og universitetslektor ved Universitetet i Agder, for at du også har gitt oss tilbakemelding igjennom hele skriveprosessen. Tilbakemeldingene dine har på lik linje med Tonje vært raske, konstruktive og ærlige. Vi setter stor pris på arbeidet dere har lagt i å hjelpe oss.

Tusen takk til deltakerne vi har fått lov til å intervju under denne studien. Deres ærlige svar på store og komplekse spørsmål har gjort at vi i dag sitter igjen med en ferdig oppgave.

Tusen takk til våre arbeidsgivere Ellen Mona Flatebø og Torhild Hauge, for fleksibilitet og villighet til å tilrettelegge vårt studieforløp kombinert med arbeid. Dere har gjort hverdagen enklere.

Tusen takk til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som fant problemstilling vår spennende og relevant.

Til slutt ønsker vi å takke vår familie. Tusen takk til Thomas og Tor Ståle for tålmodighet, oppfølging av barna og ansvaret hjemme. Dere har i stor grad bidratt til at vi har kunne fokusere på denne oppgaven etter beste evne i ro og fred. Tusen takk til våre

tålmodige og fantastiske barn Erica, Tor Håkon, Brage og Trajan. Nå er mammaene deres endelig ferdige med oppgaven!

Mandal, mai 2022

Sammendrag

Formål: I Norge gir Psykisk helsevernloven adgang til å bruke tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) dersom dette blir vurdert som et bedre alternativ for brukeren enn å være innlagt på en institusjon med tvang. Hensikten med studien er å sette fokus på hvordan helsepersonell opplever at tvang påvirker bedringsprosessen til brukeren.

Metode: Studien er en kvalitativ studie. Ved hjelp av et semistrukturert intervju av helsepersonell i kommunehelsetjenesten ønsket vi å finne ut av hvordan relasjoner, motivasjonen og behandlingsalliansen ble påvirket og formet når det foreligger tvangsvedtak. Vi intervjuet elleve personer under studien. Personene vi intervjuet var alle utdannet helsepersonell.

Resultat: Helsepersonellet vi har snakket med har ulike erfaringer med hvordan det er å arbeide recoveryorientert i situasjoner der det foreligger tvang. Hva tvangsvedtaket innebærer rent praktisk for både helsepersonell og brukeren som er pålagt, viser seg å være relevant. Hvordan helsepersonell opplevde at tvangsvedtaket påvirket relasjonen til brukeren viste seg også å være viktig. I tillegg hadde helsepersonellens opplevelse av å arbeide recoveryorientert parallelt med tvangsvedtaket mye å si.

Konklusjon: Formålet med studien var å gi innsikt i hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplevde at tvangsvedtak kan ha betydning deres recoveryorienterte arbeidsmetode, og om de opplever at dette påvirket brukerens bedringsprosess. Et av hovedfunnene våre er at deltakerne ikke opplever at tvangsvedtaket utgjør noen betydelig hindring når det kommer til deres recoveryorienterte arbeid. De opplever at relasjonen til brukerne de kjenner fra før av får seg en «trøkk» i starten, men at dette som regel lar seg reparere relativt fort. Helsepersonell fremstår som positive til bruk av TUD. De sier at de stoler på at vurderingene som blir tatt av fagpersonene og at de anser tvang som et nødvendig onde.

Nøkkelord:

tvang uten døgn – psykisk helsevernloven – recovery – helsepersonell - kommune

Abstract

Purpose: The Norwegian Mental Health Act allows the use of coercion in the form of outpatient commitment (TUD), if considered a better alternative for the individual than to be forcefully admitted to an institution. The purpose of the study is to shed light upon how health professionals experience that coercion affects the individuals recoveryprocess.

Method: The study uses qualitative methods. By the use of a semi-structured interview of public healthcare professionals we aimed to show how recovery, relationships and motivation was influenced when coercion was a was decided. Eleven trained healthcare professionals were interviewed.

Results/findings: The healthcare professionals we interviewed had varied experiences of what working recovery oriented involve, in situations where coercion was present. What appears to be relevant is what the outpatient commitment scheme requires practically for both the individual patient and the healthcare professionals. Another important factor, involved the healthcare professionals perception of how the coercion affected their relationship with the individual patient. Additionally, the healthcare professionals perception of working recovery oriented, simultaneously with coercion appeared to play a big role.

Conclusion: The purpose of the study was to provide insight and experience in how health professionals in the municipal health service experienced that coercive decisions affect their recovery oriented working method, and whether they experience that this affected the individual's process of recovery. A main result is that the participants in this study do not feel that the outpatient commitment scheme constitutes a significant complication to their recoveryoriented work. They experience that the relationship to the individual patient can hit a bump in the road but usually mends relatively quickly. Healthcare professionals appear to be positive concerning the use of outpatient commitment (TUD). They express confidence in the belief that the assessments made by the professionals, and that they consider use coercion as a necessary evil

Keywords: Outpatient commitment – Mental Health Act – recovery – healthcare professionals - municipal

Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Innledning og problemstilling	8
1.1 Studiens hensikt og problemstilling	9
1.2 Oppgavens oppbygning	10
1.3 Begrepsavklaring	10
2.0 Historisk perspektiv på psykisk helsearbeid.....	11
2.1 Helsepolitiske føringer i Norge	18
3.0 Tidligere forskning	20
3.1 Forskning på recovery	21
3.2 Forskning på tvang uten døgn	22
4.0 Teori	24
4.1 Recovery.....	25
4.2 Psykisk helsevern uten døgn	30
4.3 Relevant lovverk for TUD.....	31
5.0 Forskningsmetode.....	35
5.1 Kvalitativ metode	35
5.1.1 Fenomenologi.....	36
5.2 Datainnsamling.....	36
5.2.1 Deltakerne	37
5.2.2 Semistrukturert intervju og gjennomføring av disse	37
5.2.3 Intervjuguide	38
5.3 Ethiske overveielser	40
5.4 Analyse.....	42
5.4.1 Valg av analysemetode.....	42
5.5 Studiens kvalitet	46
5.5.1 Forforståelse	46
5.5.2 Pålitelighet.....	48
5.5.3 Gyldighet.....	49
5.5.4. Overførbarhet	50
6.0 Resultater.....	50
6.1 Et tvangsvedtak hva nå?	51
6.2 Tvangsvedtaket og relasjonen	53
6.3 Tvang og recovery: mitt liv – mitt prosjekt.....	57

6.4. Deltakernes personlige meninger om tvang	60
7.0 Drøfting	61
7.1 Et tvangsvedtak – hva nå.....	61
7.2 Tvangsvedtaket og relasjonen	63
7.3 Tvang og recovery: Mitt liv – mitt prosjekt	65
7.4 Deltakernes egne tanker om tvang	67
8.0 Konklusjon	69
Litteraturliste	71
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke	82
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	87
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	89
Vedlegg 4: Godkjenning fra FEK.....	92

1.0 Innledning og problemstilling

Norges Grunnlov fra 1814 § 94

Ingen må fengsles eller berøves friheten på annen måte uten i lovbestemte tilfeller og på den måte som lovene foreskriver. Frihetsberøvelsen må være nødvendig og ikke utgjøre et uforholdsmessig inngrep.

Bruk av tvang er en innskrenkning i menneskets frihet og autonomi. Likevel er tvangsbruk ovenfor brukere i psykisk helse vanlig praksis i Norge og det har det vært en stund. Hjemmel for tvang uten døgn finner vi for første gang i loven om psykisk helsevern vedtatt 28. april 1961. Den settes Norge på kartet som det første landet til å vedta en slik ordning (Syse, 2007).

Tvang er omfattende og kan beskrives fra ulike perspektiver. Det skilles mellom tre former for tvang. Formell tvang er hendelser og handlinger der det er fattet vedtak om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Opplevd tvang viser til brukerens egen opplevelse og erfaring om hvordan det er å være underlagt tvangsvedtak i psykisk helsetjenesten. Konkret tvang er tvang som faktisk utøves overfor pasienten (NOU, 2011: 9). Vår oppgave berører området formell tvang og er innom konkret tvang på et overflatisk nivå.

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Hensikten er rett behandling på rett sted til rett tid. Målsettingen var å sikre god samhandling på tvers av tjenestenivå, desentralisering og økt behandlingsansvar til kommunene. Brukerne skal behandles av spesialisthelsetjenesten og rehabilitering og videre oppfølging ble lagt til kommunalt nivå (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009). Mange har behov for oppfølging også i etterkant av et opphold i spesialisthelsetjenesten, og mange av dem har komplekse utfordringer og mottar derfor tjenester fra ulike aktører fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Da samhandlingsreformen fra 2016 også skulle gjelde psykisk helse fikk kommunen økende ansvar og nye oppgaver innenfor psykisk helse. Samtidig dømmes et økende antall til tvunget psykisk helsevern (koordineringsenheten, 2020) og flere brukerne får vedtak på tvang uten døgn, TUD (Helsedirektoratet, 2019). Selv om antallet som idømmes tvang uten døgn gikk litt ned etter lovendringen i 2017, ser trenden ut til å snu og bruk av TUD er nå tilbake på samme nivå som i 2016 (Helsedirektoratet, 2019). Helsepersonell i kommunen spiller en viktig rolle i

oppfølgingen av brukere på TUD. Det er de som ser dem jevnlig og møter dem i hverdagen. Selv om de praktiske oppgavene ovenfor brukere med TUD ikke nødvendigvis er så annerledes enn fra oppgavene ovenfor brukere uten TUD er rammene annerledes (Løvsletten et al, 2020 b). Fra å kun ha kontakt med brukere som i all hovedsak ønsker kontakt med, og tjenester fra kommunehelsetjenesten kom det en gruppe brukere som mottar en tjeneste de ikke ønsker. Kommunehelsetjenesten skal nå samarbeide enda tettere med spesialisthelsetjenesten ettersom det er spesialisthelsetjenesten som har det formelle ansvaret og brukeren formelt er pasient i spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten har de siste årene beveget seg i en mer recoveryorientert retning. Selv om recovery er en personlig og individuell prosess er den avhengig av støtte fra omgivelsene. Denne støtten kan komme fra brukerens eget nettverk og omgivelser men fagpersoner spiller ofte en viktig rolle i denne prosessen. Dette omtales som recoveryorientert praksis og er det kommunehelsetjenesten tilbyr. Kommunene har tilnærmet seg implementering av recoveryarbeidet noe ulikt. Felles og kanskje mest synlig er bruken av erfaringskonsulenter og opprettelsen av stillinger for erfaringsmedarbeidere. Bruken av brukerstyrte tiltak og lavterskeltilbud som fokuserer på sosialt nettverk, hverdagsmestring og opplevelsen av å ha en meningsfull hverdag er viktige elementer i kommunalt recoveryarbeid.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Den fortvilelsen og maktesløsheten helsepersonell beskriver når de står i situasjoner der de ikke har juridisk myndighet til å hjelpe mennesker som de mener absolutt burde hatt hjelp er gjenkjennelig for de aller fleste av oss. Denne «klumpen i magen» som mange av oss i helsevesenet kjenner på er kanskje ikke bare selvpåført. Det forekommer stadig saker i media (Bentzrud & Kristensen, 2018; Kalajdzic et.al, 2020; Seim et.al, 2021) der både brukeren selv, pårørende og storsamfunnet i sin helhet klandrer helsevesenet for at de ikke har gjort nok i den enkelte situasjonen. Menneskene er ikke ukjente for helsevesenet. De er stort sett mennesker vi kjenner godt og det er liten til ingen tvil om at de er syke - men ikke syke nok til å få hjelp på tvang.

Med disse tankene som bakteppe ble studiens formål å sette fokus på **å gi innsikt og erfaring** i hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplever at tvangsvedtak påvirker deres recoveryorienterte arbeidsmetode. Psykisk helsearbeid i et moderne og recoveryorientert perspektiv krever motivasjon og engasjement fra brukeren. Hen må ta eierskap i eget liv og i

hovedtrekk utforme sitt eget prosjekt. Tanken om recovery som menneskets unike bedringsprosess gjør at helsetjenesten ikke kan utforme et prosjekt som brukeren selv ikke er motivert for å gjennomføre. Vi ønsket å undersøke hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplever det å arbeide recoveryorientert samtidig som det foreligger vedtak om tvang uten døgn. Vi ønsket å utforske hvilke erfaringer og tanker har de gjort seg omkring tvangsvedtaket og hvordan de opplever at det påvirker brukeren. Oppgavens problemstilling ble derfor:

Hvordan opplever helsepersonell å jobbe recoveryorientert i møte med brukere som er underlagt tvang?

Vi valgte å avgrense problemstillingen til å kun inkludere helsepersonell i kommunehelsetjenesten og deres erfaring med brukere underlagt vedtak om tvang uten døgn.

1.2 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen følger oppgavens andre del, som gir en presentasjon av psykisk helse i et historisk perspektiv. Del tre presenterer tidligere forskning på recoveryorientert arbeid og TUD i Norge. Teorikapittelet er oppgavens fjerde del. Her presenteres recovery som selvstendig teori, hva TUD innebærer og hvilke lover som regulerer tvangsmyndighet og tvangsbruk i psykisk helse. Oppgavens forskningsmetode legges frem i femte del. Her redegjør vi for hvorfor og hvordan kvalitativt forskningsintervju er benyttet som metode. Hele forskningsprosessen beskrives, inkludert vurderinger knyttet til validitet, reliabilitet og etiske hensyn. I oppgavens sjette del presenterer vi analysert data knyttet til problemstillingen, og i syvende del drøftes resultatet med utgangspunktet i teori. Masteroppgaven vår avsluttes med en oppsummering og implikasjoner for videre forskning.

1.3 Begrepsavklaring

Disse begrepene går igjen i oppgaven vår og vi ønsker derfor å kort definere dem.

Bruker: En bruker er i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3) definert som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp

Recovery: er en måte å forstå og forklare den unike prosessen som er knyttet til den enkeltes hverdag. Det bygger på ideologien om at den enkeltes helse, velvære, personlige og sosiale identitet, tilhørighet, deltakelse i samfunnet støtte fra omgivelsene og gode materielle forhold samlet bidrar til bedring i den enkeltes hverdag (Karlsson & Borg, 2017)

Tvunget psykisk helsevern: Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4.

TUD: Tvunget psykisk helsevern uten døgn innebærer at brukeren er underlagt lovbestemmelsene i psykiskhelsevernloven. Hen har formelt pasientstatus i spesialisthelsetjenesten men hen bor hjemme (Unn, 2020)

2.0 Historisk perspektiv på psykisk helsearbeid

Samfunnets behandling av mennesker med psykiske utfordringer har til enhver tid gjenspeilet de holdningene og verdiene storsamfunnet har hatt. Selv om behandlingen gradvis ble mer human med tiden har utviklingen ikke vært strømlinjeformet (Aarre, 2018).

På slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet var det store diskusjoner om hva som lå i begrepet «human behandling». Asylene hadde da klare standarder, og selv om det forekom tvang, var det likevel fokus på å minimere bruken (Meland, 2020). På 1920-tallet vokste det frem oppfatning om at psyken kunne påvirkes igjennom metoder rettet mot kroppen. Det ble utviklet ekstreme «behandlingsmetoder» som krampeterapi, elektrisk sjokk, injeksjon med insulin for å indusere kunstig koma. Den mest ekstreme formen for «behandling» var lobotomi. I Norge ble denne praksisen stanset i 1953 (Meland, 2020).

På slutten av 50-tallet forekom det en kraftig nedgang i bruk av tvangsmidler da antipsykotiske medisiner for alvor gjorde sitt inntog og de psykiatriske avdelingene ble «roligere» (Meland, 2020). På 1960 og 1970-tallet mistet man igjen fokuset på humanitet. Mye av grunnen var at det var vanskelig å rekruttere og beholde personell med kompetanse innen psykisk helse. Legestillinger stod ubesatt over lengre perioder og det manglet også sykepleiere. De som jobbet på asylene var ufaglærte og hadde ikke tilstrekkelig kompetanse (Meland, 2020). Vi vet at tvang innen psykisk helse hadde sin topp på 1970 tallet, i hvert fall i forhold til bruk av mekanisk tvang. (Meland, 2020).

Samtidig kom det også en ny lov om psykisk helsevern i 1966. Denne loven introduserer det som kalles «obligatorisk ettervern», det er det som i senere tid har blitt hetende TUD (Syse, 2007). Frem til da har fokuset i psykisk helse vært å behandle brukere i institusjoner og flere hadde gjentatte reinnleggelser (Syse, 2007). Den nye loven introduserer poliklinisk oppfølging, dagsenter og bofellesskap som et substitutt til innleggelse. Hensikten var å sikre brukerne oppfølging av psykisk lidelse der brukeren bodde. Brukerne kunne skrives ut tidligere, unngå reinnleggelse og eventuelle tilbakefall ville bli raskere oppdaget.

Tanken om recovery vokser frem i det Amerikanske miljøet på 1970- og 80-tallet og kan sees på som en motreaksjon til den paternalistiske holdningen som var gjeldende i datidens psykiske helse. Fagmiljøene begynner å sette fokus på menneskerettigheter og brukermedvirkning innen det psykiske helsearbeidet. Forskningsområder som empowerment, resiliens, rehabilitering, salutogenese, helse og velvære, familie- og nettverksarbeid og samarbeidende praksiser er også beslektet med recovery (Topor, 2001; Anderson 2008; Karlsson & Borg, 2013).

Norske politikere og myndigheter har i snart 40 år arbeidet for at mennesker som sliter med psykiske helse- og rusvansker, skal bli akseptert på lik linje med andre samfunnsborgere. De skal inkluderes i arbeidslivet, ha et sted å bo, ha mulighet til å ta en utdanning og få arbeid. Deretter skal de være inkludert i et nettverk og et lokalmiljø uavhengig av de livsutfordringene og levekår personen måtte oppleve (St.meld. nr. 19 (2014-2015)). Hvert eneste menneske skal forstås som et komplett menneske med sjel, ånd, kropp og sosiale ønsker og behov. Til slutt så utgjør helheten av et menneske mye mer enn summen av disse delene. Vi ser at utfordringen som regjeringen skriver, at de grunnleggende forståelsene som kommer til uttrykk i offentlig dokumentasjon og føringer, krever endringer. Ideologisk og teoretisk sett tenker vi at Recovery har et klart politisk fundament i Norge. Men som regjeringen skriver i Folkehelsemeldingen (St.meld. nr. 19 (2014-2015)) så må det gjennomføres i praksis. Det er derfor fire områder vi mener er viktige:

Behovet for forandring

Reformene i psykisk helse- og rusfeltet i Norge startet tidlig på 1980-tallet. Fra midten av 1990-tallet skjøt kravet om endringer fart. Stortingsmeldingen (St.meld nr 25 (1996-97)) konkluderte at «hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingskjeden har brist i alle ledd (...). Brukerne får ikke den hjelpen de trenger,

personalet føler ikke de gjør en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi folk fullverdige tilbud». Det er behov for omstillingsvilje i tjenesteapparatet, og kunnskapen om psykisk helse må styrkes. Deretter må holdningene til psykisk lidelse både i befolkningen og fagmiljøene endres før det lokale behandlingstilbudet må utvides (Karlsson & Borg, 2017). I stortingsmeldingen kom det frem at det var brister i alle ledd. Bristene kom til uttrykk i organiseringen av tjenestene, det faglige innholdet, den mangelfulle kvaliteten ved tjenestene og i hvordan kunnskapsgrunnlaget må utvides gjennom systematisk evaluering og forskning. Beskrivelsen av tilstanden i tjenestetilbudene ble videreført i Opptrappingsplanen for psykisk helse og senere Samhandlingsreformen. Opptrappingsplanen skulle sikre en forpliktende behandlingsplan for feltet med en tilhøre økonomisk forpliktende plan. Opptrappingsplanen er knyttet til behovet for forandring i retning av kvalitet under overskriftene tilgjengelighet, kontinuitet og helhet. Det blir særlig pekt på brukerperspektivet, mestringsperspektivet og nærhet og desentralisering. Desentralisering er hovedargumentet i Statsbudsjettet for 2004 om forlengelsen av Opptrappingsplanen. Her blir begrepet om lokalbasert psykisk helsearbeid introdusert. Arbeidet var forankret både i et naturvitenskapelig og et samfunnsvitenskapelig perspektiv med vekt på humanistiske idealer. Den faglige og politiske inspirasjonen ble hentet innenfor fagfeltene i Storbritannia, Italia, USA og Sverige (Karlsson & Borg, 2017)

Opptrappingsplanen la særlig vekt på at psykisk helse er et samfunnsmessig anliggende og berører alle fordi det grunnleggende handler om å vise hverandre varme, omsorg og omtanke i konkrete situasjoner og handlinger. Det vises også hvordan vi lever i relasjon til hverandre, og hvor viktig det er at vi har inkluderende og romslige lokalsamfunn. Opptrappingsplanen viser også til at individperspektivet på psykisk helse er ett av mange. Sosiale og relasjonelle perspektiver er like viktig i arbeid med psykisk helse som meningsfulle arbeids- og fritidsaktivitet, tilfredsstillende boliger, inklusjon i ulike sosiale felleskap og muligheter for kulturelle og åndelige stimulans. Det er et enstemmig storting som vedtar et syn på mennesker og psykisk helse som skal være styrende for all virksomhet i arbeidet med psykisk helse. Det er viktig å ha et helhetlig syn på mennesker hvor alle sider spiller inn, da også personens psykiske helse. I det daglige lever vår psykiske helse igjennom den lidenskapelige kjærligheten til for eksempel et fotballag, eller som den vanskelige samtalen med en kjæreste, kollega eller venn. Å omtale en person som «en schizofren», som «psykisk syk» eller «rusmisbruker» er en reduksjon av vedkommende til en endimensjonal person. I rusfeltet har de samme ideologiske og teoretiske inspirasjonene og tankene preget reformen. I løpet av de siste 15 årene har det blitt gjennomført viktige reformer og tiltak ned betydning for

rusmiddelpolitikken. Utvikling av alkoholloven, opptrappingsplanen for psykisk helse, rusreformene, Handlingsplan mot fattigdom, NAV-reformen og samhandlingsreformen er bare noen eksempler. Stortingsmeldingen Se meg! – alkohol – narkotika – doping fra 2012 er svært sentral. Like sentral er Opptrappingsplanen for rusfeltet for 2007 – 2012, som endret organiseringen og delvis innholdet i arbeidet med rusvansker i en mer medisinsk retning til fordel for det sosiale. Et også viktig bidrag er Sammen om mestring fra Helsedirektoratet som slår sammen psykisk helse og rus til ett virkeområde. Nemlig psykisk helse- og rusarbeid. Samtidig fremholdes betydningen av at ulike nivåer av tjenester må samarbeide med brukeren for å kunne lykkes med og i Recoveryarbeid (Karlsson & Borg, 2017).

Syn på mennesket og samfunnet

De nå nevnte reformene i psykisk helse- og rusfeltet viser til at psykisk helse- og rusarbeid skal omfatte organisering og innholdet i alle hjelpetiltak for å bedre brukerens helhetlige helse. De menneskene som trenger det, skal få et helhetlig tilbud om samordnet og individuelt tilpasset hjelp. Det innebærer en grunnleggende, tverrfaglig tilnærming til forståelsen og det konkrete samarbeidet, hvor mange og ulike yrkesgrupper nå skal spille en større rolle i psykisk helse- og rusarbeidet. Det skal også bli gitt rom for at andre profesjoner med en annen utdanning enn leger og psykologer. Dokumentene innholder betydningen av å se utover den hjelpen og støtten de ulike tjenestene kunne tilby. Det var og er like viktig å prioritere arbeid knyttet til sosiale inkludering, antistigma og naboskap i personers omgivelser og lokalmiljø. De helsepolitiske føringene innebærer at kunnskapsgrunnlaget i psykisk helse og rusarbeid skal utvikle seg i en retning utover det tradisjonelle og det etablerte. I fagmiljøene blir det oppfordret å ha grunnlagsproblemer på dagsorden for å kunne unngå pragmatisme, og samtidig sikre et kritisk blikk på etablert viten og praksis. Dette innebærer helt konkret at ulike faggrupper, pårørende, og brukere skulle gis muligheter til å systematisk evaluere ulike behandlingstilbud, og også at brukerperspektivet aktivt skulle innlemmes i alle tjenestetilbud og i utvikling av disse. I slike situasjoner kan mange blikk bidra til kritiske refleksjoner, både hver for seg og sammen: brukere, pårørende, ulike fagprofesjoner og fagtradisjoner. Jo flere stemmer som får mulighet til å løfte frem sine erfaringer og kunnskap, jo bredere og samtidig individuelt tilpasset kan behovet for hjelp og støtte utformes. En sentral forutsetning i utviklingen av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helse- og rusarbeid er anerkjennelsen av de ulike stemmene og deres legitime og demokratiske rett til å ytre seg, til å delta og bestemme i ulike prosesser. Disse formuleringene tyder på at de politiske dokumentene har et grunnleggende ideologisk prosjekt. De er med på å få oss til å forstå menneskets, dets

psykiske helse og kunnskapene og disse forholdene på en annen og langt mer utvidet måte. Denne forståelsen peker på Recovery som et sentralt ståsted i en slik ønsket utvikling og i arbeidsmåter. En person som opplever psykisk helse- og/eller rusvansker skal sees på som et helt menneske med egne ressurser og egen kompetanse i sin konkrete livssituasjon og ikke møtes eller omtales på måter som bidrar til stigmatisering, selvstigmatisering eller sosiale utstøting. Som en naturlig følge av dette må det arbeides med å analysere og forstå sosiale forhold og strukturer, og hvordan disse vil virke inn på personer med helse- og livsbetingelser. Til slutt er at det inviterer oss til å samarbeide med brukere, potensielle brukere og fagpersoner på en annen måte enn tidligere fordi innholdet og utformingen av samarbeid skal fundamenteres hos brukeren (Karlsson & Borg, 2017).

Mye av det empiriske materialet i de ulike gjengitte dokumentene viser til at mange brukere sjelden opplever å møte fagfolk som viser respekt gjennom å lytte til folk, ta deres erfaringer på alvor og la disse få konsekvenser for samarbeidet (Nyttingnes, et.al 2016). Sentralt i dokumentene er at et nytt psykisk helse- og rusarbeid bør fundamenteres i den erfaringsbaserte brukerkunnskapen. I de senere årene har forskning knyttet til brukeres erfaringer med hva som hjelper, formidler svært klart hva de ønsker mer av. De ønsker å bli møtt som innbyggere med kompetanse og ressurser så vel som sårbarhet og problemer. De ønsker å bli møtt som hele mennesker (Ljungberg, 2016; Nyttingnes et.al 2016, Leinan, 2021). Deretter ønsker de å kunne delta i planleggingen av behandling og rehabilitering og sin egen fremtid. Videre ønsker de også å være med på å kunne bestemme hvem som skal delta i de forskjellige planprosessene, og de vil ha tilgjengelig og samordnet hjelp. De ønsker å leve livet sitt og fortsette med hverdagen sin, og ikke bare ta imot det helsepersonell tilbyr, men at de er med å bestemme selv, ha rettigheter og muligheter til forskjellige valg og goder slik som andre innbyggere har (Topor, 2001; Borg, 2007; Ness et.al 2013; Biong & Soggiu, 2015; Ljungberg et.al 2015; Karlsson & Borg, 2017, Bjørnstad et.al 2018; Topor, et.al. 2020; Leinan et.al 2021). Og selv om det er mange som sliter i lengre perioder, gjerne over flere år, er de mer opptatt av å finne gode måter å skape seg et meningsfullt liv på i sitt lokalmiljø enn å bli kvitt alle plagene. Forskning på Recovery er med på å tydeliggjør brukeres erfaringskunnskaper og hva samfunnsmessig og sosial inklusjon kan bety i praksis. Det vil ofte kreve en stor grad av egeninnsats fra hver enkel person, særlig når målet er å overvinne både personlige og samfunnsmessige barrierer for å kunne utvikle et helhetlig liv med eller uten hjelp fra helsetjenester og andre sosiale instanser. Brukerkunnskap tydeliggjør at

Recovery må sees som en integrert del av dagliglivet, der det er avgjørende å ikke overse det som er opplagt (Karlsson & Borg, 2017).

Kunnskapsposisjoner

Institusjonene har hatt en dominerende posisjon i helse- og rusfeltet. Denne posisjonen har også gitt en kunnskapsmakt hvor de samme sykehusene til enhver tid har kunnet bestemme hva som er «rett behandling» og «sann kunnskap» om psykisk helse og rus. Dette har vært og er fortsatt et vanskelig hinder for grunnleggende forståelse av sosiale perspektiver ved Recovery. Det finnes mange studier som viser til hva brukere opplever som nyttig hjelp og hva de ikke opplever som nyttig hjelp (Larsen & Andersen, 2011; Ljungberg et.al, 2015; Leinan et.al 2015). Likevel viser forskning at institusjonene innen psykisk helse ikke alltid har hatt behandling og omsorg for mennesker i smerter og nød som sitt viktigste fundament (Meland, 2020). Studier viser til at behovet for å fjerne personer som ble oppfattet som sosiale avvikende, forstyrrende, truende og som vekket uro i samfunnet, ofte har vært det ledende (Meland, 2020). Samfunnets forventninger og forståelse reflekterer gjerne fagpersoners holdninger til og forståelser av vanskene. Hvordan slike situasjoner kan opplevelser av «den avvikende» som et medmenneske synes ofte som en fraværende refleksjon. Det stilles ulike krav og forventninger til hvordan et avvik defineres og tolkes ut ifra forskjellige kulturer og samfunnsmiljøer. Definisjonsprosessen av avvik i et samfunn avspeiler informasjon om det samme samfunnets sosiale mekanismer og verdier, noe som kan være utfordrende å vedstå seg eller akseptere både på individ- og samfunnsnivå. Som en konsekvens av dette kan vi si at samfunnet kan foretrekke å legge vekt på «sykdomstegnene» hos den innlagte pasienten fremfor «avvikene» (Karlsson & Borg, 2017).

Kritikken mot de «psykiatriske sykehusene» var for 40 år siden sterk, og selv om disse mange steder i verden nå er nedlagt eller antall senger er redusert, har sykeliggjørende praksiser og forståelsesformer fortsatt å dominere. Disse praksisene og forståelsesformene er til hinder og barrierer for å kunne ta i bruk og nyttiggjøre seg av kunnskap om Recovery. Det er selvsagt like viktig i dag som den gang å peke på begrensinger ved individorienterte, ensidige psykiatriske oppfatninger av psykisk helse- og rusvansker, og trekke inn sosiale og samfunnsmessige forståelser og forklaringer. Det er viktig å minne om velferdsstatens ansvar og rolle for alle borgere. Overfokusere på det biomedisinske og psykiatriske har ført til at personers materielle og sosiale situasjoner, og det å bli definert inn i en marginalisert gruppe fratras oppmerksomhet. I standarder og prosedyrer for kartlegging av alle typer problemer, i

forsøk på situasjonsforståelse, planlegging og gjennomføring av behandlingsopplegg eller i kunnskapsutvikling for fagpersoner er de sosiale perspektivene ofte i liten grad synlige. Dette skjer selv om det foreligger mye forskningsbasert kunnskap om sammenhenger mellom levekår generelt og fattigdom da spesielt relatert til psykisk helse og rus, om rasisme og konsekvensene av dette samt forhold knyttet til kjønn. Det psykiatriske paradigmet tok og fikk beholde monopolet på feltet som handler om psykiske vansker. Vi ser at dessverre så har rusreformene i Norge styrket den medisinske og psykiatriske arkitekturen når det handler om forståelsen av og arbeidet med rusproblematikk. I 2016 ble det opprettet en egen spesialitet i «rusmedisin» for leger. Det er derfor god grunn til fortsatt å spørre seg hvordan psykiatrifaget har fått og enda får denne autoritative posisjonen (Karlsson & Borg, 2017).

Sosiale perspektiver.

Det finnes andre argumenter for å ta det samfunnsmessige perspektivet i relasjon til psykisk helse og rus på alvor som kan beskrives gjennom ulike sosiale forståelsesmodeller. Samtidig understrekes det at alle sosiale modeller i psykisk helse- og rusfeltet har det samme fundamentale premisset: De betrakter de sosiale omgivelser og samfunnsmessige betingelser som de viktigste med tanke på hva som kan forårsake eller føre til psykisk helse- og rusvansker. Samfunnsmessige og sosiale forståelsesmodeller bidrar til å utvide perspektivene på psykisk helse og rus så vel som hjelpetiltakenes innretning. Det er likevel noen sentrale områder i denne sammenhengen. Ett slikt område er knyttet til hvorfor visse typer atferd defineres som psykiske problemer eller rusavhengighet. De viser til store kulturelle forskjeller innen, så vel som mellom, ulike land og miljøer i hva som kvalifiseres til en psykisk diagnose. Toleranse og raushet varierer i ulike lokalsamfunn. Et annet område er konsekvensene av psykisk helse- og rusvansker og hva en slik diagnose, erfaring og sosiale rolle gjør med personens liv, utvikling, muligheter og levekår. Forhold knyttet til stigma, marginalisering og å bli fratatt verdsette sosiale rollemuligheter er vesentlig her. Et tredje område som kan pekes på, er sosialepidemiologiske studier av psykisk helse- og rusvansker. Kjønn, etnisitet, sosiale klasser og fordeling i ulike sosioøkonomiske grupper er aktuelle felt for innsikt her. Et fjerde område er årsaksforklaringer, der søkelyset rettes mot hvordan sosiale miljøer og betingelser kan forme og prege personers psykiske helse og uhelse. Ulike samfunnsforhold også bidra til å holde personer fast i håpløse situasjoner og hindre dem i å komme seg videre. Slike sosiale risikofaktorer kan handle om forhold på makronivå, som overordnede samfunnsstrukturer, klasseforskjeller og økonomisk ulikhet, og det kan dreie seg om personers sosiale situasjoner som utdanning, arbeidstilknytning, yrkesgrupper, sivil situasjon og inntekt. Det er all grunn til

å se på forholdet mellom psykisk helse og rus både på et samfunnsnivå både på et samfunnsnivå og i relasjon til hver enkelt samfunnsborger. Hvilke samfunnsbetingelser kan føre til psykisk helse- og rusvansker, og hvilke forhold ved og i samfunnet kan forebygge slike vansker og fremme Recovery? Personer som erfarer psykiske helse- og rusvansker, opplever en rekke barrierer i forhold til velferdsstatens intensjoner om full sosial og økonomisk deltakelse. Dette kan handle om stigma, diskriminering, og fordommer og er et betydelig demokratisk problem. Særpreget ved et demokrati er at menneskerettighetene må respekteres, og at folk må tørre å si hva de mener. Rettigheter som tros-, ytrings- og organisasjonsfrihet er svært viktig. Et demokrati kjennetegnes ved at folket kan velge mellom politiske alternativer. Demokratiet innebærer videre et folkestyre igjennom valgte representanter og på grunnlag av vedtatte lover. Vi lever i et land der det er allmenn oppslutning om demokratiske prinsipper, og der det også er problemer i et demokratisk perspektiv. Deltakelse er ikke lik for alle. Det er grupper med ulike psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse som faller utenfor og representerer tause grupper. Det er viktig å rette søkelyset på prosesser og strukturer i samfunnet som fratrer enkelte borgere deres sivile og politiske så vel som det sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter. Dette er en trussel mot demokratiet og fortjener oppmerksomhet. Det gjøres stor innsats i helse- sosial- og velferdssektoren for å skape et effektive organisasjoner med standardiserte prosedyrer, styringsredskaper, lederteknikker og evidensbaserte behandlingsprogrammer. Et problem i denne sammenheng er fraværet av samfunnsmessige og sosiale perspektiver og faktorer i grunnlaget for tjenester og praksiser. Brukere og pårørende etterlyser hjelp som fokuserer på den konkrete hverdagssituasjonen og på samfunnsforhold og tjenester som hindrer dem i å komme seg videre. Mange etterlyser valgmuligheter og rett til mer kontroll over det som skal skje med og for dem. Det ønskes fagfolk som er mer åpne for det mangfold bedring og mestring av psykisk helse- og rusvansker og deres konsekvenser handler om. Brukere og pårørende oppfordrer fagpersoner til å forsøke å se situasjonen fra personens eget ståsted og legge merke til den innsats vedkommende legger i det å komme seg (Karlsson & Borg, 2017)

2.1 Helsepolitiske føringer i Norge

Regjeringens mål er å legge til rette for god helse og levekår for befolkningen. Brukernes og pasientenes behov skal stå i sentrum når helsetjenesten videreutvikles. Nye teknologiske løsninger som innføres skal bidra til bedre, tryggere og mer brukervennlige tjenester. Tjenestene skal også være likeverdige og tilgjengelig over hele landet (St.meld.nr 18 (2018–2019)) Dagens tilbud til mennesker som har utfordringer innfor kategorien psykisk helse

bygger på opptrappingsplanen, samhandlingsreformen og pakkeforløpet. Det er de politiske føringene som sier noe om hvordan tjenesten skal organiseres og hvilke tilbud som skal tilbys.

Opptrappingsplanen

Psykisk helsearbeid er historisk sett et ungt fag. Stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (1996-1997) kan kanskje sees som starten på det skiftet som har resultert i dagens tanker om psykisk helsearbeid og recoveryorientert praksis. Stortingsmeldingen rettet sterk kritikk mot tjenestetilbudet innen psykisk helse. Dette resulterte i det, som til daglig kalles, opptrappingsplanen (st. prop., 63, 1997 – 1998). Hensikten med opptrappingsplanen var å sikre et tilstrekkelig godt tilbud for mennesker med psykiske lidelser. Opptrappingsplanen legger føringer og mål både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. På fylkeskommunalt nivå skal det, blant annet, bygges opp flere sengeplasser til aktiv døgnbehandling og 160 nye sykehusplasser til pasienter og brukere som dømmes til tvungen psykisk helse (TPH). Et av hovedmålene i opptrappingsplanen er å øke antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern med 50 prosent. På kommunalt nivå skal det bygges flere omsorgsboliger, årsverkene i hjemmetjenesten skulle økes, flere skulle få støttekontakt og bruken av dagsenter skulle økes betraktelig. Det skulle også satses på heving av kompetanse blant ansatte på høyskolenivå. Opptrappingsplanen la grunnlag for en oppbygging av lavterskeltilbud. Samhandlingsreformen har plassert mange av disse tilbudene på kommunalt nivå.

Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nummer 47, bedre kjent som Samhandlingsreformen, har til hensikt å sikre pasienten rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen er ment å videreføre det arbeidet opptrappingsplanen la føringen for. Tuftet på ideen om at hjemmet er det mest helsebringende miljøet for tilfriskning ble flere av oppgavene desentralisert fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen for det somatiske helsevesenet trådte i kraft i 2012 og i 2016 fulgte psykisk helse og rusfeltet etter. Denne politiske føringen med krav om ytterligere desentralisering gir kommunene nye og utfordrende oppgaver (Løvsletten, 2020).

Pakkeforløpet

Pakkeforløpet for helse og rus skal gi pasienter eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Pasienter skal få mer innflytelse på behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis. I pakkeforløpet for psykisk helse

og rus er brukermedvirkning og brukertilfredshet sentrale mål. Pasienten er ekspert på eget liv og vet hva som er viktigst for hen. Derfor er det pasientens egne synspunkter og behov for legges til grunn. Helsepersonell skal involvere pasienten i alle avgjørelser som gjelder vedkommende (Helse Norge, 2020).

Bakgrunnen for pakkeforløpet var at Helsedirektoratet i 2016 fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere et pakkeforløp for psykisk helse og rus i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjon. Året før hadde Helsedirektoratet utarbeidet og implementert Pakkeforløpet for kreft i samarbeid med tjenestene (Helsedirektoratet, 2018). Pakkeforløpet legger opp til recoveryorientert tilnærming.

3.0 Tidligere forskning

Tvangsforskning.no (tvangsforsk) har samlet store mengder av aktuell forskning i deres database TvangsPub. Vi har også fått hjelp av biblioteket på UIA, vi har da søkt i databaser som Cochrane, Google Scholar og Idunn. Vi søkte på ord som tvang OR TUD AND recover*, Recover* AND helsepersonell AND erfaring. Vi søkte også på engelske ord som outpatient comitment OR coercion AND Recover* AND professional OR health personell AND experienc*. Vi delte arbeidsmengden i to når vi startet søket etter litteratur. Mens en av oss systematisk gikk igjennom pensumet vi har hatt gjennom studiet for å se hva som var aktuelt for vår problemstilling samt søk etter litteratur i bokform, startet den andre med å søke i litteraturdatabaser etter aktuell forskning. Vi kom underveis i forskningen over ny og aktuell litteratur ved å bruke «snøballmetoden» der vi så hvilke kilder andre forskere har brukt i sine artikler og verker.

Vi har i valgt norske studier om TUD. Psykisk helse er ulikt organisert og regulert av ulike lovverk fra land til land. Norge har en annen tradisjon når det kommer til bruk av tvang. Norge har blant annet blitt kritisert av FNs torturkommisjon (Sivilombudsmannen, 2018) for bruk av tvang i psykisk helse. Recovery er et fagfelt som er godt forankret i store deler av den vestlige verden. Vi har derfor valgt å inkludere forskning fra vestlige land det er naturlig at vi kan sammenlignes med. Vi har derfor valg å inkludere forskning om recovery fra de skandinaviske landene, samt noe Britisk og Amerikansk litteratur. Ved disse inkluderingskriteriene gikk vi sammen systematisk gjennom hvilken litteratur som var aktuell og hvilken som ikke var.

3.1 Forskning på recovery

Alain Topor fant i sin doktorgradsavhandling (2001) at selv om diagnosen brukeren har fått anses som en «kronisk psykisk lidelse» var det likevel mange som hadde hatt en fullverdig eller sosial recoveryprosess. Samtidig viste studien at igangsetting av forskjellige behandlinger ikke hadde noen målbar innvirkning på effekten av recoveryraten. Dette peker på at recovery skyldes noe mer enn klassisk behandling og at det innebærer mer enn «symptomfrihet».

Satsing på ansvarsområder mellom psykisk helse og rus bidrar til en felles forståelse av ansvarsområder. For god samhandling er suksesskriteriene godt samarbeid mellom tjenestene, parallelle løp, samtidighet i tjenesten og rask intervensjon ved behov. Dette er konklusjonen i kartleggingsstudien til Pettersen og Rudningen (2014). De slår fast at gode modeller forutsetter en tydelig ansvarsfordeling. Løvsletten med flere (2020a) fremhever i sin studie at det er utfordringer mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Flere av deltakerne beskriver samarbeidet som tilfeldig og personavhengig. Recoveryorientert tilnærming skal være suksessfylt er det avgjørende med god samhandling på tvers av tjenestenivåene.

Topor, Larsen og Bøe (2020) presenterte sin forståelse av recovery som noe ut over brukerens indre prosess. De fremhever viktigheten av at recovery ikke bare må anses som noe som skjer på individnivå men som en prosess som gjelder hele personens hverdag. Mellommenneskelige forhold, tilfredsstillende materielle forhold og tilstrekkelig støtte og oppfølging fremheves som viktige for brukerens recoveryprosess. Å etablere, skape og opprettholde positive sosiale nettverk finner flere forskere at er svært viktig. Aspekter med recovery som sosialt nettverk, tilhørighet i samfunnet og opplevelsen av å være nyttig for andre er essensielt for brukerens bedring (Topor, 2001; Borg, 2007; Biong og Soggiu 2015; Topor et.al 2021) Mange mennesker med psykiske lidelser opplever sosial eksklusjon og det å ha noe meningsfylte hverdagsaktiviteter å fylle dagene med fremheves som viktig for recovery (Ness et.al.2013; Bjørnestad et.al 2018). Det å ha en jobb er minst like viktig for mennesker som strever med psykisk sykdom som for resten av befolkningen. Det å ha en jobb gav bedre selvfølelse, opplevelse av forhøyet sosial status, opplevelse av personlig utvikling og mestring og en følelse av å høre til (Borg, 2007).

Innad i fagmiljøet er det enighet om at recovery er en personlig og svært individuell prosess. Likevel er en recoveryprosess avhengig av mer enn bare brukerens indre motivasjon og engasjement. De siste årene er det presentert forskning som viser at recovery må forstås både som personlig men også som en sosial prosess. Det ene er ikke mulig uten det andre. Det er ikke mulig å igangsette en bedringsprosess uten at brukeren selv er motivert og forplikter seg, men det er heller ikke mulig for brukeren å få til en suksessfull bedringsprosess uten en viss tilstedeværelse av tilfredsstillende levestandard og sosiale goder. Recovery foregår i hverdagen og hverdagen til vi mennesker består av en rekke ulike sosiale arenaer.

3.2 Forskning på tvang uten døgn

Flere studier (Riley, et. al 2014; Stensrud, et.al 2015; Stensrud, et.al, 2016) fant at behandling under TUD hindret brukeren å ta ansvar for eget liv. Dette kan peke på at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har en kultur preget av paternalisme. Til tross for dette opplevde brukerne i flere av disse studiene selv at tvang uten døgn var bedre enn opphold i institusjon. Flere av de samme forskerne viste i 2016 (Stensrud, et. al) på at helsepersonell i Norge opplevde utfordringer med å kombinere kontroll med god omsorg og autonomi. Stuen med flere (2018) fant i sin studie at ansatte i ACT team opplevde TUD av og til var en nødvendighet for å sikre kontinuerlig og nødvendig oppfølging av brukere. Dette samsvarer med funnene til Løvsletten med flere (2020). Der forteller noen av deltakerne at de opplever at TUD gjør en positiv forskjell for brukerne ettersom de sikres både nødvendig oppfølging men også vies flere ressurser og derfor følges opp tettere. Flere brukere som følges opp av ACT/FACT-team har historie som inneholder avhengighetsproblematikk og flere avbrutte behandlingsprogram. Deltakerne i studien fremhever også ubalansen i maktforholdet mellom helsepersonell og brukeren. Ofte har hjelperen og mottakeren motstridende interesser og syn på utfordringene. Dette opplevde deltakerne utfordrende for behandlingsalliansen (Stuen et.al. 2018).

Gelius, Løwe og Larsen (2018) finner i sin studie at deltakerne beskriver samarbeidet om å gi brukergruppen et godt tilbud som utfordrende men ikke umulig. Dette gjelder for de fleste TUD-vedtak, men i enda større grad for brukere som er dømt til tunget psykisk helsevern. Her beskrev deltakerne utfordringer med at dette er en ny og ukjent brukergruppe. Mange kjente på usikkerhet og frykt. Usikkerheten og uklarheten i ansvar og manglende ressurser i form av økonomi, kompetanse og erfaring påvirket mange.

Riley med flere (2019) påpeker de områdene brukere på tvang oftest er misfornøyd med er medisinerer, også Leinan med flere finner dette i sin studie i 2021. Hvilket medikament, dosering, hyppighet og administrasjonsmåte er områder som skaper splid og uenighet. Likevel ser man at denne pasientgruppen tar medikamentene som er forskrevet. Norge er et av få land der et TUD vedtak kun sier noe om hvor du bor. Skal du tvangsmediseres må det et eget selvstendig vedtak. Det at mange brukere underlagt TUD ikke har separate tvangsvedtak på medisinerer fører til spørsmål om den faktiske frivilligheten, uformell tvang og makt. Mange har lang erfaring både med spesialist- og kommunehelsetjenesten, «trusselen» om reinnleggelse og dermed tap av frihet gjør muligens at mange brukere på TUD tilpasser seg vedtaket (Terkelsen & Larsen, 2012; Stuen et.al, 2018).

Å være dømt til behandling er ikke nødvendigvis er ensbetydende med utilregnelighet når tiltaket om tvunget psykiskhelsevern igangsettes (Sørensen, 2007). TPH må ikke nødvendigvis følges opp i en lukket institusjon men følges, i stadig flere tilfeller, opp av kommunehelsetjenesten. Ansatte i kommunehelsetjenesten har, som nevnt tidligere, fått nye og annerledes oppgaver som følge av dette (Løvsletten, 2020b). Gelius, Løve & Larsen (2018) peker på at helsepersonell opplever usikkerhet rundt aspekter som sikkerhet, ressurser, ansvar- og oppgavefordeling og lovverk i møte med denne nye gruppen

Leinan med flere (2021) rapporterer at brukere underlagt TUD-vedtak opplever at de ikke blir hørt så mye som ønsket og at de opplever mindre grad av medbestemmelse. De fremhever at for å styrke recoveryarbeidet hos brukere underlagt TUD-vedtak er det viktig å fokusere på myndiggjøring og selvstendigjøring for å hindre at brukeren i for stor grad blir avhengig av tjenesten, og at dette overstyrer hens selvbestemmelse. De trekker frem nettverk og sosial tilhørighet som viktige elementer her.

Kogstad, R. (2016) peker i sin studie på mange ulike aspekter med å utøve tvang sett fra helsepersonells side. På den ene siden peker hun på profesjonslojalitet, intensjonen om å være «lojal mot vedtaket», på den andre siden er velgjørhetsprinsippet og prinsippet om å ikke skade den man skal hjelpe. Hun fremhever at helsepersonell har et behov for å legitimere tvangsbruk i psykisk helse. Det er forsket på helsepersonells opplevelse av etiske utfordringer, tvang og krenkelser i psykisk helse. Husum med flere (2018) konkluderer med at helsepersonell ser mange komplekse etiske utfordringer knyttet til tvangsbruk. Helsepersonell gir uttrykk for at de anerkjenner mange av de utfordringene som brukerne har lagt frem i

årevis. Deltakerne i denne studien peker på muligheten for maktmisbruk og overdreven eller uheldig bruk av tvang (Husum, et.al 2018). Selv om begge disse studiene ikke handler om TUD er den relevant fordi den fokuserer på helsepersonells tanker omkring tvangsbruk.

Løvsletten (2012) beskriver i sin masteroppgave hvem som typisk mottar TUD er. Hun konkluderer med at det i all hovedsak er alvorlig syke, godt voksne mennesker som stort sett er uføretrygdet og bor alene. Nesten en tredjedel har rusproblematikk. Det er et detaljert lovverk som regulerer og begrunner forholdene rundt brukerne men det er lite sentrale føringer på hva den daglige behandlingsoppfølgingen bør inneholde og hvilken kompetanse som stilles til de som følger opp disse brukerne.

Løvsletten med flere (2020b) konkluderer i sin studie med at det fra kommunens synsvinkel ikke er signifikant forskjell på oppfølgingen for brukere med eller uten TUD vedtak med unntak av samtaler om medisiner. De finner at det er liten bruk av Individuell plan selv om dette er en lovfestet rett brukeren har. Det pekes på at helsepersonell mangler kunnskap om TUD og at samhandlingen mellom tjenestenivåene er vag og udefinert.

Høyen (2003) konkluderer med at det ser ut til å være en generell enighet om at tvangsinnleggelse ovenfor brukere som er til fare for seg selv eller andre er riktig. Tvangsbruk som bygger på behandlingskriteriet er vanskeligere å rettferdiggjøre. Selv om denne studien omhandler brukere som har vedtak på tvang med døgnopphold tenker vi at denne holdningen kan være gjeldende også i tilfeller der det gjelder TUD.

Kort oppsummert viser norsk forskning på TUD tendenser til at dette er en ny brukergruppe for kommunehelsetjenesten. Samhandlingen på tvers av tjenester og nivåer er uten klare rammer noe som gjør at helsepersonell opplever usikkerhet i møte med brukeren de skal hjelpe. Hvem som har ansvar for hva oppleves uklart. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplever at de mangler kompetanse for å ivareta brukerne som er underlagt TUD. Det er vanskelig å kombinere den frivillige oppfølgingen som kommunehelsetjenesten med de rammene TUD setter og helsepersonell forteller at det er utfordrende å kombinere omsorg og kontroll, men at dette ikke er en umulig oppgave.

4.0 Teori

Ingen forståelse, verken av psykiske lidelser eller ruslidelser, er endelig. Derfor må alltid spørsmål om hva brukeren sier at hen har behov for eller trenger hjelp til, ha prioritert nummer

én. Holdninger som har ligget til grunn for vellykkede prosjekter og tiltak som er til hjelp for personer med samsykelighet, kan kanskje best beskrives som en slags tålmodig, langsom pågåenhet eller stedighet, som samtidig evner å ta klart hensyn til brukerens egne preferanser (Karlsson & Borg, 2017). Det kan være en åpenbar konflikt mellom behandlerens ønske om å oppnå rusfrihet eller mestrer rusbruken, og brukerens tvil og ambivalens rundt dette. Denne ambivalensen er til stedet hos flere brukere med utfordringer innen området rus og psykisk helse (Karlsson & Borg, 2017).

I dette kapittelet vil vi redegjør for recovery som selvstendig fagteori og arbeidsmodell, hva tvang er og hva tvang innebærer samt hvilke lover og bestemmelser som regulerer bruk av tvang i psykisk helse i Norge.

4.1 Recovery

Det er mange ulike definisjoner på recovery.

«Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen» (Helsedirektoratet, 2014).

Og

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv» (Anthony, 1993¹).

Anthonys definisjon av recovery er kanskje den mest kjente og kanskje den mest aksepterte definisjonen. Paradoksalt bygger hans forståelse av recovery på en sykdomsmodell der recovery er en individuell prosess som kun beror på endringer i personens indre (Larsen et.al, 2021). Det tas ikke høyde for brukerens levekår eller sosiale forhold. Topor, Larsen og Bøe

¹ Oversatt til norsk

2020² lanserte derfor sin definisjon av recovery som noe som ikke bare omhandler brukerens indre bedringsprosess men også ytre faktorer.

Recovery er en dyp sosial, unik og delt prosess der våre levekår, materielle goder, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/eller roller endres.

Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og deltakende liv, sammen med andre selv om vi fremdeles opplever lidelse, uvanlige opplevelser og urolig oppførsel.

Recovery innebærer å involvere seg i nytt materiell og sosiale kontekster, og i åpen dialog der ny forståelse av situasjonen vi befinner oss i dannes etter hvert som vi beveger oss forbi en psyko-sosial-materiell krise (Topor et.al 2020)

Recovery er en del av en humanistisk og en sosial tradisjon. Det innebærer et humanistisk syn på mennesket. Tanken om at og alle mennesker skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer. Det innebærer også en erkjennelse av at det sosiale forstått som klasser, etnisitet, kjønn, seksuell legning, utdanning, religion og familiebakgrunn skaper forskjeller og ulikheter mellom enkeltmennesker, grupper av mennesker og i sosiale levekår og livsbetingelser (Karlsson & Borg, 2017). Et av humanismens grunnprinsipper er troen på at den enkelte er ansvarlig for sitt eget liv (Humanetisk forbund, u.å.) Mennesket forstås som en handlende aktør og som unikt i den forstand at det er et autonomt, rasjonalt, sosialt og åndelig vesen. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom personen som søker hjelp, og fagpersonen som skal hjelpe (Karlsson & Borg, 2017). Autonomibegrepet betyr at personen har muligheter til å ta vare på seg selv og kan fremstå med både selvrespekt og verdighet (Hofman, 2009) Frihet forstås i lys av forholdet mellom ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter hverandre gjensidig i relasjoner som er karakterisert av tilstedeværelse, respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom personen og fagpersonen er basert på og utviklet igjennom tillit og gjensidighet. Samvær, samhandling og samarbeidende praksiser forsøkes etablert som det essensielle i en humanistisk forståelse av Recovery (Karlsson & Borg, 2017).

Det finnes ulike tilnærminger til og forstå utviklingen av recoverybegrepet. Disse bygger på to forskjellige kilder. Erfaringen fra de psykiske helsetjenestene. Og erfaringen fra grasrotbevegelsen og brukererfaringer, dette er erfaringsbasert kunnskap (Borg et.al., 2013).

² Fritt oversatt til norsk

Helsetjenesten er i hovedsak opptatt av målbare resultater mens brukerbevegelsen mobiliserer for å bli hørt, lyttet til, anerkjent og sett på som verdige borgere av samfunnet.

Recovery bygger på systematisert erfaringsbasert kunnskap der kontroll over eget liv, åpenhet, for hva som hjelper og ikke, rettigheter som innbygger og valgmuligheter fremheves. Dette er i tråd med WHO`s *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013) så vel som de sentrale nasjonale politiske føringer i Norge. Recovery er ikke noe nytt begrep eller perspektiv. Personer som har egenerfaring med psykiske helseproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke visst at de kan komme seg både med eller uten behandling (Topor, 2001). Det som skiller recovery fra andre forskningsområder, teorier og retninger er at det er at kunnskapen er utviklet gjennom brukerens egenopplevde erfaring med psykisk lidelse og bedring (Borg et.al, 2013). Særlig har det vært fokus på hva brukeren selv mener skal til for å komme seg. Den økende interessen for recovery settes i sammenheng med økt fokus på menneskerettigheter og brukervedvirkning innen det psykisk helsearbeid.

Forskningsområder som empowerment, resilience, rehabilitering, salutogenese, helse og velvære, familie- og nettverksarbeid og samarbeidende praksiser er også beslektet med recovery (Topor, 2001; Borg et.al, 2012; Karlsson & Borg, 2017). Recovery bygger på en holdning om at vi alle er en del av samfunnet og at vi har samme rettigheter. Vi har ressurser, kompetanse og vekstpotensial (Borg et.al 2013). Recovery handler således om å finne ressursene i seg selv. Dette gjøres gjerne sammen med andre som venner, familie, kollegaer eller fagpersoner. Recovery handler om å bygge et håp om bedring, økt livskvalitet og omgivelser som bidrar og styrker en god hverdag.

I løpet av de siste tiårene er det lagt ned betydelige ressurser og arbeidstimer både i bruker-, forsknings- og fagmiljøet for å tydeliggjøre og definere recoverybegrepet. Likevel er det fremdeles ulik forståelse og bruk av begrepet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Borg med flere (2013) legger til grunn at det er tre ulike recoverytilnærminger som vises i tjenesteutvikling og forskningsarbeid. Recovery som en personlig/individuell prosess, recovery som sosial prosess og klinisk recovery.

Antonys (1993) definisjon av recovery ser recovery som en personlig prosess. Det er brukerens personlige og egne mål som legger føringene for bedringsprosessen. Personen selv skal definere målene og finne meningen med sitt eget liv. Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen (Borg et.al, 2013). En slik tilnærming til recoveryorientert praksis skiller seg fra fag- og

forskningsmiljøers tradisjonelle perspektiver, da disse ofte har det biomedisinske perspektivet som forståelsesgrunnlag, og at tjenestene er preget av krav om effektivitet og målbare resultater. (Borg et.al, 2013). Personlig recovery vektlegger betydningen av håp og det å etablere en positiv identitet. Å ha en hverdag som oppleves meningsfylt og som gir muligheter for å tilhøre et fellesskap der man er til nytte. Det å ha en jobb er svært viktig (Borg, 2007), det å forplikte seg til noe, bidra til noe og oppleve at noen tror på og forventer noe av deg. Det å ha en arena der man følges opp som «vanlig arbeidstaker» og ikke som bruker eller pasient i et helsesystem er positivt for menneskets selvfølelse (Borg, 2007).

Personlig recovery kan forstås som en prosess med ulike faser (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013). Første fase er å komme over fastlåstheten. Dette starter med en aksept av problemene og situasjonen, et ønske om forandring og det å finne håp, mot og inspirasjon til å arbeide med bedringsprosessen. Det andre stadiet handler om å finne og ta tilbake det som er tapt, som egen myndighet og kontroll, ta ansvar, oppdagelse av egne muligheter, læring og egenutvikling og å finne måter å kunne fungere i dagliglivet på. Det tredje stadiet beskriver det å kunne ha god livskvalitet: det å føle velvære og trives med seg selv og livet sitt. Sentralt i forståelsen av recovery som en personlig prosess er at det ikke nødvendigvis er å bli «symptomfri» eller kvitt alle problemene. Det er å leve et godt liv som en innbygger og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient».

De senere årene har det blitt mer og mer vanlig å forstå recovery i et kontekstuellt perspektiv der recovery sees på som en sosial prosess. Bedringsprosessen handler om å leve det hverdagslivet personen selv ønsker, retten til å ta valgmuligheter og retten til å samarbeide med fagpersoner. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdannelse, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor et al, 2009, Borg et.al, 2013). Mange vitenskapelige publikasjoner påpeker at recovery ikke foregår i et vakuum eller på profesjonelles kontor eller i behandlingssenheter. Recovery foregår i selve livet (Topor, 2001, Borg et.al 2013). Identifisering av miljøer og relasjoner som hindrer recovery er viktig for brukerens bedringsprosess. Recoverynærende omgivelser brukes for å beskrive at noen omgivelser er gode for mennesker og gir næring til vekst, utvikling og håp. Andre representerer barrierer og krenkelser (Borg et.al, 2013). Tilhengerne av recovery som en sosial prosess mener det blir for enkelt å snakke om kontroll over eget liv, tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet. Dette forutsetter at det er omgivelser og betingelser som muliggjør det (Borg et.al. 2013).

Recovery fra et sosialt perspektiv forstår først og fremst som å gjenskape en opplevelse av tilhørighet til samfunnet og opplevelsen av en positiv identitet utenfor problemene (Borg et.al 2013).. Hensikten er å leve et godt liv på tross av problemområder i livet. Ved å forstå recovery slik handler bedringsprosessen om å avdekke og håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av psykiske helseproblemer (Borg et.al 2013). Recovery som en sosial modell forutsetter et tverrfaglig samarbeid med andre nivåer og tjenester. Blikket må heves fra individ- og opp til tjenestenivå og evne og egnethet til å samarbeide med brukeren om recoveryprosessen. Det er ikke bare de individuelle utfordringene som må arbeides med, det må arbeides like mye med omgivelsene til brukeren.

Ved å forstå recovery fra et sosialt perspektiv legger man til grunn ulike forståelsesmodeller og elementer. Det kan være at psykiske problemer hos brukeren ofte har en sammenheng med andre hendelser i hans liv. Det innebærer klare sammenhenger mellom psykisk helse og sosiale forhold som arbeidsstatus, «sosial klasse» og sosial rolle. Mennesker med dårlige levekår er overrepresentert når det kommer til psykisk uhelse (Larsen et.al. 2021). Personer med psykiske vansker får, eller får vedlikeholdt, sin uhelse på grunn av samfunnspåvirkninger (Borg et.al 2013).

Recovery kan også forstås fra et klinisk og mer tradisjonelt medisinsk perspektiv som er opptatt av objektive resultatmål og behandlingseffekt (Borg et.al 2013). Ved å definere recovery som noe som er unikt for individet, uavhengig om man ser det som en personlig- eller sosial prosess, skaper utfordring for helsevesenet som fra politiske hold er pålagt å tilby standardiserte tjenester og mål. Dette behandlingsrettede og resultatorienterte perspektivet er omtalt som klinisk recovery (Slade, 2009). Fire sentrale trekk trekkes frem som kjennetegn ved klinisk recovery. Det forstås som et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det foreligger en vurdering utført av en fagperson og tilstanden varierer ikke mellom brukere (Slade, 2009). Ved å forstå recovery på denne måten er målet å kunne fremvise målbare grader av bedring. For å måle dette brukes en rekke funksjonskriterier som både omhandler brukerens personlige og sosiale recovery. Disse er: total symptomfrihet - ordinær heltids- eller deltidsjobb - selvstendig bosituasjon - har venner og deltar i sosiale aktiviteter - varighet av ovennevnte kriterier i to år.

Selv om det er ulike måter å forstå recovery på har de likevel fellestrekk. Borg med flere (2013) trekker frem fem forståelser som er like. Det første er at menneske settes i sentrum og

sees som et helt menneske med både styrker og svakheter og brukeren forstås som ekspert på seg selv. Hen innehar kunnskaper og erfaringer med hva som hjelper. Fokuset er på mening, håp, ressurser og hverdagslivet. Det er i hverdagen livet skjer og fokus på helse, velvære, deltakelse i samfunnet, gjenoppbygge personlig og sosial identitet, finne frem til nye arenaer og omgivelser som støtter bedringsprosessen. Likehetstrekk nummer to er at recovery prosessen bygger på brukerens aktive innsats og hva den enkelte gjør for å hjelpe seg og for å holde håpet levende. Det tredje likhetsaspektet er anerkjennelsen av viktigheten av gode recoveryarenaer. Det er i det vanlige livet man øver på det å leve «et vanlig liv» i samspill med mennesker. Denne enigheten legger til grunn at recovery både er personlig og sosial. Det fjerde er at recovery handler om selve livsprosessen og ikke nødvendigvis resultatet. Det siste fellestrekket er forståelsen av at recovery er individuelt. Det er ikke en rett linje på kurven, men en dynamisk prosess som preges av skritt i alle retninger.

4.2 Psykisk helsevern uten døgn

Autonomi og rett til å bestemme over seg selv er en grunnlovfestet rettighet her i Norge (grl. §94, 1814). Som utgangspunkt har alle mennesker selvbestemmelsesrett over eget liv og helse, og hovedregelen er at alle former for helsehjelp skal være basert på brukerens eget frie samtykke (pbl, 1999). Dette gjelder for alle, også pasienter innen psykisk helse. Likevel er det laget særbestemmelser for denne gruppen.

Tvunget psykisk helsevern kan gjennomføres på to måter, enten med eller uten døgnopphold på institusjon. Når tvungen gjennomføres uten at brukeren må være inneliggende på institusjon omtales det som tvang uten døgn, TUD. Denne formen for tvangsgjennomføring regnes som en mindre inngripende form for tvang, fordi den begrenser seg til å hjemle oppmøte på poliklinikk for behandling, og ikke innebærer frihetsberøvelse der man holdes tilbake i institusjon og borte fra ens dagligliv og alminnelige bevegelser- og handlingsfrihet (NOU, 2011;9). Dette bygger på ideologien om at behandling mot brukerens vilje skal foregå så skånsomt som overhode mulig (Riley, 2016). Brukeren skal motta behandling og oppfølging som hen har behov for da hensikten med tvangsvedtaket er å forbedre, opprettholde eller forhindre forverring av brukerens funksjonsnivå. Forskning viser at brukere som følges opp på TUD er mer fornøyd med denne formen for oppfølging enn tvang i institusjon (Riley, et. al 2014; Stensrud, et.al 2015; Stensrud, et.al, 2016) Leinan med flere (2021) stiller spørsmålet hvorvidt det forekommer en underrapportering fra brukerne i frykt for represalier.

Den «klassiske» mottakeren av TUD er en mann i aldersgruppen 30 – 50 år. Han har vært i kontakt med/er kjent av helsevesenet fra før og har flere episoder med tvangsinnleggelse bak seg. Det er overveiende sannsynlig at han har en schizofreni- eller annen psykoselidelse (NOU, 2011;9; Løvsletten, 2012). Sammenlignet med polikliniske pasienter med alvorlig psykisk lidelse i frivillig behandling, er pasienter som er underlagt tvang uten døgnopphold oftere uføretrygdet, enslige og har lavere utdanning (NOU, 2011:9, Løvsletten, 2012).

I praksis har TUD to hovedfunksjoner. TUD innebærer at brukeren kan re-innlegges med bruk av tvang uten at det er nødvendig å foreta en ny vurdering etter formkravene i psykisk helsevernloven (1999) ettersom denne vurderingen allerede ble foretatt da vedtaket om TUD ble fattet. Vedtak om TUD er også nødvendig når brukeren skal motta tvangsmedisinering. Majoriteten av tvangsvedtakene har de siste årene bestått av tvunget behandling i form av tvangsmedisinering (helsedirektoratet, 2019). Begrunnelsen for tvang uten døgnopphold har i hovedsak vært å kunne sikre fortsatt medikamentell behandling hos brukere som ellers vil seponere medikamentene (NOU, 2011;9). Tvangsformen er med andre ord ment for brukere som ikke har behov for å holdes tilbake i institusjon, men som vil ha det bedre med et pålegg om å møte til behandling. Helse- og omsorgsdepartementet skaper en forutsetning om at TUD kun er for brukere som kan tilpasse seg og etterkomme rammene for TUD (Ot.prp nr 65, (2005 – 2006)).

Det er spesialisthelsetjenesten som har behandleransvar for brukere som følges opp med TUD. Dagens politiske føringer legger opp til økt desentralisering (samhandlingsreformen, 2012) og stadig nedbygging av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten (NOU, 2011:9). Samarbeid med individets bostedskommune er vanlig og svært nødvendig brukere med TUD vedtak har ofte utfordringer som innebærer et tverrfaglig samarbeid på tvers av etater og tjenestenivåer. Vi vet fra før at for å skape et godt miljø for recovery er det viktig med god samhandling på tvers av tjenester. (Pettersen og Rudningen 2014; Løvsletten 2020a).

4.3 Relevant lovverk for TUD

Lovverket som regulerer bruk av tvang i psykisk helsevern er detaljert og omfattende.

Området reguleres gjennom lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) og forskrifter. Lovverket setter tydelige bestemmelser og rammer for brukeres rettigheter og behandling.

Formålet med lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), pasientrettighetsloven, er å sikre Norges innbyggers rettigheter og autonomi i møte med helsetjenesten. Loven sikrer oss en rekke ulike rettigheter, blant annet retten til informasjon og brukermedvirkning i kapittel 3. Så langt det lar seg gjøre skal brukeren, eller brukerens pårørende, få være med å utforme tjenestetilbudet (pbrl, 1999, § 3-1).

Lovens kapittel 4 tar for seg reglene om samtykke. For å kunne gi noen helsehjelp er det avgjørende at hen samtykker til det (pbrl, 1999, § 4-1). Begrepet «samtykkekompetanse» er et komplisert og omfattende begrep. I de senere årene har det blitt vanligere å snakke om «beslutningskompetanse» for å understreke at brukerens rettigheter ikke bare omhandler hens rett til å samtykke til behandling, men også retten til å nekte behandling (NOU, 2011:9; Lauveng, 2017). Pasientrettighetsloven har en rekke ulike bestemmelser og vilkår både for hvilke krav som stilles til samtykkets form (pbrl, 1999, § 4-2) og hvem som har samtykkekompetanse (pbrl, 1999, § 4-3). Hovedregelen er at alle myndige personer har samtykkekompetanse. Det er mulig å miste samtykkekompetansen fullstendig, for perioder eller for enkelte aspekter av livet. Det kan skje hvis brukeren har en psykisk lidelse, utviklingshemming eller kognitiv svikt som gjør at hen åpenbart ikke er i stand til å fatte en informert beslutning. Det er ikke slik at alle mennesker med en bestemt lidelse eller diagnose har, eller ikke har, samtykkekompetanse. Det skal alltid gjøres en konkret vurdering av om akkurat denne personen, i denne gitte situasjonen, har samtykkekompetanse. Det er ikke slik at alle med en kognitiv svikt eller schizofenidiagnose, automatisk ikke vil ha samtykkekompetanse. Vedtaket om å frata brukeren samtykke skal avgjøres av den som yter helsehjelpen. Vedtaket skal være skriftlig (pbrl, 1999, § 4-3) og brukeren eller pårørende har rett til å påklage vedtaket (pbrl, 1999, § 4A-7).

Å vurdere samtykkekompetanse kan være vanskelig. En mye brukt tilnærming kan kort oppsummeres i akronymet **FARV** (Lauveng, 2017). Det bygger på brukerens evne til å **F**orstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp, evnen til å **A**nerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, evnen til å **R**esonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene og evnen til å uttrykke et **V**alg.

Kapittel 4A kom som en tilføyelse til pasientrettighetsloven i 2006. I dette kapittelet beskrives helsehjelp til pasient og brukere som ikke innehar samtykkekompetanse og som motsetter seg

helsehjelp. Formålet (§ 4A-1) er å yte nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade. Undersøkelse og behandling av brukere med psykiske lidelser omfattes ikke av dette kapitlet, men av en egen lov.

Selv om grunnloven sikrer vår autonomi åpner den også for bruk av tvang der det anses som nødvendig «Frihetsberøvelsen må være nødvendig og ikke utgjøre et uforholdsmessig inngrep (grl, 1814, §94). Tvangsbruk ovenfor brukere i psykisk helsevern sees ofte som nødvendig er hjemlet i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, også kjent som psykisk helsevernloven (1999). Det er med utgangspunkt i denne loven vedtak om bruk av tvunget psykisk helsevern fattes. Formålet med loven (§ 1-1) er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det foreligger også en intensjon om å bruke minst mulig tvang.

Det foreligger en rekke formkrav for at tvunget psykisk helsevern kan igangsettes, disse finner vi i psykisk helsevernlovens (1999) kapittel 3 om etablering og opphør av psykisk helsevern. Blant annet må brukeren ha blitt tilsett av en lege som har vurdert at lovens ordlyd gjelder (phvl, 1999, § 3-1), brukeren har rett til å påklage vedtaket eller vedtakets innhold. For å kunne fatte et vedtak om tvunget psykisk helsevern må frivillig psykisk helsevern allerede ha vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller at det er åpenbart ikke er gjennomførbart eller formålsløst å forsøke dette, (Phvl, 1999; Helsetilsynet, 2006; Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Hovedvilkåret er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse og at vedkommende mangler samtykkekompetanse (phvl, 1999, § 3-3). Alvorlig sinnslidelse er ikke et medisinsk begrep men juridisk terminologi. Det er ment å omfatte klare aktive psykoser og avvikstilstander uten psykose men med like stort funksjonstap (Syse, 2007). Hvis ansvarlig behandler finner at vedkommende har en alvorlig sinnslidelse og mangler samtykkekompetansen kan hen legges inn til tvungen observasjon eller behandling dersom følgende kriterier ligger til grunne (phvl, 1999, § 3-3 punkt 3.):

Behandlingskriteriet: Hen får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller at det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret

Farekriteriet: Hen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse
Ved farekriteriet gjelder ikke kravet om at pasienten må mangle samtykkekompetanse.
(Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

Tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i brukerens liv. Det har lenge vært som mål å redusere bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Selv om lovens vilkår er oppfylt skal det foretas en helhetsvurdering om hvorvidt dette er til det beste for vedkommende. I 2017 ble psykisk helsevernloven revidert med formål om å øke pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet (Endringslov til psykisk helsevernloven, 2017). Det ble innført en kompetansebasert modell med krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen behandling og tilbakeholdelse. Lovendringene betyr i praksis at samtykkekompetente mennesker kan nekte å ta imot et tilbud om behandling i psykisk helsevern med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv og helse (Helsedirektoratet, 2020).

Bruk av psykisk helsevern uten døgnopphold, TUD, er hjemlet i pasientrettighetslovens (1999) § 3-5. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som brukeren bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor brukeren om frammøte til undersøkelse eller behandling. Det kan være samtaler, innleggelse, undersøkelse eller at hen tar medisiner. Dersom hen pålegges å ta medisiner som hen ikke ønsker, skal det fattes et eget vedtak om behandling uten eget samtykke (tvangsmedisinering). Hvor medisinerne blir tatt er avhengig av hvilken type medisiner pasienten får, og hva vedkommende og fagansvaret har blitt enige om at er den beste løsningen. Samtidig fastslås det at ansvaret for tvangsvedtaket og behandlingen ligger hos spesialisthelsetjenesten. For at en bruker skal kunne pålegges et TUD vedtak må det vurderes til at dette er det beste for hen. TUD forutsetter at brukeren har et egnet bosted (helsedirektoratet.no, 2017) og at observasjon og behandling kan gjennomføres på en forsvarlig måte. Det foreligger ikke adgang til å utføre tvang i brukerens egen bolig, men om nødvendig kan vedkommende hentes på tvang og bringes til spesialisthelsetjenesten (phvl, 1999, § 3-5).

5.0 Forskningsmetode

I denne delen vil vi redegjøre for den metodiske tilnærmingen som vi har brukt i oppgaven. Vi vil presentere de valgene vi har tatt gjennom prosessen fra tiden før vi gjennomførte intervjuene med deltakerne, og frem til vi var ferdige med å analysere funnene våre. Det vil komme kort beskrivelse av kvalitativ metode, innsamlingsstrategi og forskningsintervjuet. Vi vil presentere utvalg, rekruttering, utarbeidelse av intervjuguiden og hvordan vi gikk frem for å samle data. Avslutningsvis vil vi gjøre rede for hvordan vi arbeidet med transkripsjon og analyseprosessen.

5.1 Kvalitativ metode

Metodelære innenfor samfunnsvitenskap skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Det er forskningsspørsmålet som stilles som avgjør hvilken metodisk tilnærming som er best egnet (Johannessen et.al, 2010). Målet med vår oppgave er å undersøke helsepersonells opplevelse av å jobbe recoveryorientert i møte med brukere der det samtidig foreligger tvangsvedtak. Ved å ta utgangspunkt i deltakernes personlige erfaringer med recoveryarbeid samtidig som det foreligger et tvangsvedtak håpte vi å belyse fenomenene *tvang og recovery* på en nyansert måte. Deltakernes ulike erfaringer vil kunne belyse både likheter og ulikheter. Fra forskningsperspektivet vil dette kunne gi et bredt utvalg av svar som forhåpentligvis utvider både vår og leserens forståelse av et komplekst fenomen. Vi har derfor valgt å løse oppgaven ved bruk av en kvalitativ studie med eksplorerende design. Studien vår vil ha et beskrivende og tolkende design og tilby innsikt i hvordan informantene opplever samarbeidet og bedringsprosessen til brukeren som har et TUD-vedtak. I tillegg kommer vi også til å fokusere på motivasjon og recovery.

Ved å spørre hvorfor og hvordan et bestemt fenomen eller menneskelig erfaring oppstår er kvalitativ forskning et viktig bidrag til evidensbasert helsehjelp (Mohammed, et. al. 2016). I motsetning til kvantitativ forskning som beskriver virkeligheten ut fra tall, tabeller og store enheter, søker kvalitativ forskning å beskrive virkeligheten via få enheter og tekstlige beskrivelser. Kvalitative metoder brukes for å beskrive og analysere karaktertrekk samt egenskaper eller kvaliteter ved fenomenet som skal undersøkes (Malterud, 2011). Man forsøker å skape dybdekunnskap, eksempelvis om det forekommer bestemte mønster hos en bestemt liten gruppe (Johannessen et.al, 2010). I en kvantitativ studie er forskeren ute etter å kunne generalisere funnene fra utvalg til populasjon basert på et representativt utvalg. I kvalitative studier snakker man istedenfor ofte om overførbarheten (ekstern validitet) i

funnene. Det må vurderes om resultatene fra studien vil ha gyldighet ut over den aktuelle studien. Vil funnene kunne brukes i andre sammenhenger og kontekster (Johannessen et.al, 2010, Malterud, 2011).

5.1.1 Fenomenologi

Oppgaven vår har en fenomenologisk tilnæringsmåte til forskningsspørsmålet. Et fenomenologisk perspektiv tar utgangspunkt i den enkeltes subjektive opplevelse (Kvale & Brinkman, 2015). Husserl regnes som grunnlegger av den fenomenologiske metoden å forstå og beskrive bevisstheten (Ingarden, 1967). Tanken er at mennesker ikke kan studeres på samme måte som ikke-levende ting. Mennesker må studeres som handlende, følende, menende, opplevende og forstående individer. Hensikten med en fenomenologisk tilnærming er å gi en, så presis som mulig, beskrivelse av deltakerens egne opplevelse, forståelse og perspektiv. Ved å bruke dette perspektivet vil vi utforske fenomenet på en åpen og spørrende måte. Hensikten er å få tak på individets subjektive opplevelse, samtidig skal vi undersøke flere enkeltindividers opplevelser av det samme fenomenet. Målet for oppgaven er å forsøke å finne essensen av deltakernes erfaring og opplevelse. Johannessen et. al (2010) peker på tre sentrale trekk for et fenomenologisk design.

Forberedelser der forskeren tar utgangspunkt i kunnskaper og egne erfaringer og forsøker å forstå meningen med et fenomen slik det oppfattes av deltakerne.

Datainnsamling der forskeren samler inn data fra deltakere som har erfaring og kunnskap om det aktuelle fenomenet.

Analyse og rapportering der forskeren transkriberer intervjuene og forsøker å plukke ut de fenomenene som er meningsfulle for deltakerne. Til slutt beskrives analyseprosessen og det redegjøres for resultater.

5.2 Datainnsamling

Vår oppgave er rettet mot helsepersonell i kommunehelsetjenesten og deres erfaring med å arbeide recoveryorientert i tilfeller der det samtidig foreligger tvangsvedtak. Vi henvendte oss derfor til avdelinger som arbeider med fagfeltet «psykisk helse og rus.» Vi vil i denne delen gjøre rede for hvordan vi kontaktet og vervet deltakere til studien vår, hvordan intervjuguiden ble utarbeidet og hvordan intervjuene ble gjennomført.

5.2.1 Deltakerne

På grunn av egen forforståelse og fare for å påvirke studien mer enn ytterst nødvendig ønsket vi ikke å benytte oss av deltakere fra egen primær arbeidsgiver ettersom det er en kultur vi er en stor del av og som vi er sosialisert inn i.

Vi utførte et strategisk utvalg når vi rekrutterte deltakere til studien. Et strategisk utvalg innebærer at deltakerne er i en posisjon der de på best mulig måte kan belyse problemstillingen vår (Malterud, 2011). Vi kontaktet flere kommuner i en del av landet. Alle fikk en mail med informasjon om prosjektet og en forespørsel om å delta. Målsettingen var å rekruttere ti deltakere fra ulike kommuner og ulike arbeidsteder. Vi antok at erfaringen med TUD er varierende i ulike kommuner og ulike avdelinger. Erfaringsvis så vi det også som sannsynlig at rammene og organiseringen er noe ulik i de forskjellige kommunene og avdelingene. Noen av de større kommunene har eget FACT-team, mens andre steder er det flere kommuner som samarbeider med samme team. Responsen fra kommunene var svært varierende. To kommuner synes prosjektet var svært spennende og stilte med tre deltakere hver. Andre kommuner svarte at de ikke er interessert eller at de ikke har erfaring med tematikken vi ønsker å undersøke. For å rekruttere de siste deltakerne valgte vi å rekruttere delvis innad i eget nettverk. Vi kontaktet derfor tidligere arbeidsteder og tidligere kollegaer.

Til slutt bestod utvalget vårt av elleve personer med erfaring fra kommunehelsetjenestens tilbud til mennesker med ulike utfordringer innen psykisk helse og rus. Samtlige har høyskoleutdanning der majoriteten er grunnutdannet sykepleiere, de øvrige har helse- eller sosialfaglig utdanning som vernepleier og sosionom. Flere har videreutdanning innen psykisk helse og rus. De arbeider i ulike kommunale tiltak, noen i bofellesskap, booppfølgingstjeneste og lavterskeltilbud. Flere av deltakerne har bred erfaring fra arbeid i kommunehelsetjenesten, noen har også erfaring fra blant annet FACT, sengepost innen psykisk helse og uavhengige behandlingssklinikker. Felles for dem alle er at de har bred erfaring med kommunalt arbeid rettet mot mennesker som har fått pålagt å motta helsehjelp på tvang.

5.2.2 Semistrukturert intervju og gjennomføring av disse

Vi valgte å samle inn data ved bruk av intervju som metode. Dette var fordi vi er ute etter deltakernes egne erfaringer med å arbeide recoveryorientert i situasjoner der det samtidig foreligger et vedtak om tvang. Det er mange ulike måter å gjennomføre intervjuer på. Vi

valgte å nærme oss problemstillingen vår ved å bruke av en-til-en semistrukturert dybdeintervju. Dette valgte vi fordi vi ønsket den fortrolige og mer intime samtalen. Erfaringsvis har vi også opplevd at tvang kan være et sensitivt og tabubelagt tema. Vi ønsket at deltakerne fritt skulle kunne dele erfaringer og personlige tanker i en trygg setting. Da vi startet prosjektet var ambisjonen at vi skulle møte deltakerne fysisk ansikt til ansikt. På grunn av pågående Covid-19 pandemi og periodevis nedstengning av samfunnet, restriksjoner for sosial kontakt og anbefalinger om å unngå fysisk kontakt med personer utenfor egen kohort ble intervjuene gjennomført gjennom telefon og den digitale møteløsningen Zoom. Dette er i forkant avklart med NSD. Av praktiske årsaker valgte vi å dele arbeidsmengden i to, vi intervjuet halvparten av deltakerne hver. Ved å gjennomføre intervjuene på denne måten opplevde vi det ble enklere å tilrettelegge og være fleksible med intervjutidspunktene. Dette var det flere av deltakerne som gav uttrykk for at var nødvendig da de har en hektisk hverdag. Vi tror likevel at intervjuene ville blitt annerledes dersom de ble intervjuet ansikt til ansikt. Det å snakke til en datamaskin eller via telefon gir et, slik vi ser det, upersonlig preg. Vi tenker at atmosfæren og nærheten til deltakeren påvirkes og at vi ville fått en mer fortrolig relasjon dersom vi hadde møtt hverandre fysisk. Vi tror også at det er subtile «småtegn» og gester både verbalt og i kroppsspråket til deltakeren vi kan ha gått glipp av. Enkelte av intervjuene bar dessverre preg av tekniske utfordringer. Dette har eksempelvis vært dårlig dekning slik at samtalen har «lagget» eller at deltakerens kamera ikke har fungert tilstrekkelig. Majoriteten av intervjuene våre var likevel gode samtaler med reflektert helsepersonell og de ble gjennomført uproblematisk. Vi vurderer derfor at studiens datainnsamling er tilstrekkelig god nok til å bygge studien videre på.

Det som avgjør hvor mange som er nødvendig er det som omtales som metningspunkt. Det vil si at nye intervjuer tilfører lite ny informasjon (Kvale & Brinkman, 2015, Tjora, 2017). Å nå et reelt metningspunkt kan i praksis være vanskelig å nå dersom man har begrenset med tid og ressurser til rådighet (Kvale & Brinkman, 2015, Tjora, 2017). Vi har forsøkt å snevre studien til å omhandle helsepersonells opplevelse av å arbeide recoveryorientert samtidig som det foreligger et vedtak om tvang. Vi tror at vi, innenfor våre og oppgavens rammer, oppnådde en hvis datametning. Vårt mål var å gjennomføre minst ti intervjuer, vi gjennomførte elleve.

5.2.3 Intervjuguide

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med utgangspunkt i problemstillingen vår. En kvalitativ intervjuguide består som oftest av noen hovedspørsmål eller -temaer som

utgjør grunnlaget for intervjuet (Malterud, 2011). Spørsmålene suppleres ofte med oppfølgings spørsmål med den hensikt å få mer detaljert informasjon. Kvalitative spørsmål bør være korte og lettfattelige, samtidig skal de stimulere til lange og detaljerte svar. Spørsmålene bør derfor ikke formuleres slik at de gir ja/nei svar. Spørsmålene i et kvalitativt intervju starter ofte med «hvordan» eller «hva» eller «hvorfor» (Kvale & Brinkman, 2015). Rekkefølgen spørsmålene stilles i kan variere ut fra hvordan det enkelte intervjuet utvikler seg (Johannessen et. al. 2010). Med problemstillingen i bakhodet utformet vi følgende hovedspørsmål:

- Kan du fortelle om din erfaring med tvangsvedtak?
- Hvordan påvirkes din jobb som helsepersonell i situasjoner der det foreligger tvangsvedtak?
- Hvordan opplever du at tvangsvedtaket påvirker det recoveryorienterte arbeidet?
- Opplever du at tvangsvedtak gir rom for recoverytenkning?
- Hvordan opplever du samhandlingen omkring tvangsvedtaket?
- Hvordan opplever du at forekomsten av tvangsvedtak påvirker din relasjon til brukeren?
- Hvordan opplever du at forekomsten av et tvangsvedtak påvirker brukerens tilfriskning?
- Hvordan er din personlige opplevelse av tvangsvedtak?

Vedlegg nummer: 2

Vi opplevde strukturen i det semistrukturerte intervjuet som nyttig når vi gjennomførte intervjuene. Etersom vi begge hadde minimalt med erfaring når det kom til gjennomføringen av et intervju ble intervjuguiden viktig. Den gjorde det enklere for oss å holde fokus samt å sikre at vi kom innom samtlige av de temaene vi ønsket svar på i forhold til problemstillingen. Samtidig ble samtalen fri og uformell slik at deltakerne fritt kunne uttrykke det de mente og tenkte omkring temaene. De hadde også mulighet til å snakke om temaer som de selv syntes var viktige og aktuelle.

Utformingen av intervjuguiden er gjort med utgangspunkt i metodeboka til Kvale & Brinkman (2015). Her beskrives hva en intervjuguide bør inneholde på en systematisk og enkel måte. Vi har også brukt boken til Johannessen et. al (2010).

Ettersom vi er to som skriver oppgaven sammen intervjuet vi hverandre for å øve oss. Det var nyttig ettersom vi fikk litt praktisk øvelse i å gjennomføre intervju. Det hjalp nok litt på nervøsiteten i forkant av de første intervjuene. Tanken var også at vi skulle få et omtrentlig estimat av intervjuets varighet. Selv om vi i forkant av de faktiske intervjuene hadde intervjuet hverandre som et slags «pilotintervju» oppdaget vi raskt at noen av spørsmålene var noe «kronglete» utformet da vi begynte med de faktiske intervjuene. Etter det første intervjuet endret vi noe på formuleringen av enkelte av spørsmålene i intervjuguiden.

5.3 Ethiske overveielser

Ethiske forpliktelser omfatter hele prosessen fra planlegging til formidling av resultatet. Kunnskap om mennesker er det bare menneskene selv som kan gi oss. Det er viktig at menneskene føler seg ivaretatt når de bidrar til forskning (Dalland, 2017). Momenter som personvern og menneskeverd, informasjonsansvar og informert samtykke blir sentrale. Forskningen må skje i tråd med gjeldende forskningsetiske retningslinjer (NESH, 2016). Vi sørget for å innhente informert samtykke fra deltakerne og vurdere mulige konsekvenser det kan få for dem å delta i studien. Anonymitet ble sikret gjennom hele studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

Informert samtykke skal sikre at deltakerens bidrag til studien baserer seg på frivillighet. Deltakerne informeres om prosjektet og hvordan det skal gjennomføres. De skal også kjenne til eventuelle fordeler eller ulemper en deltakelse kan ha. Deltakeren skal kjenne til at hen når som helst, frem til materialet er analysert, kan trekke seg fra studien uten at dette får noen konsekvenser for vedkommende (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi utarbeidet derfor et informasjonsskriv (vedlegg nummer 1) deltakerne fikk utsendt i forkant. Vi hentet også inn både skriftlig og muntlig samtykke.

Forskerens ivaretagelse av deltakernes anonymitet er viktig. Dette innebærer at deltakerne ikke skal kunne identifiseres via de dataene som offentliggjøres. Deltakerne skal være enig med forskeren om hvordan dataene fra studien kan brukes (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi har lagt stor vekt på å anonymisere deltakerne i studien. Forskning er avhengig av at deltakerne har tillit til forskeren og at taushetsplikten overholdes (Dalland, 2017). Intervjuene er tatt opp med godkjent opptaker i tråd med UIAs retningslinjer for bruk og oppbevaring av opptaksutstyr (UIA, 2018). Diktafonen har ikke internettilgang og lydopptaket er kun

oppbevart på selve diktafonen. Vi har oppbevart diktafonen i et låsbart skap og slettet lydopptaket når transkripsjonen av intervjuet er gjennomført. Vi har transkribert hver vår intervjuer men vi har begge to hørt alle intervjuene. Intervjuene er deretter transkribert der hvert intervju ble merket med «intervju nummer 1 – 13». Intervjuene ble anonymisert underveis i transkriberingen, da ble arbeidssted, navn, kjønn og andre personidentifiserende opplysninger fjernet, men bakgrunnsopplysninger som utdanning, yrke, arbeidsområde kan være relevant så vi valgte å beholde dette i transkriberingen. I etterkant så vi at dette ikke ble relevant for oppgaven så det er fullstendig utelatt.

Ettersom vi spurte om deltakernes erfaringer med å jobbe recoveryorientert med mennesker som samtidig er på tvang var det forventelig at deltakerne vil dele eksempler fra deres arbeidshverdag og komme med konkrete situasjonseksempler. Taushetsplikten helsepersonell har gjør at historiene vi ble fortalt allerede var godt anonymisert. Deltakerne nevnte aldri navn på brukere. Likevel vil det teoretisk sett være mulig å kunne kjenne dem igjen for andre som har kjennskap til aktuell arbeidskommune eller arbeidssted. Vi har derfor valgt å utelate et bestemt eksempel fra oppgaven da denne situasjonen var svært unikt og vi vil tro at det derfor er mulig at brukere kan bli gjenkjent. Når vi i kapittel 5 presenterer funn og sitater fra deltakerne har vi valgt å bruke det kjønnsløse pronomenet hen. De stedene der det var hensiktsmessig å bruke navn har vi valgt og gi deltakerne og brukere fiktive dobbeltkjønnede navn.

Forskeren bør ha tenkt gjennom om studien som gjennomføres kan få konsekvenser for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi vurderte ikke dette som noen overhengende fare for deltakerne. Selv om tvang er et tema som engasjerer mange er det samtidig en del av helsepersonells arbeidshverdag. Vi ser heller ingen konsekvenser for deltakernes arbeidsforhold. Deltakerne har i forkant av studien fått informasjon om hvordan funnene i studien skal brukes.

Studien vår inneholder personopplysninger. Vi måtte derfor melde prosjektet vårt til NSD. Personopplysninger er opplysninger og vurderinger som gjør at enkeltpersoner blir identifisert (Johannessen et. al, 2010). Prosjektet vårt måtte være godkjent hos NSD før vi kunne starte og innhente data.

5.4 Analyse

Konseptet analyse vil si å dele noe opp i mindre biter eller elementer (Kvale & Brinkmann, 2015). Analyse kan også beskrives som å bygge en bro mellom rådata og resultater gjennom og organisere, fortolke og sammenfatte det materiale man har (Malterud, 2011).

5.4.1 Valg av analysemetode

Vi valgte å bruke en tematisk analyse (Braun & Clark, 2006). Når vi utfører temaanalyser er oppmerksomheten rettet mot temaer som er representert i studien. Formålet med analysen er å gå i dybden på de enkelte temaene og sammenligne data fra alle deltakerne slik at vi kan utvikle en dypere forståelse for hvert enkelt tema (Thargaard, 2018). Tematisk analyse er, ifølge Braun & Clark (2006), en grunnleggende analysemetode av kvalitativ data. Den er egnet for forskere med lite erfaring. Dette er en fordel for oss som skriver vår første masteroppgave og for første gang har brukt intervju som metode. Metoden fremstår som svært fleksibel og tilbyr teoretisk frihet til å bruke vår egne detaljerte og sammensatte betraktninger av dataen vi har innhentet. Denne måten og fortolke data fremheves som egnet for å identifisere, analysere og rapportere mønstre vi finner i datasettet. Vi kunne sammenfatte nøkkelkarakteristikker og trekke frem likheter og ulikheter vi fant i forskningen.

Temaer og mønstre i data kan bli identifisert ved bruk av ulike tilnæringer. Analyse kan gjennomføres ved en «nedenifra og opp» metode, såkalt induksjon. Eller ved bruk av en «toppen og ned» metode, såkalt deduksjon (Braun & Clark, 2006). Vi ønsket å bruke en induktiv tilnærming der vi arbeider fra det empiriske mot det teoretiske (Tjora, 2017). En induktiv tilnærming knytter de identifiserte temaene tett opp mot rådataen (Braun & Clark, 2006). Ved denne tilnærmingen har data blitt målrettet innhentet for studien, eksempelvis gjennom personintervju eller fokusgrupper. Temaene som identifiseres trenger ikke å være knyttet til et bestemt intervju spørsmål, de er heller ikke drevet frem av forskerens teoretiske interesser på området. Induktiv analyse er en kodeprosess der data kodes uten tanke for at den skal passe inn i en allerede eksisterende ramme eller samsvare med forskerens forforståelse (Braun & Clark, 2006). På en måte kan man hevde at denne formen for tematisk analyse er drevet av dataen man samler inn.

Vi har ved vårt analysearbeid tatt utgangspunkt i Braun & Clarks seks trinn for tematisk analyse der vi har valgt en induktiv tilnærming.

1. første fase

Trinn en var å gjøre oss kjent med rådataen. Vi brukte lydopptaker når vi gjennomførte intervjuene. I etterkant ble intervjuene transkribert. Ettersom vi har samlet inn dataen selv har vi allerede noe forkunnskap og vi har dannet oss noen tenker om hvilke temaer og funn vi har gjort. Vi valgte å dele arbeidsbyrden i to og gjennomføre halvparten av intervjuene hver hadde vi likevel kun førstehåndskjennskap til vår halvpart av intervjuene. For å sikre at dataen ble mest mulig autentisk har vi begge to hørt alle lydopptakene, men vi har transkribert noe materiell hver. Vi har sammen i etterkant lest gjennom materiell mens vi samtidig hørte lydopptaket slik at vi kunne rette opp eventuelle upresissheter.

Skriftlig- og muntlig språk er svært forskjellig. Vi har valgt å transkribere på bokmål selv om deltakerne i teksten har ulike dialekter. Vi har dessuten delt opp i naturlige setninger ved bruk av komma, punktum, spørsmålsteget og utropsteget, selv om deltakerne ofte har snakket sammenhengende. Vi har også i enkelte tilfeller kuttet bort unødvendige fyllord som «eeh, æhm, hmm» og erstattet disse med «tenkepause», «tenker», «nøler». Vi har vært nøye med å ellers bruke de ordene som deltakerne selv har brukt.

2. andre fase

Fase to begynte når vi hadde lest og gjort oss kjent med dataen vår. Braun & Clark (2006) påpeker at vi nå har gjort oss opp de første tankene og ideene om hva som befinner seg i datamaterialet og hva som er interessant med det. Fase to består av det som kalles koding. Ved bruk av en tematisk analyse er det viktig at vi som forskere i forkant har tatt noen valg. Det første valget vi måtte ta var når det kom til selve kodingen. Et tema fanger noe viktig som omhandler forskningsspørsmålet og det gjenspeiler et visst mønster som går igjen gjennom forskningsmaterialet. Det blir derfor viktig å avklare hva som er et mønster/tema når kodingen begynner. Braun og Clark (2006) spør hvor stort et tema trenger å være før det er relevant for forskningen. I følge dem finnes det ingen fasitsvar på denne. Hyppigheten er ikke i seg selv et kriterium for at noe skal inkluderes eller ekskluderes som et tema. Her fremheves forskerens egen dømmekraft som det avgjørende for hva som er eller ikke er et tema. Når temaer skal dannes er det avgjørende hvorvidt det berører noe som er relevant med tanke på problemstillingen, ikke hyppigheten av selve forekomsten i datasettet.

Vi startet med første analysedatadokument, som for oss var en de transkriberte intervjuene, og opprettet koder. Koder kan være et ord, en frase, setning, en del av en setning og så videre.

Etter å ha gått gjennom dokument en fortsatte vi med de samme kodene fra første dokument og opprettet nye ved behov. Vi valgte å systematisere kodingen ved hjelp av programmet Nvivo.

Braun og Clark (2006) råder forskeren til å kode mot så mange potensielle temaer som mulig, siden man aldri vet hva som vil vise seg å være interessant senere i prosessen. Med utgangspunkt i de transkriberte intervjuene ble dataen kodet med 43 merkelapper. Det var ikke til å unngå at flere av kodene overlapper hverandre innholdsmessig.

Kode	Transkribert tekst
TUD inneholder tvangsmedisinering, pliktigoppfølging, annet	Vi liker å tenke at det bare er medisinering, men det er også en del... det kan være konkrete avtaler som de må holde. For eksempel åpne døra og slippe oss inn.

3. tredje fase

Denne fasen begynte når all dataen var kodet og sortert, og du hadde en lang liste med ulike koder som vi hadde identifisert gjennom datamaterialet. Trinn tre er å lete etter og identifisere temaer i teksten. Tjora (2019) kaller dette kategorisering. Kategoriseringen bygger på store mengder data som delvis overlapper hverandre tematisk. Kategoriseringen består av å samle de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper.

Målsettingen med kategoriseringen er å komme frem til temaer som svarer på problemstillingen vår. Vi valgte derfor å stille følgende spørsmål som vi sorterte kodene fra de enkelte intervjuene ut fra.

- Hvilke erfaringer hva helsepersonell med tvangsvedtak?
- Hvordan opplever helsepersonell at det recoveryorienterte arbeidet påvirkes av at det samtidig foreligger et tvangsvedtak?
- Hvordan opplever helsepersonell at tvangsvedtak påvirker relasjonen til brukeren?
- Hva tenker helsepersonell om tvangsvedtak?

På slutten av denne fasen var alt materiale kodet og vi satt igjen med en samling temaer og undertemaer. På dette stadiet var det meningen at vi som forskere skal begynne å få en anelse av signifikansen av de enkelte temaene. Gjennom denne fasen ble det også tydelig at det var

noen temaer som ikke passet inn under problemstillingen vår. Braun & Clark (2006) beskriver dette som et forventelig resultat. De anbefaler likevel at man ikke ekskluderer temaer allerede på dette stadiet. Det kan resultere i at vi går glipp av sammenhenger eller viktige funn.

4. fjerde fase

Fase fire begynte når vi hadde utviklet et sett med kandidattemaer. Hensikten med denne fasen var å kvalitetssjekke temaene vi hadde utarbeidet. I følge Braun & Clark (2006) skal det i denne fasen raskt avdekkes dersom enkelte temaer ikke egentlig er temaer fordi det ikke foreligger nok data eller om noen av temaene overlapper hverandre i for stor grad.

Vi opplevde at flere av kategoriene våre i stor grad overlappet hverandre og at de er svært tett vevet sammen. Det ble utfordrende å lage avgrensninger. Vi leste gjennom både rådata og kodet data flere ganger for å sikre oss at det var en logisk sammenheng mellom temaene og at det ikke var relevant data vi ikke hadde kodet, eller om det var data vi hadde kodet som burde vært under andre koder. Her var det helt klart en fordel at vi var to som leste alt materialet flere ganger. Vi hadde mange produktive diskusjoner og uenigheter som til slutt resulterte i en feles enighet.

5. Femte fase

Fase fem begynte når vi hadde utarbeidet et tilfredsstillende tematisk «kart» over dataen. På dette punktet hadde vi forbedret og finpusset temaene og innholdet i dem, som skal presenteres for analyse. Med begrepene «forbedre og finpusse» mener forfatterne at forskeren identifiserer essensen av hva hvert tema handler om og hvilke aspekter av datamaterialet de ulike temaene tar for seg. Det er viktig og ikke forsøke å gjøre temaet for stort og komplekst. Dette sikrer du ved å kontinuerlig gå tilbake til datasamlingen for hvert tema og organiserer dem slik at de utgjør et sammenhengende og konsistent innhold med et medfølgende narrativ.

Vi valgte å for oss selv kort beskrive hva de enkelte temaene inneholdt og hvordan de passet sammen med vår problemstilling. I denne fasen var det nødvendig for oss å vurdere både oss selv men også temaet i sammenheng med andre. Som en del av forbedringen og finpussingen var det være nødvendig å indentifisere om et tema inneholder noen under-temaer. Et undertema er kort og godt et tema-inni-et-tema. Slike undertemaer kan være nyttige for å gi struktur til store og komplekse temaer. Vi har valgt å gruppere våre temaer i hovedtemaer og undertemaer. I slutten av denne fasen var målet å være i stand til å kort og konsist beskrive innholdet og omfanget av hvert enkelt tema. Vi satt igjen med kunnskap om hva temaet vårt var og hva det ikke var.

6. Sjette fase

Sjette faser begynte når vi hadde et fullstendig sett av bearbeidede temaer. Denne delen innebar å presentere funnene og resultatene fra studien der oppgaven var å formidle historien til datamaterialet på en måte som kan overbevise leseren om funnene og studiens validitet. På slutten av denne prosessen satt vi igjen med temaene «Et tvangsvedtak – hva nå?», «Tvangsvedtaket og relasjonen.», «Tvang og recovery – mitt liv mitt prosjekt» og «Deltakernes personlige meninger om tvang». Disse blir presentert i kapittel fem.

5.5 Studiens kvalitet

Innenfor faglitteraturen er det mange ulike synspunkter og meninger i forhold til å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning. Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er tre begreper som ofte blir brukt i beskrivelsen av kvalitet i kvalitative studier (Tjora, 2017). Det er disse tre begrepene vi har valgt å bruke når vi går nærmere inn på kvaliteten av studien vår. Først vil vi presentere vår forforståelse da vi anser det som et viktig element for å bedømme pålitelighet.

5.5.1 Forforståelse

Vår forforståelse var sentral når vi bedømte påliteligheten av studien. Alle har en forforståelse og den bygger eksempelvis på erfaringer, antagelser, faglig perspektiver og teoretiske referanserammer. Felles for oss mennesker er at vi forstår verden ut fra vår egen forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Begge har vi erfaring med recoveryorientert arbeid og erfaring med tvangsvedtak. Det er umulig for oss å innta en total nøytral posisjon, samtidig er det viktig med forkunnskap om det feltet som skal forskes på. Motivasjonen for å sette i gang forskning bygger på vår forforståelse (Malterud, 2011). Vi valgte et tema som engasjerer oss begge, på denne måten ble studien svært spennende og gøy å gjennomføre. **På bakgrunn av egen forforståelse har vi en viss forventning til hvilken informasjon funn vi forventet å finne.**

Vi jobber begge i kommunehelsetjenesten under fanen «Psykisk helse». Våre arbeidssteder i kommunen har forpliktet seg til en recoveryorientert tilnærming i møte med brukere. Vi har snakket mye om egen forståelse og opplevelse av hva det innebærer å arbeide recoveryorientert. Vi mener at en recoveryorientert prosess er forenelig med Virginia Hendersons modell for sykepleie (Kristofferesen, 2002). Hennes modell handler om helhetlig sykepleie der man skal ha fokus på hele mennesket og ikke kun den delen som er syk og trenger pleie. Slik tenker vi om recovery også. Det er en tilnærming der hele menneske må

være i fokus og ikke bare utfordringene som gjør at vi som helsepersonell kommer i kontakt med brukeren. Ut fra eget arbeidssted og arbeidsmetode er Topor med fleres (2020) definisjon av recovery som mer enn bare en indre prosess den forståelsen som harmonerer med hva vi gjør i vår arbeidshverdag. Vi jobber mot at brukeren i størst grad selv skal mestre hverdagen. Våre arbeidsplasser bærer preg av tverrfaglig miljø der bedringsprosessen blir tilnærmet fra ulike vinklinger. Det er både fokus på livsmestring, oppfølging av helseutfordringer, sikre stabilitet i hverdagen som boforhold og økonomi. Vi jobber mye med brukerens sosiale nettverk og det å fylle hverdagen med noe som oppleves som meningsfullt. Vi tenker recovery som en arbeidsmåte som bryter med den klassiske sykdomsmodellen. Fokuset er ikke diagnoser og sykdom, men på ressurser og mestring av hverdagen. Samtidig er det slik at kommunen arbeider vedtaksbasert. Vi har snakket frem og tilbake om vi mener at det setter noen begrensninger for et totalt recoveryorientert fokus. Vi mener ja. Et vedtak gir brukeren rett på en spesifikk oppfølging eller hjelp, ofte i hverdagen vår opplever vi at brukeren selv ønsker hjelp til noe helt annet enn hva vedtaket sier. Recovery bygger på fullstendig brukermedvirkning og det er brukeren selv som skal si noe om hva hen ønsker.

Vi har begge også erfaring med tvang. Denne erfaringen er delt og bygger på både positive og negative erfaringer. Vi har erfaringer som er positive der vi har sett at brukeren har blitt mer stabil som følge av jevn og riktig medisinerings. I disse situasjonene har vi opplevd at relasjonen til brukeren har blitt styrket og at det ble det recoveryorienterte arbeidet som ble hovedfokuset både for oss og brukeren. Tvangsvedtaket ble noe mindre i bakgrunnen. Samtidig har vi også negative erfaringer der vi har opplevd at relasjonen har «gått i stykker» og tvangsvedtaket har satt fullstendig stopp for recoveryarbeidet og på den måten påvirket brukerens bedringsprosess på en negativ måte. Vi har opplevd stor grad av maktesløshet i møte med et menneske vi ønsket å hjelpe men som ikke ønsket å bli hjulpet. Recovery krever en sterk indre motivasjon og vår oppatning er at denne prosessen ikke kan påtvinges noen.

Vi er enige om at det utvilsomt hersker stereotypier av hvilke personer som er på TUD. Disse erfaringene kan bygge på både personlige- men også samfunnsmessige erfaringer. Det første vi ofte tenker når vi får «meldt inn» brukere vi skal følge opp med TUD-vedtak er «ånei, dette blir vanskelig». Vi har dessverre den erfaringen at denne brukergruppen ofte er i opposisjon til helsevesenet, lite samarbeidsvillige og vanskelig å få tak i. Ofte er de mistenksomme og stoler ikke på oss. Dette er kanskje berettiget. Flere av «dem» har mange erfaringer i møte med helsevesenet, og har gjerne mange negative erfaringer i bagasjen. Både våre og brukerens

forforståelse gjør gjerne det fra første stund er en ladet situasjon og at stereotypien er en selvoppfyllende profeti.

Vår opplevelse er et fagmiljø med en ambivalens ovenfor bruk av tvang. Denne ambivalensen kjenner også vi på, og vi tror at vi på den måten forsto bedre hva deltakerne snakket om når de fortalte om sine erfaringer. Samtidig kan denne egenerfaringen ha ført til at vi gikk glipp av og overså nyanser og aspekter som vi ikke forventet å finne. Malterud (2011) skriver at forskningsprosessen bygger på flere elementer fra forforståelsen, men at disse elementene kan bidra til at forskeren ikke ser helheten, har begrenset sin horisont eller mangler evne til å lære av materialet. En aktiv og bevisst holdning kan bidra forebyggende mot disse svakhetene. Før vi startet studien skrev vi ned stikkord der vi begge satt ord på egen forforståelse og forventninger for studien. Disse har vi underveis sett tilbake på. Vi har aktivt diskutert forforståelse og erfaringer underveis i prosessen. Etter hvert som vi intervjuet deltakerne og fikk høre om andres erfaringer med å arbeide recoveryorientert samtidig som det foreligger vedtak om tvang endret forforståelsen seg litt. Dette snakket vi også mye om. Både hva som endret seg og hvorfor vi nå tenkte litt annerledes. Vi har også forsøkt å distansere oss fra rådataen og ta på oss «utenfra-brillene» når vi leste tekstene. Begge har vi partnere som ikke arbeider i helsevesenet og de har også fått gleden av å delta i diskusjoner og tanke-spinn rundt kjøkkenbordet. De bidro med helt andre synspunkter enn vi hadde. Det kan tenkes at vi fikk med oss nyanser som vi ellers ville oversett om vi ikke hadde hatt denne kjøkkenbord-diskusjonen.

5.5.2 Pålitelighet

Pålitelighet dreier seg om sammenheng mellom hele studien (Tjora, 2019). Det er viktig å gjøre rede for interne forhold i det enkelte prosjektet da dette bidrar til økt pålitelighet. Et sentralt spørsmål er hvorvidt en annen forsker som utførte samme studie ville fått samme resultat. For å fremheve påliteligheten i oppgaven har vi, etter beste evne, forsøkt å være så transparente som mulig når vi beskrev hvordan vi har jobbet for å komme frem til funnene våre. Vi deltok på masterseminar via UIA der vi presenterte prosjektet vårt og delte den foreløpige intervjuguiden. Vi fikk tilbakemeldinger på den foreløpige intervjuguiden og fikk på den måten en pekepinn på hvorvidt spørsmålene våre ville gi oss informasjon om det vi ønsket svar på. Vi fikk blant annet tilbakemelding på at et av spørsmålene våre var formulert svært ladet. Det spørsmålet ble endret. Det ble også foretatt noen små endringer i hvordan to av spørsmålene i intervjuguiden ble formulert etter det første intervjuet. Dette fordi både vi og

deltakeren opplevde selve spørsmålene som «kronglete». Vi valgte likevel å inkludere dette intervjuet i datasamlingen da endringene var små og omhandlet semantikk. Det er deretter den samme intervjuguiden som er brukt i de øvrige ti intervjuene. Vi valgte å utelukke eget arbeidssted når vi rekrutterte deltakere til studien. Da vi opplevde det noe vanskelig å rekruttere de siste deltakerne ble de rekruttert fra eget nettverk i form av tidligere arbeidssteder og kolleger. Selv om det ikke er mennesker vi har arbeidet direkte sammen med er det mennesker vi har en, om enn perifer, relasjon til. Dette er helt klart en faktor som kan ha bidratt til svekket pålitelighet for studien vår.

Både under intervjuene og gjennom analyseprosessen har vi prøvd å stille oss så nøytrale og åpne som mulig. Vi prøvde å delta minst mulig i intervjuene og istedenfor la deltakerne snakke mest mulig uavbrutt og la dem snakke ferdig før vi kom med oppfølgingsspørsmål. Vi hadde begge lite erfaring med det å gjennomføre intervjuer. Det var utfordrende og ikke stille oppfølgingsspørsmål som var farget av vår forforståelse. Dette ble helt klart enklere i takt med mengdetreningen og det er ingen tvil om at intervjuene ble bedre utover i prosessen. Dette er klart en faktor som har påvirket påliteligheten til prosjektet. Gjennom studiet har vi, etter beste evne, prøvd å være nøytrale, åpne og nysgjerrige i vår søken etter informasjon. Vi kan likevel ikke gi noen garanti for at vår forforståelse ikke har vært med på å forme resultatene.

5.5.3 Gyldighet

Gyldighet handler om en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og de spørsmålene som i utgangspunktet var motivasjonen for undersøkelsen (Tjora, 2019). Ga funnene i studien oss svar på det vi ønsket å vite? Valg av metode må samsvare med forskningsspørsmålet og problemstillingen. Det er en styrke at studien er faglig forankret, og bygger på annen relevant litteratur og forskning (Tjora, 2017). Vi har bygget oppgaven vår på relevant forskning og litteratur som omhandler temaet. Videre har vi brukt dette som teoretisk forankring i oppgaven og bygget intervjuguiden vår opp etter dette. Dette mener vi er med å styrke studiens gyldighet. Vi har også brukt aktuell litteratur og forskning i kapittel seks der vi drøfter funnene som vi gjorde i studien med den hensikt å underbygge resultatene.

Det at vi detaljert redegjør for analyseprosessen fra A – Å ser vi også som en styrke når det kommer til studiens gyldighet. Leseren av studien kan følge prosessen vår trinn for trinn. Vi har underveis forøkt å være kritiske til våre tolkninger og vi har gått tilbake og kvalitetssikret at det er en logisk sammenheng mellom tolkningen og den opprinnelige dataen. Vi var

nybegynnere i forskningssammenheng og dette påvirker studiens gyldighet. Vi mangler tidligere erfaring med å utforme intervjuguide, gjennomføre intervjuer eller analyse av kvalitativ data.

5.5.4. Overførbarhet

Kvalitative studier tar sikte på å utvikle en forståelse av de fenomener vi studerer. Det er derfor tolkningen av resultatet som gir grunnlaget for overførbarhet, og ikke beskrivelse av mønstre i dataen (Thargaard, 2018). Spørsmålet er om den tolkningen vi har gjort innenfor rammene av et gitt prosjekt også kan være relevant i andre sammenhenger. Hvorvidt forskningen er interessant og aktuell utover den enheten som er undersøkt i studien omtales i kvalitativ forskning som overførbarhet. Innad i fagmiljøet diskuteres det hvor nødvendig slik overførbarhet er når det kommer til kvalitativ forskning og hvorvidt dette er et mål i seg selv for denne typen forskning. I en kvalitativ studie kan man ikke stille spørsmål om resultatene fra, eksempelvis en intervjustudie, kan hevdes overførbar globalt. Her må man se på hvorvidt resultatene også kan være gjeldene i andre liknende og relevante situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi har samlet data fra en rekke deltakere fra ulike kommuner fordelt på ulike arbeidssteder. Vi så klare likheter mellom synspunktene til de ulike deltakerne selv om de arbeider på ulike arbeidssteder, har ulik yrkesbakgrunn og yrkeserfaring. Vi fant flere lignende funn hos alle deltakerne. Sammenfallende funn hos de ulike deltakerne mener vi bidrar til å styrke overførbarheten i studien vår. Vi tenker at funnene våre vil kunne gjelde helsepersonell også i andre deler av landet som arbeider recoveryorientert rettet mot brukere som samtidig er underlagt vedtak om tvang. Samtidig må vi være klare over at studien vår er ganske liten. For å sikre overførbarhet vil det være nødvendig med ytterligere studier omkring samme tema.

6.0 Resultater

Helsepersonellet vi snakket med har ulike erfaringer med hvordan det er å arbeide recoveryorientert i situasjoner der det foreligger tvang. Hva tvangsvedtaket innebærer rent praktisk for både helsepersonell og brukeren som er pålagt viste seg å være relevant. Hvordan helsepersonellet opplevde at tvangsvedtaket påvirket relasjonen til brukeren viste seg å være en viktig faktor. I tillegg hadde helsepersonellets opplevelse av å arbeide recoveryorientert parallelt med tvangsvedtaket mye å si. Vi vil i dette kapitlet presentere våre funn i studien.

Vi vil legge frem noen sitater fra tekstmaterialet som bygger opp under disse funnene. Vi har utarbeidet temaer som belyser ulike sider av problemstillingen, likevel har vi nok ikke klart å unngå at temaene har noen likheter og påvirker hverandre.

Kategorier	Underkategorier
Et tvangsvedtak – hva nå?	Vedtaketets innhold Gjennomføring av vedtaket
Tvangsvedtaket og relasjonen	Rolleavklaring Tvangsvedtaket som døråpner Tvangsvedtakets påvirkning av relasjonen Maktforholdet mellom hjelper og den som mottar hjelp
Tvang og recovery	Hvordan er det å arbeide recoveryorientert med de rammene som TUD setter Ansvar og ansvarsraskrivelse
Deltakernes personlige tanker	

6.1 Et tvangsvedtak hva nå?

Hva tvangsvedtaket faktisk innebar ble et sentralt tema. Dette legger noen føringer for den tjenesten en bruker skal motta. Det påvirker også direkte den helsehjelpen helsepersonell i kommunehelsetjenesten skal yte ovenfor brukeren.

Vedtaketets innhold

Hvilken helsehjelp tvangsvedtaket pålegger brukeren å motta er svært sentralt. Samtlige av deltakerne har erfaring med tvangsmedisinering.

Min erfaring med TUD er at jeg har fått mennesker i behandling som har vedtak om tvangsmedisinering. Forteller Kim.

Per nå hos oss er det kun medisinske vedtak. (Jo)

Flere av deltakerne har også erfaringer med at tvangsvedtaket kan inneholde andre oppgaver og forpliktelser som det å møte til polikliniske avtaler. De har også erfaringer med både hva som skjer dersom tvangsvedtaket overholdes og hva som skjer hvis det ikke overholdes.

Vi liker i hvert fall å tenke at det er bare medisinerer, men det er klart også en del annet. Avtaler som skal holdes, at de må slippe oss inn og så videre. (Gill)

Det er også en avtale om at dersom avtalen ikke holdes blir det iverksatt andre tiltak. Vår jobb er å rapportere dersom de ikke følger opp. Hos oss er det stort sett det det går i. (Kam)

Majoriteten av tvangsvedtakene er av medisinsk art, men en av deltakerne har også erfaring med et annet TUD-vedtak. De skulle følge opp en bruker med spiseforstyrrelse.

Vi skulle følge opp en bruker med anorexi der vi skulle se at hen spiste fire måltider daglig. Forteller Alex.

Gjennomføring av tvangsvedtaket

Det kom svært tydelig frem at gjennomføringen av tvangsvedtakene er organisert ulikt avhengig av hvilken kommune deltakernes var ansatt i og det enkelte arbeidsstedet. Noen arbeidssteder og kommuner har veldig god erfaring med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten mens andre opplever den utfordrende. Alle var veldig tydelige på at god samhandling er avgjørende for et godt recoveryorientert arbeid.

Flere av deltakerne trekker frem samarbeid med FACT-team som avgjørende for godt samarbeid med brukeren som mottar tvunget helsehjelp. Flere av deltakerne trekker frem at FACT kommer med råd og veiledning ovenfor ansatte. Dette så deltakerne på som positivt.

Jeg vil si vi har fått et godt samarbeid med FACT. De er kjappe til å komme, svarer på spørsmål. Man kan diskutere med dem. Det må jeg si, at. Der er erfaringene gode. Det er noe vi har bygget over tid. (Janis)

Det var megamye mas og tull før vi var inne med en stilling i FACT. Nå eier, nå er (kommunen) med og sponser FACT. Det skal og bør ikke være sånn for man burde ikke trenge det for å få den (samhandlingen). (Cary)

Deltakerne i studien vår pekte på at telefonisk eller fysisk kontakt med FACT og spesialisthelsetjenesten var nødvendig for god samhandling. De sier at ulike journalsystem vanskeliggjør elektronisk kommunikasjon.

Alle på FACT er egentlig veldig på at de synes det er greit at vi ringer og drøfter ting.
(Kam)

Jeg bare ringer dem. Ja, nei, PLO fungerer ikke i mellom sykehus og kommuner. Det systemet, DIPS systemet som de har, det kan kun brukes når de er innlagt. Så vi kan ikke ha annet elektronisk kommunikasjon med de som ikke er innlagt. (Nicol)

Et par av deltakerne trak frem at når samhandlingen er dårlig og kommunikasjonen mangelfull blir recoveryarbeidet skadelidende.

Vi sier så at konsekvensen av å ikke følge avtalen er at hen blir lagt inn.. Likevel opplever vi at sykehuset ikke følger opp. Vi snakker med dem og de sier «vi prøver litt til. En sjanse til» Og det ble sjanse på sjanse. Vi kom aldri i noen posisjon for å hjelpe. (Kam)

6.2 Tvangsvedtaket og relasjonen

Kommunehelsetjenesten er en recoveryorientert tjeneste. All helsehjelp er frivillig og recoveryarbeid bygger på tanken om at hjelper og den som blir hjulpet er likeverdige. Hjelperen er en «medvandrer» i brukerens prosjekt. Vi spurte helsepersonell hvordan de opplevde at et vedtak om bruk av tvang påvirket deres relasjon til brukeren og hvordan de opplevde at dette igjen påvirket brukerens bedringsprosess.

Når deltakerne snakket om tvangsvedtak var de opptatt av å se tvangsvedtaket som et isolert vedtak som helst ikke skulle påvirke den helsehjelpen de som ansatte i kommunehelsetjenesten skulle utføre. Dersom dette kunne la seg gjøre mente flere av deltakerne at tvangsvedtaket i seg selv ikke trenger å være et hinder for brukerens bedringsprosess.

Tvangsvedtaket er som det er, det er fastsatt og ferdig. (Ali)

Hvis det kan isoleres fra resten av tjenestebildet er ikke det noe som ødelegger nødvendigvis.. (Jean)

For at dette skulle kunne gjennomføres i praksis trakk deltakerne frem at det er avgjørende for samarbeidet at brukeren som mottar helsehjelpen kan skille mellom de ulike nivåene. De fremhevet en tydelig rolleavklaring. De fortalte at det var viktig for relasjonen og samarbeidet mellom bruker og hjelper at det var tydelig hvor ansvaret for tvangsvedtaket ligger. Erfaringen med dette er blandet. Noen opplevde at brukerne forstod forholdt seg til dette. Dette kunne virke positivt på relasjonen, mens andre opplevde at brukeren ikke så eller var enig i denne rolledelingen.

Det er jo igjen det å skille mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I samarbeid med FACT får man ofte den «mørke og den lyse (JO)

Vi var hele veien klar på at dette var til brukerens beste og at dette var det sykehuset som hadde bestemt (Alex)

Jeg tenker jo slik at de fleste TUD pasienter vi har i kommunen er jo veldig tydelig og innforstått med det at det i utgangspunktet ikke kommunen som utøver tvangen, men spesialisthelsetjenesten. (Gill)

Så er det veldig vanskelig for brukeren å skille det, tror jeg (Andy)

Rolleavklaring var viktig ikke bare for brukeren som mottar helsehjelp, men også for helsepersonellet som utøver helsehjelpen. Flere av deltakerne trakk frem viktigheten av en klar rollefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Før var vi veldig usikre og rollene var veldig diffuse. Hva skal vi gjøre oppi dette? Kommunen her har gått gjennom rammene på hvordan TUD skal gjennomføres her hos oss. (Lonnie)

Tvangsvedtaket som døråpner

Tvangsvedtaket som en måte og etablere kontakt med brukeren og få «en fot innenfor» døra ble fremhevet av flere av deltakerne som noe positivt som kunne bidra til å fremme recoveryorientert arbeid og på den måten igjen påvirke brukerens bedringsprosess.

Vi sier egentlig det om alle typer, om det er medisiner eller noe annet som gjør at man får et treffpunkt er veldig bra. (Janis)

Når de kan takke nei kan det være vanskelig å komme i posisjon. Det er ikke sikkert vi slipper inn en gang og da får vi ikke hjulpet dem. (Ali)

Vi opplever at så lenge det sikres medisinerer kommer vi i posisjon til å jobbe med andre utfordringer. (Lonnie)

Andre deltakere fortalte at tvangsvedtak ikke alltid åpnet dører, og at det i noen tilfeller bidro det til at en dør som kanskje stod på gløtt ble fullstendig lukket.

Det kan være en fordel for noen. Men jeg har opplevd at andre blir paranoide og tror vi spaner på dem. (Laurece)

Tvangsvedtakets påvirkning på relasjonen

Deltakerne i studien vår var samstemt i at et tvangsvedtak påvirker relasjonen. I hvilken grad det utfordret relasjonen var avhengig av hvordan relasjonen til det aktuelle brukeren var da tvangsvedtaket trådte i kraft.

Relasjonen er viktig i dette med recovery. Det kan være vanskelig å både være den som skal komme med tvang men også jobbe med relasjoner. (Ali)

Jeg synes det påvirker det veldig stort. Det blir kjeitete å være både hjelper og den som utøver tvang. (Kam)

Relasjonene tar mye lenger til å lage når jeg får inn en ny bruker. De bruker lang tid på å stole på deg. Det å lage en god relasjon føler jeg tar mye lenger tid ofte. (Laurece)

Flere av deltakerne beskrev situasjoner der de har opplevd at brukerne de arbeider med får tvangsvedtak. Dette var ofte på bakgrunn av bekymringer og tilbakemelding fra helsepersonell i kommunehelsetjenesten. De beskrev at brukeren der og da opplevde at helsepersonellet hardde sviktet dem og dolket dem i ryggen.

Vi skriver jo en del søknader om innleggelser, ikke sant. De er klart det forstyrrer relasjonen. Det lager et hakk i den og det er ikke alltid du får tilbake tilliten. (Gill)

Vi er kanskje med å «dytter inn» den tvangen fordi vi ser at det er nødvendig. Det er klart at de da kan oppleve seg sviktet. At de tror vi ikke lenger er der for dem. Det er klart det går på tilliten. (Lee)

En av deltakerne beskrev en situasjon der de skulle levere medikamenter som brukeren skulle innta per oralt. Brukeren ønsket ikke å ta disse medikamentene og sa derfor nei hver gang de kom å ville gi de til hen. Hen opplevde at dette tærte på relasjonen til brukeren. Hen fortalte også at hen hadde forståelse for at brukeren ble irritert.

Vi blir til irritasjon for den samme brukeren vi møter i døra dag ut og dag inn.... Jeg hadde også blitt irritert hvis noen stod på døra mi hver eneste dag ut og inn og skulle gi meg noe jeg ikke ville ha..... som en irriterende dørselger. (Jean)

Deltakerne beskrev at relasjonsbyggingen ofte var avhengig av brukerens tilfriskningsprosess.

De som friskner til og ser nødvendigheten av det. Og de som ikke gjør det som føler at vi bare utøver noe som ikke hjelper for dem. (Andy)

Maktforholdet mellom den som hjelper og den som mottar hjelp

Recovery bygger på prinsippet om likeverdighet mellom partene. I de tilfellene der det foreligger tvangsvedtak er skalaen ujevn og helsepersonellet har makt i form av sin profesjon. Deltakerne trakk frem maktforholdet som en utfordring for relasjonen.

Den makten og skjevfordelingen av makten som det blir når slike vedtak fattes. Altså, det er skummelt. Psykiatriens historie er lang og brutal og den fortsetter jo til en viss grad å være det. (Jo)

Ved bruk av tvang utøver vi makt ovenfor et annet menneske. Vi påfører de noe de ikke vil. (Kim)

Det er ikke bare helsepersonell selv som er bevisst denne skjevheten i maktbalansen. En av deltakerne trakk frem at også brukerne hen skal hjelpe var opptatt av denne ubalansen.

Jeg hadde en bruker i behandling. Vi snakket mye om at jeg ikke har makt over hen. Jeg kan ikke bestemme over hen. Men så sier hen at dersom jeg trår feil kan jo du sende meg tilbake til fengsel. Det ble en tankevekker. (Janis)

Hen påpekte at tvangsvedtaket gav hen som helsepersonell en «vil du ikke – skal du» makt ovenfor brukeren. Flere av deltakerne fortalte om denne opplevelsen. De fortalte at rollen deres som helsepersonell i kommunesektoren er å melde fra dersom ikke tvangsvedtaket fungerer tilfredsstillende. Deltakerne delte opplevelsen av at brukeren til slutt resignerte og godtok at de i kommunen utøvde tvangsvedtaket. Ettersom kommunen ikke har myndighet til å gjennomføre tvangsvedtak (phvl, §3) forutsetter det at brukeren samtykker til at kommunehelsetjenesten kan gjennomføre tvang (Ot.prp 46 (2005-2006)). Flere av deltakerne omtalte dette som såkalt «frivillig tvang». De opplever at brukerne de møter samtykker og «føyde» seg etter tvangsvedtaket fordi det ble mindre «styr» av det.

Det er noen som velger å kjøre til sykehuset to – tre ganger før de innser at det er bortkastet tid fordi den depoten blir jo satt uansett. (Lee)

Vedkommende sier «ja, det er greit». Men det ligger nok også noe i det at de vet at dersom de sier nei er veien bort dit, til sykehuset, kort. Da er det kort prosess. (Lee)

I kommunen er alt relasjonsbasert. Du jobber i relasjonen og gjennom relasjonen. Noen ganger misbruker vi relasjonen. Noen ganger sier de ja, fordi det er meg som kommer. Fordi relasjonen vår er bra. (Jean)

Vi har noen brukere på TUD. Men der fungerer oppfølgingen kun fordi brukeren selv samtykker. De motsetter seg ikke. (Ali)

6.3 Tvang og recovery: mitt liv – mitt prosjekt.

Tvang og recovery er teoretisk sett motstykker til hverandre. Når recovery forstås som en måte å etablere et ordinært hverdagsliv som oppleves meningsfylt og som rommer håp for en

fremtid blir det tydelig at recovery ikke foregår i et vakuum eller på kontoret hos fagfolk men i selve hverdagen. Vi ønsket å undersøke hvorvidt det er slik at tvang og recovery kan sameksistere eller om den ene naturlig utsletter den andre.

Hvordan er det å arbeide recoveryorientert med de rammene som TUD-lager

Vi spurte deltakerne hvordan de arbeidet recoveryorientert samtidig som det foreligger tvangsvedtak. Deltakerne i studien vår opplever noe diffuse når det kommer til hva de legger i recoveryorientert arbeid.

Recovery er alt det andre, det som ikke er tvang. (Lee)

Flere av dem trakk frem at kommunehelsetjenesten arbeider kun basert på frivillighet. Alle øvrige tjenester som brukeren mottok var tuftet på frivillighet og det arbeides på den måten recoveryorientert med det.

Det er jo at du på en måte skal bli frisk i eget liv. Den recoverytenkningen som går mer på hverdagen, rutinene og det normale skal være med som en del av tilhelingen.

(Andy)

Det at brukeren selv skal være med å utforme mest mulig av prosessen selv er noe samtlige av deltakerne var opptatt av. Tvangsvedtaket er kun en del av tjenesten, resten er frivillig og her har brukeren full medbestemmelsesrett.

Vi passer alltid på at de kan være med å utarbeide innholdet selv i de gode periodene. At skal kunne bestemme så mye som mulig selv. Tvangsvedtaket kan vi ikke gjøre noe med, men det er jo mye annet. (Cary)

Tvang blir litt frihetsberøvelse. Men nå er situasjonen en gang sånn og sånn. Men vi prøver å ha et positivt fokus på at du eier ditt liv. Mer den «Hva trenger du nå for at livet ditt blir bedre. (Nicol)

Det ble også trukket frem at det er vanskelig å tenke recovery når det foreligger tvangsvedtak da disse er naturlige motpoler.

Det er jo slik i recovery at vi skal være en medvandrer. Ingen avgjørelser uten meg. Men dette er jo en avgjørelse tatt uten brukeren av fagfolk som mener dette er best.

Når brukeren ikke vil selv er det ikke recovery. Det går mot alt jeg tenker er recovery.
(Lonnie)

Tvang er et verktøy man har. Det er nok ikke det mest virkningsfulle over tid. (Nicol)

Og så stopper jeg opp og tenker at «det er jo ikke slik vi tenker». Men så vet jeg at det er tungtveiende faglige grunner for tvang. Da må jeg bare stole på det. (Nicol)

Deltakerne fremhevet at de alltid strebet mot frivillighet i arbeidet sitt. De påpekte at et tvangsvedtak ikke er for alltid men for en periode der målet er å få brukeren «av TUD» og over på frivillig. Flere av deltakerne fortalte at dette ofte hang direkte sammen med brukers tilfriskning og at TUD-vedtaket har vært nyttig og fungert tilfredsstillende.

Så er det jo det at de friskner til og ser nødvendigheten av det. Da skrives de av TUD og fortsetter på frivillig. (Gill)

Ofte i starten er brukeren ikke motivert, men ettersom de ser det hjelper dem så får en vinklet det til noe positivt og til slutt får man opphevet tvangen. (Ali)

Ansvar og ansvarsfraskrivelse

Flere av deltakerne trakk frem at de opplevde at brukerne de skulle hjelpe fraskrev seg en del av ansvaret i de situasjonene det forelå et tvangsvedtak. Recovery avhenger direkte av brukermedvirkning og flere av deltakerne i studien vår opplevde at brukeren selv ikke «la sjela si» i arbeidet. Når brukeren tapte en del av makta virket de til å bli likegyldige. Deltakerne fortalte at de flere ganger hadde blitt møtte med frasen «ja, men jeg er jo på tvang» av brukere de skulle følge opp. Tvangsvedtaket ble liggende som et bakteppe og deltakerne opplevde at brukeren ble passivt og ikke tok like mye ansvar.

De slipper ansvaret for seg selv og går inn i rollen som offer. «Systemet har sviktet meg, NAV har ikke hjulpet meg, legen stiller ikke opp». (Jean)

Tvungen ligger hele tiden i bakgrunnen. Det vil jeg absolutt si. Jeg har brukere som sier «jammen, jeg er jo på tvang!» (Jean)

De mister makt over seg selv. De blir mer passive og ja, ikke så aktive for seg selv. (Kam)

6.4. Deltakernes personlige meninger om tvang

Vi spurte deltakerne hva deres personlige meninger og opplevelser av tvang var. Selv om vi fikk mange ulike svar basert på tanker og refleksjoner var deltakerne våre stort sett enige om at tvang dessverre er et nødvendig onde som utøves med den hensikt å hjelpe brukeren.

Altså tvungen skal være med på å hjelpe folk tenker jeg. Det er jo en form for stabilisering. Et ankerpunkt at nå er det sånn og dette skal vi forholde oss til når alt annet er litt vanskelig. (Lonnie)

i utgangspunktet så er jeg positiv til tvangsvedtak som kortvarig og konkrete. Og så ser jeg virkelig at det kan være med å hjelpe dem, men da må det være et apparat rundt. (Cary)

Jeg ser at det er nødvendig i enkelte tilfeller, for hadde vi ikke gjort det så hadde ting bare blitt verre. Jeg tror personen bare hadde blitt sykere og skada egentlig. (Cary)

Selv om flere er positive til bruk av tvang er absolutt alle enige om at tvang ikke er noe vi skal ta lett på.

jeg tror at det er et kraftig middel som man har som verktøy i verktøykassa som man har og som skal brukes med ekstrem omhu. For jeg tror det kan drive mennesker så utrolig lagt vekk fra de menneskene som kanskje kan hjelpe. (Kam)

I 2017 ble lovverket endret og adgangen til tvang er betydelig innskrenket. Deltakerne i studien formidler et noe ambivalent forhold til dette. De beskrev et ønske om minst mulig

bruk av tvang, samtidig en opplevelse av å komme til kort i situasjoner der det ikke er adgang til å bruke tvang.

Jeg tror at vi har kommet der når det utøves tvang må det gjøres. Slik lovverket er nå skrives de av tvang så fort de har et snev av innsikt og samtykkekompetanse. Lovverket er laget for at folk ikke skal være på tvang. (Jo)

Ja, det er kanskje ikke helt stuerent å si det. Men noen ganger tenker jeg det burde være rom for mere tvang. Jeg ser de som ikke klarer å være der frivillig over tid. Så er det ut igjen og så går det galt igjen. Så er det ny runde og på-an igjen og på-an igjen. (Ali)

At man kunne bruke tvang tidligere, før det rakk å bli skikkelig ille. Kanskje det ville være lettere å snu trenden da. Man har sett flere saker opp igjennom der man tenker: Hadde vi bare kunne gjort slik og slik på et tidligere tidspunkt ville det kanskje ikke gått så galt. (Andy)

7.0 Drøfting

Helsepersonell som arbeider innen psykisk helse har i kraft av sin profesjon anledning til å utøve makt og kontroll over brukeren i form av tvungen helsehjelp. Studiens formål har vært å sette fokus på **innsikt og erfaringer beskrevet av et utvalg helsepersonell i kommunehelsetjenesten**, om hvordan de opplever tvangsvedtak som en del av deres recoveryorienterte arbeidsmetode. I dette kapitlet vil vi drøfte funne våre i lys av teori og forskning som allerede foreligger på området.

7.1 Et tvangsvedtak – hva nå

På spørsmål om hva tvangsvedtaket innebar var deltakernes erfaring svært lik. Innholdet i tvangsvedtakene de jobber og har jobbet med dreide seg om tvangsmedisinering. Flere hadde kun erfaring med tvangsmedisinering. Dette bildet stemmer overens med tallene helsedirektoratet presenterte i 2019 statistikk for årene 2015 – 2018. Av 46 vedtak i 2018 var det kun to av disse vedtakene som ikke var vedtak om tvangsmedisinering. Det vil si at tvangsmedisinering utgjør over 95% av vedtakene om tvunget behandling innen psykisk

helse. Forskning (Terkelsen & Larsen, 2012) finner at både helsepersonell og brukere opplever avmakt ovenfor tvangsmedisinering. Funnene i vår studie peker i retning av at tvangsmedisinering er noe helsepersonell opplever som et «ryddig og greit» vedtak som er nødvendig (Terkelsen & Larsen, 2012) der de er bevisst sin rolle. Det kommer også frem i vår studie at flere av deltakerne mener at tvangsmedisinering er det mest effektive virkemiddelet som TUD tilbyr. Samtidig finner forskere (Riley et.al, Leinan et.al 2021) at brukerne opplever vedtak om tvangsmedisinering som det mest inngripende tvangstiltaket innenfor TUD. Medikamentell behandling bygger på empiri som tilsier at medisinering kan bidra til bedring (Spigset, 2013) i brukerens helsetilstand og/eller redusere risikoen for forverring (Spigset, 2013). «Medaljens bakside» er kjente og flere forventede bivirkninger som kvalme, utmattelse, døsighet, vektforandringer, angst og depresjon, tap av hukommelse (Myhr, 2015; felleskatalogen.no, 2020) knyttet til antipsykotiskemedikamenter. Flere studier (Terkelsen & Larsen, 2012; Stensrud et.al, 2015; Leinan et.al, 2021) peker på at mange som medisineres på tvang opplever både uønskede virkninger og bivirkninger som medfører at de ikke ønsker å ta medikamentet men at helsepersonell mener at de positive virkningene av medisineringen eier opp for bivirkningene (Terkelsen & Larsen, 2012).

God samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle instanser er avgjørende for å sikre parallelle løp og samtidighet i helsetjenesten (Pettersen & Rudingen, 2014). Med utgangspunkt i Topors (2020) definisjon av recovery fremstår samhandling essensielt for recoveryorientert arbeid. Likevel viser det seg å være utfordrende å få til et godt samarbeid på tvers av instansene (Gelius et.al, 2018). Løvsletten med flere (2020a) finner i sin studie at helsepersonell har en varierende opplevelse av samhandlingens funksjon i praksis. Vi finner i vår studie at helsepersonell opplever det som et nyttig virkemiddel for god samhandling med produktive ansvarsmøter og regelmessig godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Løvsletten et.al, 2020a). En annen utfordring deltakerne trakk frem er mangelen på et «felles språk». Både studier (Løvsletten et.al, 2020a), erfaringen til deltakere i studien vår og våre egne erfaringer viser en opplevelse av at vi på tvers av nivåene ikke forstår hverandres oppgaver og ansvar. På denne måten blir grensene mellom tjenestenivåene uklare (Løvsletten, 2020a; Løvsletten et.al 2020b) og helsepersonell i kommunen følte seg alene om ansvaret. Usikkerhet rundt aspekter som ressurser, ansvar- og oppgavefordeling og lovverk er utfordringer kommunehelsetjenesten opplever (Gelius et.al. 2018; Larsen, 2018; Løvsletten, 2020).

Vi finner i vår studie at deltakerne beskrev samhandlingen og strukturen rundt TUD som bedre «nå enn før» men, at samhandlingen ofte er personavhengig. Dette funnet samsvarer med det Løvsletten med flere fant i sin studie hvor de (Løvsletten, 2020 b) reflekterer over hvorvidt spesialisthelsetjenesten, som er ansvarlig for oppfølgingen av brukere som er på TUD, også bør ha ansvar for koordineringen med kommunehelsetjenesten (Løvsletten et al 2020b). En av deltakerne i studien vår forteller at kommunen hen arbeider i har valgt å «kjøpe» seg en plass i FACT team, og opplevde at dette førte til bedre samhandling ovenfor brukere på TUD.

7.2 Tvangsvedtaket og relasjonen

Deltakere var enstemmige i at tvangsvedtaket påvirker relasjonen til brukerne. Høyer uttalte allerede i 2000 at bare muligheten for å bruke tvang vil være skadelig for behandlingsrelasjonen. Likevel beskriver deltakerne ulike opplevelser av om og på hvilke måter det å utføre tvangsvedtak har betydning for relasjonen mellom dem, og hvordan det påvirker brukerens bedringsprosess. Forskning på recovery viser at mye av bedringsprosessen skjer i behandlingsalliansen (Topor, 2015). Behandlingsalliansen handler om relasjonen mellom bruker og fagperson, og en felles forståelse av et felles mål for behandling eller oppfølging. Behandlingsalliansen bygger på en gjensidig tillit og respekt (Topor, 2015). Når brukerne selv forteller om bedringsprosessene er det sjeldent en bestemt behandling som trekkes frem som avgjørende. Det som vektlegges er relasjonen og hvordan brukerne blir sett og møtt (Topor, 2001; Borg, 2007).

Deltakerne i studien vår formidler at en tydelig rolleavklaring er viktig for at de skal kunne utføre og føle seg trygg i jobben sin. Klare rammer både for de som helsepersonell og for brukerne som mottar helsehjelp på tvang er avgjørende for det recoveryorienterte arbeidet som skal utføres. Forskning viser at rammene rundt TUD fra kommunehelsepersonells side oppleves som vage og udefinerte (Løvsletten, 2020b). Deltakerne i studien vår er usikre på hvorvidt brukeren selv er i stand til å skille dette har deltakerne i vår studie en blandet opplevelse av.

Mennesker med alvorlige utfordringer innenfor kategorien psykisk helse og rus er ofte vanskelig å få tak i. De befinner seg ofte i en ustabil livssituasjon som gjør at det kan bli utfordrende å opprettholde tilstrekkelig og stabil kontakt, dette forteller erfaringskonsulent Michael Brandt ved UIA (høst, 2019). Flere er bostedsløse, har dårlig økonomi, stor gjeld, lite sosialt nettverk og en hverdag preget av sykdom og lidelse (Topor et.al 2020). Det og arbeide

med alle disse faktorene er avgjørende for at recoveryprosessen skal lykkes (Topor et al, 2020). Flere av deltakerne i studien vår fremhevet tvangsvedtaket som en måte å komme i kontakt med brukerne og på den måten starte arbeidet med brukerens bedringsprosess. Løvsletten med flere (2020b) peker på at helsepersonell har en tendens til å gi brukere med TUD tettere og mer oppfølging. Hun finner også at innholdet i oppfølgingen kommunen tilbyr der det foreligger TUD vedtak skiller seg ikke vesentlig fra de tilbudene der det ikke foreligger TUD vedtak. Det eneste helsepersonell melder er at de har flere og hyppigere samtaler om medisiner med brukerne som har TUD vedtak (Løvsletten et.al 2020b). Ellers mottar denne brukergruppen oppfølging og tjenester på lik linje med øvrige tjenestemottakere. At det, ifølge helsepersonell, ikke innebærer særlig forskjell på oppfølgingen brukerne får uavhengig av TUD vedtak eller ikke, peker i den retningen av at forekomsten av tvangsvedtak ikke nødvendigvis påvirker det recoveryorienterte arbeidet fra kommunehelsetjenestens side. Samtidig er det verd å reflektere over hva tvangsvedtaket egentlig tjener dersom det ikke er noen forskjell i oppfølginga brukerne får. Vi vet også at brukere som er på TUD ofte rapporterer det motsatte (Leinan, et.al. 2021)

Vi finner i vår studie at helsepersonell opplevde det å bygge en relasjon å forme en behandlingsallianse til noen som man møtte første gang på grunn av tvangsvedtaket var utfordrende. Deltakerne i studien vår fortalte også at allerede eksisterende relasjoner ofte fikk seg ofte en «trøkk» ved at brukerne følte seg sviktet av helsepersonellet. Likevel anser helsepersonell dette som en kortsiktig utfordring der målet er å sikre brukeren et langvarig oppfølgingstilbud. Stensrud med flere (2016) har gjort tilsvarende funn.

Deltakerne i vår studie fortalte at noen av brukerne de fulgte opp «testet grenser» for å se hva som skjedde dersom vedtaket ikke ble overholdt. Det var noe som skjedde en, to, kanskje tre ganger før de gav opp og etterkom vedtaket. Dette stemmer med allerede eksisterende forskning (Terkelsen & Larsen, 2012; Stuen et.al 2018; Riley, 2019; Leinan et. al, 2021), der brukerne selv forteller at de «resignerer» og ikke våger å protestere i frykt for represalier. Kanskje kan man påstå at et viktig vilkår for at TUD skal kunne fungere i praksis er at brukeren føyer seg etter vedtaket. Helse- og sosialdepartementet (Ot.prp 65 (2005-2006)) skrev i sitt forslag til endring i psykisk helsevernloven at vedtaksformen skal ikke brukes dersom det hyppig blir behov for faktisk å avhente brukeren. Allerede her ligger det til grunn et premiss for og en antakelse om at brukeren kommer til å samarbeide (Ot.prp. nr. 65, (2005 – 2006)).

I de tilfellene der denne antakelsen om at brukeren skal etterkomme rammene for TUD ikke stemmer vil TUD ikke ha ønsket effekt. Dette stemmer godt med hva deltakerne i studien vår fortalte. Særlig aktuelt er det i den situasjonen der «Alex» fortalte at de skulle følge opp en bruker med anorexi og påse at hen spiste regelmessig. Dette ble ikke et felles prosjekt mellom bruker og hjelper, og Alex og kollegenes opplevde brukerens egen motivasjon for egen bedringsprosess som fraværende. Rammene for kommunehelsetjenesten er at helsepersonell ikke har myndighet til å fysisk utøve tvang og rammene for TUD tillater ikke bruk av fysisk tvang i brukerens bolig (phvl, 1999; §. 3-5; Psykisk helsevernforskriften, 2001, §2) dette innskrenker kommunehelsetjenestens tvangsmyndighet. TUD ble, ifølge Alex, et mislykket forsøk som resulterte i at relasjonen til brukeren ble skadelidende. Når hjelperen og den som mottar hjelpen har motstridende interesser er dette skadelig for recoveryprosessen (Stuen, et.al, 2018).

Maktbalansen vil alltid være skjevfordelt mellom den som hjelper og den som mottar hjelp. Dette gjelder i alle ledd og i alle møter med hjelpeapparatet. Recoveryorientert arbeidsmetode bygger på en grunntanke om fullstendig brukermedvirkning og en behandling som er mer enn medisinerer (Topor, 2001, Kogstad, 2016, . Vi kan stille oss spørsmålet hvorvidt dette i utgangspunktet overhodet er mulig å gjennomføre i praksis. Det eneste som er helt sikkert er at et tvangsvedtak bidrar til å «tippe maktskalaen» ytterligere i helsepersonellens favør.

7.3 Tvang og recovery: Mitt liv – mitt prosjekt

Et tvangsvedtak er ikke brukerens prosjekt og det er derfor i direkte konflikt med et av grunnprinsippene bak recovery, nemlig brukerens indre motivasjon og eierskap til eget liv (Topor, 2001; Borg, 2007; Ness et.al, 2013; Biong & Soggiu 2015; Bjørnstad et.al. 2018; Topor, et.al. 2020; Topor et.al 2021) En av deltakerne våre sa at «recovery er alt det andre». Vi synes dette er beskrivende. Recovery skjer der brukeren er; i livet, i samfunnet, i hverdagen (Borg, Karlson og Stenhammer, 2013). Recoveryforskning har særlig vært knyttet til alvorlige psykiske lidelser og forskning viser at mange opplever recovery, også fra alvorlige og såkalte kroniske lidelser (Topor, 2001).

Kommunehelsetjenesten arbeider etter recoverymodellen. Denne modellen bygger på idealet om det autonome menneske som er i stand til å ta kontroll over sin egen situasjon, har innsikt i egen behandling og i stand til å gi et velinformert samtykke. Tjenester fra kommunehelsetjenesten skal bygge på hva brukeren har behov for og hva hen selv ønsker.

Mye tyder på at bedringsprosesser er nært knyttet til samarbeid om de tingene brukeren selv synes er viktig i livet (Biong og Soggiu, 2015). Selv om det er et vedtak som ligger til grunn for den helsehjelpen brukeren tilbys har hen store muligheter til å medvirke og påvirke tjenesten de mottar. Deltakerne i vår studie forteller at de streber etter at brukeren skal få ta stor del i å utforme de delene av helsetilbudet som de kan påvirke. Brukeren har en lovfestet rett til medbestemmelse (pbrl, 1999, § 3-1) og hvis det blir tatt en avgjørelse mot brukerens vilje er den ansvarlige pliktig til å tilrettelegge slik at hjelpen er mest mulig tilpasset brukerens ønsker og behov (phvl, 1999, § 4-2). Brukermedvirkning har som målsetting å gjøre behandlingen minst mulig belastende for brukeren og sikre at hen i størst mulig grad får bestemme over seg selv. Likevel forteller brukere som er eller har vært underlagt TUD at de opplever en håpløshet over å ikke bli hørt eller å få snakke om det som betyr noe (Leinan et.al, 2021). En av deltakerne i studien til Leinan med flere (2021) mener at hen får mindre innflytelse når man ikke erkjenner at man er syk. Dette kan stemme overens med hva vi fant i vår studie. Deltakerne i studien vår forteller at recoveryorientert arbeid ble enklere når brukeren frisknet til og særlig når medisineringsen startet å virke. Det forekommer en klar holdning om at bruk av TUD kan forsvares med, og er nødvendig fordi brukeren mangler innsikt i egen situasjon og sykdom (Stensrud, et.al, 2016).

Et TUD vedtak kan hindre brukerens bedringsprosess fordi hen ikke får ta tilstrekkelig del i å utforme hverdagslivet sitt (Stensrud et.al, 2015). En av utfordringene deltakerne i studien vår trekker frem er opplevelsen av at brukeren blir en passiv deltaker i eget liv. Recovery krever en betydelig egeninnsats over lang tid og krever blant annet en livsstils endring der man for eksempel tar avstand fra et rusmiljø, eller at man har en indre motivasjon for å spise fire måltider til dagen. Dersom tvangsvedtaket inneholder bestemmelser som brukeren selv ikke er enig i er det nærliggende å anta at det ikke faktisk forekommer en reell bedringsprosess selv om brukeren viser en form for bedring underveis. Vi kan forestille oss at hen kan få en regresjon når vedtaket oppheves. For å fremme selvstendighet og myndiggjøring er det viktig at brukerens stemme blir hørt. Spørsmålet blir om rammene, og ikke minst holdningene TUD bygger på, muliggjør dette. Hensikten med tvangsvedtaket er ofte todelt, omsorg og kontroll. Studier viser at helsepersonell finner det vanskelig å kombinere disse to (Stensrud, et.al, 2016). Stensrud med flere (2016) finner i sin studie at helsepersonell rapporterer at de legger større vekt på behovet for behandling og oppfølging enn brukerens autonomi. Vi kan hevde at tvangsvedtaket i seg selv legger til grunn en paternalistisk holdning (Stensrud, et.al, 2016).

7.4 Deltakernes egne tanker om tvang

Vi finner i vår studie at helsepersonell har et generelt ambivalent forhold til tvang. Det er likevel en bred enighet både blant deltakerne i studien og fagmiljøet om at tvang er siste utvei. Tvang anses som et alvorlig inngrep i et menneskes hverdag og skal unngås så langt det er mulig. Likevel forekommer det blant helsepersonell og samfunnet en holdning om at tvang er et nødvendig onde, dette funnet samsvarer med tidligere studier gjort på området (Stensrud, et. al., 2015; Husum et.al 2018; Løvsletten et.al., 2020a). Deltakerne i studien vår forteller at de har en opplevelse av at det foreligger tungtveiende grunner for bruk av tvang og at tvangsmidler er siste utvei og derfor en nødvendighet når et slikt vedtak fattes (Terkelsen & Larsen, 2018). Denne forståelsen gir en trygghet i at arbeidet de utfører er til det beste for brukerens bedringsprosess. Studier (Bjørngen et.al, 2015, Riley, 2016) peker på at dette ikke alltid er tilfelle. Både Bjørngen med flere (2015) og Riley (2016) finner i sine studier at pasienthistorikk i flere tilfeller viser at frivillige tiltak ikke er tilstrekkelig utprøvd eller diskutert. Kogstad (2016) beskylder i sin artikkel helsepersonell (sykepleiere) for å ha for blind tillit til de som fatter tvangsvedtakene. I følge henne er helsepersonell for opptatt av å begrunne tvangshandlingene med at virkningene er positive og til det beste for brukeren. Slik Kogstad ser det helliggjør ikke målet når middelet er en overkompensert symptombehandling som utgjør et risikobilde som overstiger fordelene.

Lovendringen i 2017 innskrenket adgangen for bruk av tvang innen psykisk helse betydelig. Behandlingskriteriet gir ikke lenger adgang til bruk av TUD slik som tidligere. Målsettingen var å sikre menneskets autonomi og styrke vernet om hens samtykkekompetanse (Endringslov til psykisk helsevernloven, 2017). Et av funnene våre er at dette er noe deltakerne i studien vår utviser en ambivalens ovenfor. På den ene siden ønsker de å ivareta brukerens medbestemmelse og autonomi i samsvar med recoveryorientert tenkning. Med så strenge grunnvilkår for bruk av tvang opplever deltakerne i vår studie en trygghet der de kan forvise seg om at det foreligger tungtveiende faglige grunner der det er konkludert med at tvang er nødvendig. Alle frivillige tiltak er forsøkt uten at de har lyktes. På den andre siden opplever helsepersonell at de som hjelpere ikke når frem til brukeren og at de blir stående å se på at mennesket går til grunne foran øynene deres. Innskrenkningen i lovverket kan forhindre at alvorlig psykisk syke mennesker å få den hjelpen de behøver (Løvsletten et.al 2020). Samtidig vet vi at det er vanskelig å hjelpe noen som ikke ønsker hjelp og at tvang i seg selv sjeldent gir opphav til en suksessfull historie om recovery. Mange brukerstemmer har tatt til ordet for å minimere tvang da de opplever at tvang ikke er hjelpsomt, ofte er den det motsatte

(Ljungberg et.al, 2015; Leinan et.al, 2021). Brukerbevegelsene har tatt til ordet for å minimere tvang i psykisk helse. Likevel viser fagpersoner en tendens til å ikke høre på de som skal motta behandlingen (Aarre, 2018). Ofte er helsepersonell raske til å uttale at «brukeren er for syk» til selv å kunne bedømme dette (Aarre, 2018). I kraft av rollen som ekspert vet vi, helsepersonellet, hva som er til det beste for brukeren mye bedre enn brukeren selv. Denne paternalistiske holdningen bryter med hele den recoverybaserte tanken om at brukeren selv er ekspert på sitt liv (Karlsson & Borg, 2017). Det er helt klart på tide at vi i helsevesenet tenker nytt og på den måten kan vi kanskje klare å nå frem til, og lykkes bedre med å hjelpe de menneskene vi forsøker å hjelpe.

Helsetjenesten og helsepersonell bærer et stort ansvar ovenfor mennesker som mottar helsehjelp. Flere av deltakerne i studien vår beskrev et ønske om å kunne gripe inn tidligere for å forhindre at brukerens forverring blir så omfattende. Flere av deltakerne i vår studie beskrev at de opplever at de ikke har gjort jobben sin tilstrekkelig eller at de tenker «hvis vi hadde gjort det, eller det» ville det kanskje blitt annerledes. Samtidig er det viktig å huske at helsehjelp som hovedregel er frivillig (pbrl, 1999, § 4-1) og at recovery er avhengig av brukerens egen motivasjon (Karlsson & Borg, 2017). Kanskje handler mye av denne måten å tenke på, fra både samfunnet og hjelpeapparatets side om hvilke forventninger vi har til brukernes bedringsprosess. I somatisk helse godtar vi at død er kan være en mulig konsekvens av sykdom. Vi vet, og godtar, at enkelte diagnoser og lidelser er kroniske. Hverken vi i helsevesenet, brukeren selv eller pårørende forventer at alle som får en somatisk sykdom vil kunne bli friske eller overleve. Det finnes begreper som livsforlengende og lindrende behandling. I psykisk helse er det annerledes. Selv om recoverytenkning ikke er en diagnoseforkusert tilnæringsmåte, men handler om livskvalitet, har vi fremdeles en underliggende tanke om at «alle skal kunne bli friske» og at vi skal kunne måle effekten, og suksessen, av recoveryarbeidet. Hva skjer da når ikke alle vil hjelpes? Brukeren har rett til å takke både ja og nei til behandling (Pbrl, 4-1). Når noen tar overdose etter endt rusbehandling, eller noen begår selvmord etter utskrivelse fra sengepost omtales det som «skandale», «systemsvikt» eller «krise i psykiatrien». Trolig foreligger det parallelt med alle skandalene og krisene en «forventningskrise» innen psykisk helse (Malkomsen & Solberg, 2022). I somatisk helse er det en allmenn aksept for at ikke en gang optimal behandling kan redde alle og at enkelte sykdommer ikke har noen kur. Ved enkelte somatiske diagnoser anses behandlingen som vellykket selv om resultatet kun er en stabilisering av sykdomsbildet og vedkommende reinnlegges etter kort tid. Hvorfor er det ikke slik i psykisk helse?

8.0 Konklusjon

Studiens formål er å sette fokus på **å gi innsikt og erfaring** i hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplever at tvangsvedtak påvirker deres recoveryorienterte arbeidsmetode. Det finnes forskning på området men lite som omhandler helsepersonells erfaring med recoveryorientert arbeid innenfor de rammene TUD setter, Vi ønsket å få frem kunnskap om hvordan helsepersonell opplever at TUD vedtaket påvirker deres recoveryorienterte arbeidsmetode og om de opplevde at dette påvirket brukerens bedringsprosess.

Vi finner at deltakerne våre stort sett kun har erfaring med TUD vedtak som omhandler tvunget medisiner i form av depot, et fåtall har erfaring med tvunget oppfølging. Det er få av dem som har erfaring med annet innhold i vedtakene. Dette stemmer med statistikk som foreligger. Deltakerne i studien vår er stort sett positiv til tvangsmedisinering som tiltak og opplever at det er til fordel for brukeren. Hvorvidt det er de i kommunehelsetjenesten som administrerer og gir brukerne medisiner varierer noe, majoriteten av deltakerne forteller at de ikke setter depotinjeksjoner selv. De mener det ville vært svært uheldig for relasjonen til brukeren og det recoveryorienterte arbeidet dersom de også var hovedansvarlig for å utøve tvang i form av tvangsmedisinering med injeksjon. Vi finner at de fleste av våre deltakere utøver mer uformell tvang ovenfor deltakerne. Dette blir beskrevet som mindre invaderende ovenfor brukerne og at TUD rammene på sett og vis legger opp til denne modellen.

Et av hovedfunnene våre er at deltakerne ikke opplever tvangsvedtaket tvangs vedtaket som et hinder når det kommer til deres recoveryorienterte arbeid. De opplever at relasjonen til de brukerne de kjenner godt fra før kanskje «får seg en trøkk» i oppstarten men at dette lar seg reparere relativt raskt ved å møte brukerne på samme måte som før tvangsvedtaket. De fremhever at de ønsker å møte brukerne med respekt og vennlighet. Ovenfor de brukerne de har lite til ingen kjennskap fra før er relasjonsbygging noe vanskeligere men at tvangsvedtaket fungerer som døråpner og skaper treffpunkt slik at de kan opparbeide tillit og på den måten komme i posisjon til å arbeide mer recoveryrettet med fokus på brukerens hverdagsliv. Helsepersonell i studien forklarer recovery som alt det som ikke er tvangsvedtaket. Med alt det andre viser deltakerne til det å leve et så normalt liv som mulig med de forutsetningene utfordringene brukeren har. De virker engasjert og motivert for å arbeide med dette og ønsker å se tvangsvedtaket som et nødvendig onde som ligger i bakgrunnen.

Helsepersonell fremstår som positive til bruk av TUD. De sier de stoler på at vurderingene er tatt av fagpersoner som anser bruk av tvang som et nødvendig onde. Vi mener at vi ser tendenser til at helsepersonell savner mer tvang på bakgrunn av behandlingskriteriet da de i enkelte tilfeller skulle ønske de kunne gripe inn tidligere «før det går så galt». Deltakerne beskriver at de kjenner på stort ansvar ovenfor brukerens «ve og vel» og at det er vanskelig å se at et menneske gradvis «går til grunne». Vi mener dette kan sees i sammenheng med det resultatorienterte fokuset som både helsevesenets og samfunnets har til psykisk helse. Kanskje er dette en mer fornuftig og realistisk tilnærming og tenke at en relativt kortvarig stabilisering er god behandling og at noen «tapte kampen mot depresjonen» uten at systemet nødvendigvis har sviktet. Uten at det er noens feil.

Det hadde vært spennende og undersøkt videre om funnene våre er relevante ovenfor en større populasjon av helsepersonell. Det finnes også forskning fra brukersiden som bestrider helsepersonells opplevelse av tvangsmedisinering som et godt tiltak. I videre forskning kunne det vært spennende og undersøkt hvorfor helsepersonell tilsynelatende er mer positiv til denne formen for tvang.

Litteraturliste

- Anderson, H. (2008). The heart and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance “a way of being” in relationships and conversation. I: H. Anderson & D. Gehart (Red.). Collaborative Therapy. Relations and conversations that make a difference. New York: Routledge
- Anthony, W.A. (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bentzrud, C., & Kristensen, E. (2018, 3. februar). Jenta på broa. *Fædrelandsvennen*.
https://spesial.fvn.no/i/KvzpyM/index_desktop.html
- Bjørngen, D., Norvoll, R. & Husum, T. (2015). *Hvordan forebygge tvang?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 52
- Bjornestad J, Veseth M, Davidson L, et al. (2018). Psychotherapy in Psychosis: Experiences of Fully Recovered Service Users. *Front Psychol*. 2018;9:1675.
DOI:10.3389/fpsyg.2018.01675
- Borg, M. (2007). The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems (B. 2007:110). Trondheim: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. Vol. 4/2013. Rapport*, (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M. & Karlsson, B. (2011). *Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskapsvilkår og muligheter*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (vol.8 nr. 4)

- Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. Tidsskrift for psykisk helsearbeid • pp 51 – 60 <https://www.idunn.no/doi/abs/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2022, 22. mars). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021*. (RAPPORT IS-3037). HelseDirektoratet, norsk pasientregister, avdeling helseregisteret. <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Borg, M. Karlsson, B. Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal akademisk
- Endringslov til psykisk helsevernloven. (2017). *Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)*. (LOV-2017-02-10-6). <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6>
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Felleskatalogen.no (2020). *Zyprexa*. I felleskatalogen. Hentet 01.05.2022: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/zyprexa-zyprexa-velotab-lilly-565738>

Gelius, H., Løwe, E. & Larsen, I. B. (2018). *Viktig å se menneske bak dommen. Fagpersoners erfaring med mennesker dømt til tvunget psykisk helsevern*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15. Nr. 1. S. 4 – 15. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2018-01-02

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2014, lest 05. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2017, 29. november). *Psykisk helsevernforskriften med kommentar*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/gjennomforing-av-tvungen-observasjon-eller-tvungent-psykisk-helsevern-uten-dognopphold-i-institusjon>

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018 – 2020* (IS-2734). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/> /attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf

Helsedirektoratet. (2019, 30. april). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet (2019). *Bruk av tvang i psykisk helsevern* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 02. mai 2022). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern>

Helsenorge.no (2020). *Hva er pakkeforløpet for psykisk helse og rus?* Hentet fra:

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

Helse- og sosialdepartementet. (2006) *Om lov om endring i psykiskhelsevernloven og pasientrettighetsloven.* (Ot.prp. nr. 65 (2005 – 2006)).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-65-2005-2006-/id188320/?ch=3>

Hofman, B. (2009). *Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang.* Sykepleien.no. DOI: [10.4220/sykepleiens.2002.0048](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0048)

Husum, L. T., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykisk helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15, Nr. 2-3.* DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02

Humanetisk forbund (u.å.). Hentet 3. mars 2020 fra <https://www.human.no/>

Høyer, G. (2000). *On the justification for civil commitment.* Acta Psychiatrica Scandinavica. (Volume 101, Issue 399) [doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.007s020\[dash\]116.x](https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.007s020[dash]116.x)

Høyer, G. (2003). *Lærebok i rettspsykiatri.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Ingarden, R. (1967). *Innføring i Edmund Husserls Fenomenologi. 10 Osloforelesninger i 1967.* Oslo Tanum. Digibok: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2016012106068

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag

Kalajdzic, P., Wernersen, C., Stoksvik, M., Rønneberg, O., Ranges, H-K., & Mjaaland O. (2020, 22. september). Mann skutt og drept av politiet i Telemark. *Nrk*.

<https://www.nrk.no/norge/mann-skutt-og-drept-av-politiet-i-telemark-1.15171393>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal

Kogstad, R. (2016). *Hva hjalp det å skifte navn til psykisk helsearbeid når overgrepene fortsatte?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid. DOI: doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-17

Kristoffersen, N, J. (2002) Generell sykepleie. 1 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Larsen, I. B., Friesinger, J. G., Strømmand, M., & Topor, A. (2021) *You realise you are better when you want to live, want to go out, want to see people: Recovery as assemblage*. International Journal of Social Psychiatry. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640211019452>

Lauveng, A. (2017). *Tvang og samtykke – hva egentlig samtykkekompetanse?*
Hentet fra

<https://erfaringskompetanse.no/wpcontent/uploads/2018/10/Samtykkekompetanse.pdf>

Leinan, T. B. S., Wickstrøm, K. I., Bjørgen, D. & Småvik, G. (2021). *Tvang uten døgnopphold – tvang som rutine*. (rapport nr. 4/2021). Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT). https://kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2021/08/Hovedrapport_Nettversjon_TUD_2021.pdf

Løvsletten, M., Husum, T. L., Haug, E., & Granerud, A. (2020a). *Cooperation in the mental health treatment of patients with outpatient commitment*. SAGE open medicine. <https://doi.org/10.1177/2050312120926410>

- Løvsetten, M. (2012). *Bruk av tvungent vern uten døgnbemanning* [Masteroppgave].
Høgskolen i Hedemark
- Løvsetten, M., Husum, T. L., Granerud, A. & Haug, E. (2020b) Outpatient commitment in mental health services from a municipal view. *International Journal of Law and Psychiatry*. 69(Mars -april). <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101550>
- Malkomsen, A. & Solberg, C. T. (2022). *Psykiatriens forventningskrise*. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 2022 (nr. 13).
<https://tidsskriftet.no/2022/02/kronikk/psykiatriens-forventningskrise>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo.
Universitetsforlaget
- Meland, S. I. (2020). Mindre tvang i psykiatrien på begynnelsen av 1900-tallet enn på 1970-tallet. *Gemini.no – Forskningsnytt fra NTNU og SINTEF*. Hentet 20.02.22 fra:
<https://gemini.no/2020/11/institusjon-mindre-tvang-i-psykiatrien-pa-begynnelsen-av-1900-tallet-enn-pa-1970-tallet/>
- Mohammed, A., Moles, R. J., & Chen, T. F. (2016). *Meta-syntesis of qualitative research: the challenges and oppotunities*. *Int J Clin Pharm*. 38:695 – 704. DOI: [10.1007/s11096-016-0289-2](https://doi.org/10.1007/s11096-016-0289-2)
- Myhr, K. (2015). *Bivirkninger og legemiddelovervåkning*. Norsk legemiddelhandbok. Hentet fra:
https://www.legemiddelhandboka.no/G5/Bivirkninger_og_legemiddeloverv%C3%A5king#Gk-05-bivirk-6
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P. & Torkelsen I. H. (2013) «Å delta med det du kan»: *Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser*. *TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID* (Vol. 10 · Nr. 3)
- Nyttingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *Int J Law Psychiatry*. 2016 Sep-

Dec;49(Pt A):147-153. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009. Epub 2016 Oct 7. PMID: 27726890

NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet: 01.04.2021. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>

NOU: 2011:9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>

Ot.prp. nr. 65. (2005 – 2006). *Lov om endring i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b324bd1623454222adefa9ccd4191c1d/no/pdfs/otp200520060065000dddpdfs.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pettersen, K. S., & Rudningen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill? En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser ned voldsproblematikk*. Rapport 10/2014. Arbeidsforskningsinstituttet

Psykiskhelsevernloven. (1999). *Lov om psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Psykiskhelsevernforskriften (2001). *Forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon*. (FOR-2000-11-24-1174). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174>

- Riley, H., Høyer, G., & Lorem, G. F. (2014). 'When coercion moves into your home' – a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 506–514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12107>
- Riley, H. (2016). When coercion moves into your home A study of outpatient commitment in Northern Norway. [Doktorgradavhandling]. Universitetet i Tromsø. <https://core.ac.uk/download/pdf/335076736.pdf>
- Riley, H., Straume, B. & Høyer, G. (2017). *Patients on outpatient commitment orders in Northern Norway*. BMC Psychiatry, 02 May 2017, 17(1):157. [10.1186/s12888-017-1331-1](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1331-1)
- Riley, H., Sharashova, E., Rugkåsa, J., Nytingnes, O., Christensen, T. B, Austegard, A-T. A., Løvsletten, M., Lau, B. & Høyer, G. (2019) *Out-patient commitment order use in Norway: incidence and prevalence rates, duration and use of mental health services from the Norwegian Outpatient Commitment Study*. BJpsych open 5, e75, 1–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2019.60>
- Seim, B, Reksnes, A. H., Nøklung, A., Haugen, O., Næss, O. H. & Kløften, R. M. (2021, 4. desember) Kvinna som vart sendt heim. <https://www.nrk.no/vestland/xl/anne-kari-vart-sendt-heim-trass-ni-sjolv-mordsforsok-1.15685240#intro-authors--expand>
- Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press
- Spigset, O. (2013). *Farmakodynamikk*. Norsk legemiddelhandbok. Hentet fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/G1/Farmakodynamikk>
- Stensrud, B., Høyer, G., Granerud, A., & Landheim, A. (2015). "Life on Hold" A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties, 36(3), 209-216. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.955933>

Stensrud, B., Høyer, G., Beston, G., Granerud, A., & Landheim, A. (2016). «Care or control?» A qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 51(5), 747–755. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1193-8>

Stortingsmelding nummer 18. (2018 – 2019). Helsenæringen: *Sammen om verdiskapning og bedre tjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/41435798a618491e902935a590967502/no/pdfs/stm201820190018000dddpdfs.pdf>

Stortingsmelding nummer 19. (2018 – 2019). Folkehelsemeldinga: *Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>

Stortingsmelding nummer 25. (1996 – 1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (Psykiatrimeldingen)*. Sosial- og helsedepartementet.
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

Stortingsmelding nummer 47. (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Stortingsproposisjon nummer. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98.html?id=201915

Stuen, H. K., Landheim, A., Rugkåsa, J., & Wynn, R. (2018). How clinicians make decisions about CTOs in ACT: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems* volume 12, Article number: 51. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0230-2>

- Syse, A. (2007). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal
- Sørensen, N. (2007). *Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern – særreaksjoner for strafferettslig utilregnelige lovbrøtere*. [Mastergradsavhandling] Universitetet i Oslo
- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2012). Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 123-132. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-02-04>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg). Oslo: Gyldendal
Akademisk
- Tjora, A. (2019). *Viten Skapt – kvalitativ analyse og teoriutvikling*. (1. utg.) Cappelen Damm
Akademisk
- Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*,
Fagbokforlaget
- Topor, A. (2001). Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders. [Doktorgradsavhandling] Stockholm: Stockholm University, Department of Social Work, SSSW, nr. 18
- Topor A, Borg M, Di Girolamo S, Davidson L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011;57(1):90-99. doi:[10.1177/0020764009345062](https://doi.org/10.1177/0020764009345062)
- Topor, A. P., & Denhov, A. (2015). Going beyond: Users`experiences of helping professionals. *Psychosis*. ISSN: 1751-2439. 7 (3). s. 228 – 236. DOI: [10.1080/17522439.2014.956784](https://doi.org/10.1080/17522439.2014.956784)
- Topor, A. P., Larsen, I. B., & Bøe, T. D. (2020). *Recovery: Stressing the social basis of the process*. <https://www.madinamerica.com/2020/06/recovery-social-basis/>

Universitetet i Agder (UIA), (2018, 11. november). *Rutiner for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver*. <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forsking-og-i-studentoppgaaver>

Universitetet i Nord-Norge. (2020, 24. februar). *Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold*. Hentet fra: <https://unn.no/rettigheter/tvunget-psykisk-helsevern-uten-dognopphold>

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. ISBN 978 92 4 150602 1. Hentet fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

Aarre, T. F. (2018) *En mindre medisinsk psykiatri* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Tvang i et recovery-perspektiv”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette fokus på hvordan helsepersonell opplever at tvang påvirker bedringsprosessen til individet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Ved hjelp av et semistrukturert intervju av helsepersonell i kommunehelsetjenesten, håper vi at studien kan si noe om hvordan relasjonen, motivasjonen og behandlingsalliansen påvirkes og formes når det foreligger tvangsvedtak. Vi håper studien kan avdekke utfordringer, områder med behov for forbedring og kompetanseheving.

Dette er et forskningsprosjekt som er tilknyttet en masteroppgave innen psykososial helse ved UIA.

Kort om prosjektet:

Oppgaven vår omhandler helsepersonells erfaring og opplevelse med tvang i et recoveryperspektiv. Mange av landets kommuner har forpliktet seg til å arbeide recoveryorientert. Vi ønsker å undersøke hvordan helsetjenesten i kommunehelsetjenesten opplever tvangsvedtak. Hvilke erfaringer og tanker har gjort seg og hvordan de opplever at tvangsvedtaket påvirker individet. Oppgavens problemstilling blir derfor:

*Hvordan opplever helsepersonell å jobbe recoveryorientert
i møte med brukere som er underlagt tvang?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Veiledere: Tonje Lossius Husum og Monica Strømmland

Forskningsprosjektet gjennomføres av masterstudentene:

Andrea Fidje Amundsen

Kjørestad Terrasse 14, 4550 Farsund

Andrea_amundsen92@hotmail.com

90639195

Rita Junker Lian

Stovlandsveien 64, 4519 Holum

Rita.junker.lian@gmail.com

46503778

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det sendes ut henvendelse til kommunehelsetjenesten i Agder inne rus og psykisk helse. Vi ønsker å rekruttere helsepersonell/miljøpersonell som innehar erfaring med tvangsvedtak uten døgn. Vi har som mål å rekruttere mellom 8 og 10 deltakere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å innhente opplysninger via et kvalitativ intervju. Vi bruker et semistrukturert intervju og dette vil bli tatt opp via et godkjent lydopptaksutstyr i tråd med retningslinjene til UIA. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet av enten Andrea, Rita, eller begge to. Svarene du avgir vil transkriberes senere til en tekst. Intervjuet vil antagelig vare omtrent en time. Det handler om din subjektive, personlige opplevelsen og erfaringen med å arbeide med individer med og/eller tvang uten døgn. Du vil bli spurt om din personlige mening og tanker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst under intervjuet trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Du har mulighet til å trekke deg fra å være med i studien fram til analysen er gjennomført.

Du vil bli tilbudt å lese igjennom det transkriberte intervjuet når det er ferdig, og du vil også ha mulighet til å være med å korrigere det. På slutten av forskningsprosjektet vil du også ha mulighet til å lese igjennom masteroppgaven dersom du ønsker det.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene vil være Andrea (student), Rita (student), Monica Strømmland (bi-veileder) og Tonje Lossius Husum (veileder).

Det vil ikke være mulig for andre som leser den ferdige oppgaven å kjenne igjen hvem som har deltatt i studien. Det innebærer blant annet at vi ikke vil spesifisere kjønn, arbeidssted eller kommune. Alt transkribert datamateriale vil bli lagret på en privat datamaskin som kun brukes til skolearbeid. Opplysningene ligger på en egen mappe på datamaskinen. Maskinen er passordbeskyttet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alt av personidentifiserbart materiale vil bli slettet og/eller destruert ved prosjektslutt, som etter planen er juni 2025.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved:

Andrea Fidje Amundsen, masterstudentstudent.

Email: andrea_amundsen92@hotmail.com

Rita Junker Lian, masterstudentstudent.

Email: rita.junker.lian@gmail.com

Monica Strømmland, universitetslektor.

Email: monica.stromland@uia.no

Vårt personvernombud:

Johanne Waberd Lavold, Seniorrådgiver

Email: johanne.lavold@uia.no

Telefonnummer: 38 14 13 28

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Masterstudentene

Andrea Fidje Amundsen

Rita Junker Lian

Prosjektansvarlig

Tonje Lossius Husum, veileder

Monica Strømmland, bi-veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Tvang og recovery, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.
- at Andrea, Rita, Monica eller Tonje kan gi opplysninger om meg til prosjektet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide til Rita og Andreas masteroppgave

Innledning:

- Hva er din yrkesbakgrunn?
- Hvordan jobber du nå? Stilling, type arbeidssted. Etc.

Hoveddel:

- Kan du fortelle om din erfaring med tvangsvedtak, TUD?
 - Hvilke tjenester/vedtak utøves på tvang?
- Hvordan påvirkes din jobb som helsepersonell i situasjoner der det foreligger tvangsvedtak?
 - Hva er dine tanker i forhold til dette?
 - Hvordan opplever du at dette påvirker din og hjelpeapparatets relasjon til brukeren?
- Hvordan opplever du at tvangsvedtaket påvirker det recoveryorienterte arbeidet?
 - Bedringsprosess
 - Motivasjon
 - Holdninger til hjelpeapparatet
 - Behandlingsalliansen
- Opplever du at tvangsvedtak gir rom for recoverytenkning?
 - Hva tenker du?
 - Symptombehandling?
 - Jobbes det med mer enn hva tvangsvedtaket spesifiserer?
- Hvordan opplever du samhandlingen omkring tvangsvedtaket?
 - Bra samarbeid?
 - Informasjonsflyt
 - Inkludering og oppfølging av bruker.
- Hvordan opplever du at forekomsten av tvangsvedtak påvirker din relasjon til individet?

- Hvordan opplever du at forekomsten av et tvangsvedtak påvirker brukerens tilfriskning?

Avslutning?

- *Hvordan er din personlige opplevelse av tvangsvedtak?*
 - Virker det?
 - Virker det ikke?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tvang i et recovery-perspektiv

Referansenummer

198349

Registrert

22.07.2021 av Andrea Fidje Amundsen - andrfa18@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Strømland, monica.stromland@uia.no, tlf: 91565389

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Andrea Fidje Amundsen / Rita Junker, andrea_amundsen92@hotmail.com / rita.junker.lian@gmail.com, tlf: 90639195/46503778

Prosjektperiode

01.09.2021 - 01.07.2025

Status

05.10.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

05.10.2021 - Vurdert

-

komiteene (FEK). Dersom vedtak fra FEK medfører endringer i prosjektet må dette meldes til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 01.07.2025.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet

(art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/meld-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Godkjenning fra FEK



Andrea Fidje
Amundsen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 06/12/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Tvang i et recoveryperspektiv

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO