



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Vanskelige avgjørelser. Helsearbeideres vurderinger ved etablering av tvungent psykisk helsevern.

Difficult decisions. Health workers' assessments of the establishment of compulsory mental health care.

Elisabeth Sæter

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 25.04.12



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.04.12

Forord

Det er med glede at jeg med dette fullfører mitt masterstudie ved Høgskolen i Molde. Det har vært en spennende erfaring med vekt på faglig utvikling, men det har også vært svært hyggelig å stifte nye og gode bekjenskaper med medstudenter og ansatte.

I de fire årene jeg har vært deltidsstudent har jeg også fortsatt i min stilling som miljøterapeut i Ålesund kommune. Jeg har fått kjenne på den berømte "tidsklemma", og det er derfor mange som skal ha takk for at denne studien nå er kommet i havn.

En spesiell takk rettes til min veileder Karl Yngvar Dale for faglig kunnskap, men også for positiv og oppløftende holdning. God tilgjengelighet og raske tilbakemeldinger har vært til stor nytte i mitt arbeid.

Stor takk går også til min arbeidsgiver og mine kollegaer, for tilrettelegging av studiepermisjoner og for oppbacking underveis.

Teamlederne som hjalp med rekrutering av deltagere, og ikke minst deltagerne selv fortjener også stor takk. Jeg er glad for at dere syntes temaet og prosjektet var viktig, og at dere var villig til å gi meg litt av deres tid i en hektisk hverdag.

Sist men ikke minst en varm takk til familie og venner som har støttet meg både i medgang og motgang. Dette har vært en uvurderlig støtte for meg.

Ålesund, april 2012

Elisabeth Sæter

Sammendrag

Oppgaven er delt i to deler, introduksjonskapittel og artikkel. Introduksjonskapittelet gir en utvidet bakgrunn for teori og metode som er benyttet i artikkelen. Problemstillingen er: <<Vanskelige avgjørelser. Helsearbeideres vurderinger ved etablering av tvungent psykisk helsevern>>. Hensikten er å identifisere faktorer i forbindelse med vurdering av tvungent psykisk helsevern (TPH). Metoden som ble benyttet var fokusgruppeintervjuer, i alt tre grupper med til sammen 17 deltagere. Resultatene viser at helsearbeiderne oppgir farekriteriet som den viktigste årsaken til TPH. Relasjon til pasient, å ta avgjørelsen sammen med andre, blamering samt kunnskap og erfaring er viktige elementer i vurderingene. Faktorer som deltagerne mente kan føre til TPH er manglende sykdomsinnsikt, for sen inngripen, mangelfull oppfølging pga for lite ressurser og manglende erfaring, kunnskap og kjennskap til pasient. Momenter som kan forhindre tvang er tidlig pasientkontakt, godt samarbeid, tett oppfølging i en periode, vurdere sammen med andre og kunnskap, erfaring og kjennskap til pasient. Holdningene til tvang generelt var positive forutsatt riktig bruk. Til sist ble samarbeid og kommunikasjon fremhevet som viktig for god pasientbehandling. Studien viser hva helsearbeiderne i dette studiet er opptatt ved vurdering av TPH, men det er behov for mer forskning på dette området. Nøkkelord: Tvungent psykisk helsevern, vurdering og fokusgruppe.

Summary

This study is divided into two parts, an introduction chapter and an article. The introduction chapter provides an extended background of theory and method used in the article. The research question is: <<Difficult decisions. Health workers' assessments of the establishment of compulsory mental health care>>. The purpose of the study is to identify critical factors in the assessments made by health care professionals upon the establishment of Compulsory Mental Health Treatment (CMHT). The method employs focus group interviews, consisting of three groups with a total of 17 participants. The results show that health care professionals state high risk as the main criteria for CMHT. The relation to the patient, sharing the decision-making with others, shameful behavior, knowledge and experience are also part of the assessments. Factors that may lead to CMHT are lacking disease insight, delayed intervention, undersupplied follow-ups due to scarce resources and lacking experience, knowledge and patient acquaintance. Elements that may prevent compulsory measures are early onset of patient contact, a good

collaboration, frequent follow-ups and monitoring for a period, assessments made together with other professionals, and adequate experience, knowledge and patient acquaintance. The attitudes towards compulsory measures were generally positive, provided that it used correctly. Finally, teamwork and communication were promoted as significant to proper patient treatment. Keywords: Compulsory Mental Health Treatment, assessment and focus group.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| DEL 1: INTRODUKSJONSKAPITTEL TIL ARTIKKEL..... | 1 |
| Bakgrunn | 1 |
| Historisk utvikling mht forvaltning av personer med alvorlig sinnslidelser..... | 2 |
| Synspunkter på TPH | 5 |
| Kontekst for etablering av TPH | 7 |
| Hvordan kan man så forstå situasjonene? | 8 |
| Forskning i lys av beslutningsprosesser og bruk av TPH | 10 |
| Problemstilling | 14 |
| Metodediskusjon | 15 |
| Fokusgruppe | 15 |
| Fokusgruppe som metode – en kritisk gjennomgang..... | 19 |
| Ethiske vurderinger | 20 |
| Referanser | 22 |
| Appendix | 25 |
| Vedlegg 1 | 25 |
| Vedlegg 2 | 26 |
| Vedlegg 3 | 27 |
| Vedlegg 4 | 28 |
| Vedlegg 5 | 29 |
| DEL 2: ARTIKKEL MENT FOR TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID . | 30 |
| Sammendrag..... | 30 |
| Innledning | 30 |
| Kontekstbeskrivelse | 32 |
| Metode..... | 32 |
| Deltagerne | 33 |
| Prosedyre..... | 33 |
| Analyse..... | 34 |
| Validitet og reliabilitet | 34 |
| Resultater..... | 35 |
| Diskusjon | 38 |
| Konklusjon | 41 |
| Referanser | 42 |
| Summary | 43 |

DEL 1: INTRODUKSJONSKAPITTEL TIL ARTIKKEL

Bakgrunn

Bakgrunn for studien er at Norge har vist seg å ligge stabilt høyt i forhold til andre europeiske land når det kommer til bruk av tvang innen psykisk helsevern (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). Det er derfor lagt politiske føringer for at bruken av tvang i det psykiske helsevernet skal reduseres, brukermedvirkning og frivillighet skal vektlegges og omsorg skal gis fortrinnsvis der pasientene bor (Helse – og omsorgsdepartementet, 1997). Det er ment å være det beste for pasienten at behandlingen foregår på lavest mulig omsorgsnivå, og da helst i kommunen fremfor på sykehus. Tanken er at man ikke griper inn mer enn strengt tatt nødvendig, og at man forsøker å gi tilstrekkelig hjelpetilbud og omsorg i førstelinjetjenesten. Omsorg defineres av Vetlesen som «å gjøre noe for en annen som den andre ikke kan gjøre for seg selv eller gi tilbake» (Vatne 1998 s. 118). I et hjelperperspektiv vil dette noen ganger komme i konflikt med behovet for selvstendighet og autonomi hos den psykisk syke (Vatne 1998).

For å gi en pekepinn på bruken av tvungent psykisk helsevern (TPH) i Norge, viser pasientdata fra Norsk pasientregister, (NPR) at 20 prosent av de voksne som ble behandlet i det psykiske helsevernet i 2009 var underlagt TPH, samt 16 prosent av alle døgnopphold. Fire prosent ble innlagt med tvang fire eller flere ganger, og 79 prosent ble innlagt en gang. Sammenlignet med året før er tallene tilnærmet lik, og omfanget er derfor nesten uendret. Data for 2009 viser at tre av fire innleggelser med tvang gjelder enten stoffrelaterte, affektive eller schizofreni spektrum lidelser, samt at det er flest menn som innlegges ufrivillig. Analyser viser betydelige geografiske variasjoner, der Helse Nord hadde flest etableringer av TPH. De tilgjengelige dataene ga ikke grunnlag for analyse av tvangsvedtakenes varighet da rapporteringer og vedtaksendringer var mangelfulle. Tall fra kontrollkomisjonene viser at det ble fattet 3710 vedtak om tvungen observasjon, og av 311 klager fikk 7 prosent medhold. Det ble i følge de samme tallene gjort 3568 vedtak om TPH, derav 6 prosent ble opphevet (Bremnes, Pedersen og Hellevik, 2010).

Historisk utvikling mht forvaltning av personer med alvorlig sinnslidelser

Psykisk helse har historisk sett blitt nedprioritert hva norsk medisin og helsepolitikk angår, og lite penger, overbelegg og tvangsbruk har preget behandlingen. Helt frem til 1935 var det forutsatt at man var umyndiggjort for å bli behandlet på asylene. Behandlingen bar preg av prøving og feiling, og all behandling foregikk ved tvang. Noen av behandlingsmetodene var trekking av tenner, sterilisering, kastrering, innsprøyting av malariainfisert blod, insulinsjokk og lobotomi (Haave, 2008). I dagens samfunn stiller man heldigvis strenge krav til kvaliteten på behandlingen. Omfattende utfordringer i psykiatritjenesten har etter hvert blitt kartlagt (Helse – og omsorgsdepartementet, 1997), og førte til at Stortinget vedtok en økonomisk opptrappingsplan for de psykiske helsetjenestene (Helse – og omsorgsdepartementet, 1998). Planperioden varte fra 1998-2008 og omfattet faglige, økonomiske og organisatoriske virkemidler både på regionalt og kommunalt nivå. Overordnede mål var å fremme evne til å mestre eget liv, skape helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, samt fremme selvstendighet og uavhengighet ut ifra et brukerperspektiv. Desentralisering og satsing på kommunale tiltak, økt utdanning og forskning innen feltet, samt vektlegging på forebygging og tidlig hjelp sto sentralt (Riedl og Elde, 2008).

Lovendringer: I 1848 kom Lov om Sindsykes Behandling og forplejning (sinnssykeloven), som innførte ordningen med kontrollkomisjonene som uavhengig kontrollorgan. Frivillige innleggelse ble altså mulig i 1935, men dette ble lite benyttet den første tiden.

Sinnssykeloven gjaldt, riktig nok med enkelte endringer helt frem til 1961, da vi fikk Lov om psykisk helsevern. Med denne loven ble det gjort betydelige endringer i det rettslige systemet, bl.a. erstattet begrepet <<alvorlig sinnslidelse>> det gamle uttrykket <<sinnssyk>>. Likevel var det først i 1977 at det kom regulering for bruk av tvangsmidler, og i 1981 ble hjemmel for tvangsbehandling gitt. Samme år innføres det plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, i tillegg til at vilkårene for innleggelse og tilbakeholdelse gjort like. Någjeldende Lov om psykisk helsevern (phlsvl) er fra 1999, med endringslov som tredde i kraft i 2007. Phlsvl har tilgrensende lover, bl.a. er dette Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om pasientrettigheter og Lov om helsepersonell. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, EMK, er inkorporert i norsk lov og skal gå foran norske lover. I denne sammenhengen gjelder dette særlig artikkel 3, som omhandler forbud mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling og artikkel 5 som handler om personlig frihet og sikkerhet (Riedl og Elde, 2008).

I phlsvl er det fraværet av samtykke som betraktes som tvang i forbindelse med etablering av TPH. Formålet er regulert i lovens §1-1 og er formulert slik:

<< Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet >> (Riedl og Elde, 2008, s. 21)

§ 3-3 i phlsvl regulerer kriteriene for gjennomføring av tvungent psykisk helsevern:

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter §3-1 og eventuelt tvungen observasjon etter §3-2, fortar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

- 1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er formålsløst å forsøke dette.*
- 2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. §3-1.*
- 3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sin sinnslidelse enten*
 - a. Får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller*
 - b. Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.*
- 4. Institusjonen er faglig og materielt ansvarlig i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til §3-5.*
- 5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. §3-9.*
- 6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for*

andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten.

(Riedl og Elde, s. 77-78, 2008).

Alle vilkårene fra nr. 1-6 må være oppfylt, og frivillighetsvilkåret i nr.1 markerer <<det minste inngreps prinsipp>> ved at bruken av tvang kommer i annen rekke. Nr. 3 omhandler hovedvilkåret for TPH, nemlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Uttrykket tilsvarer ikke noen medisinsk diagnose og er et rettslig uttrykk. Det er derfor tidligere rettspraksis som slår fast at kjerneområdet for alvorlig sinnslidelse er aktive, psykotiske tilstander. I tillegg til hovedvilkåret må minst ett av de to tilleggsvilkårene, behandlingskriteriet eller farekriteriet være oppfylt (nr. 3a og 3b). I tillegg skal det foretas en skjønsmessig helhetsvurdering, der rimelighet og hensiktsmessighet inngår i vurderingen. Etablering av TPH må altså fremstå som den klart beste løsningen for vedkommende i tillegg til de overnevnte vilkårene. Hva som er til pasientens beste vektlegges imidlertid ikke i like stor grad når tvangsvernet er begrunnet i hensynet til andres liv og helse (Riedl og Elde, 2008).

Til tross for utbedringer er phlsvl likevel omstridt, og i 2011 ble et nytt lovforslag sent ut på høring. Det er her fokus på økt selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i det psykiske helsevernet. Begrepet samtykkekompetanse foreslås erstattet med beslutningskompetanse, da det skal gjenspeile at pasient har kompetanse både til å samtykke men også til å nekte behandling (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011). Lovverket på dette feltet har vært endret en rekke ganger, og det er derfor ikke urimelig å anta at det vil bli endret igjen innen nær fremtid.

Pårørende er også viktige for utformingen av behandling for psykisk syke, og har i noen tilfeller uttalelsesrett når etablering av TPH skal vurderes. I psykisk helsearbeid kan pårørende være en ressurs, og samarbeidet er ofte tett både med førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2008).

Begrepet terapeutisk relasjon, anses i psykologisk behandling for å være en nødvendig faktor for å oppnå bedring. En komponent her er arbeidsallianse, som består av tre punkt: En felles

forståelse av målsetning, avklarte roller og oppgaver, samt et godt gjensidig emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut (Lambert og Barley, 2001). Bordin (1979) hevder i tillegg at det også er viktig at pasient og behandler er på bølgelengde med hverandre (goodness of fit). For noen pasienter vil en samarbeidsmodell være det beste, mens andre igjen profiterer på en mer paternalistisk tilnærming. Individuell tilpasning er derfor viktig å foreta (Pribe og Mc Cabe, 2008).

Synspunkter på TPH

Psykisk helsevern har ofte blitt kritisert for å være paternalistisk (Helsedirektoratet, 2009b). For å kunne si noe om paternalisme må man først plassere autonomi som begrep. Autonomi brukes vanligvis i betydningen individuell selvbestemmelsesrett, og er et etablert prinsipp i psykologisk og medisinsk forskning, i helselovgivning og i klinisk praksis (Kroken, 2011). Paternalisme defineres som <<intensjonell begrensning av en persons autonomi av en annen person, der personen som begrenser autonomien rettferdiggjør handlingen kun ut fra målet om å hjelpe personen hvis autonomi er begrenset>> (Hoffmann, 2002, s. 42). Det er med andre ord snakk om at helsepersonell helt eller delvis bestemmer over pasientens behandling begrunnet med at man << vet >> hva som er til pasientens beste (Kroken, 2011).

Striden mellom den medisinske modell og borgernes rettigheter og autonomi hevdes å være uunngåelig, men kan også være fordelaktig (Levenson 1987). Rettighetene frontes av advokater som setter autonomi foran velgjørenhet, og som ser på psykiatrisk beslutningstaking som partisk, upresis og paternalistisk i følge Levenson. Advokater tenker generelt om saker og grupper av lignende tilfeller, mens psykiatere har fokus på individet. Videre hevdes det at den medisinske modellen er utilitarist, at handlingen avgjøres om den er god eller ikke ut ifra konsekvensene den får. De sivile rettighetene beskrives som deontologiske, valgene baseres altså på regler eller moralske prinsipper der det ”rette valget” veier tyngre enn resultatene. Dersom man tenker at begge har pasientens beste som mål, kan disse ytterpunktene være positive (Levenson 1987).

I *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang* erkjennes det også at det er nødvendig å benytte tvang i noen tilfeller. Når dette skjer er det imidlertid nødvendig at det skjer i henhold til lovverk, og at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Planen foreslår bl.a. økt kunnskap som tiltak for å kunne redusere bruk av tvang (Sosial – og helsedirektoratet, 2006).

Dersom man tar utgangspunkt i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, LPP, kan det se ut som meningene om bruken av tvang er delt. Bjørg Njaa, leder for LPPs menneskerettighetsutvalg, argumenterer for avskaffelse av phlsvl, og forbud mot tvangsmedisinering (Njaa, 2008). Styret i LPP anerkjenner derimot bruk av tvang, og mener utfordringen heller ligger i å bli enige om når og hvordan tvang skal brukes. Landsstyret slår også fast at LPP er enstemmig i at tvang kan være nødvendig som siste utvei i noen tilfeller, og er derfor inntil videre imot å fjerne behandlingskriteriet (Saastad, 2008). LPP og andre pasient – og pårørendeforeninger har vært med i Helse – og omsorgsdepartementets arbeidsgruppe, som har evaluert behandlingskriteriet som grunnlag for tvangsbruk. Det ble videre anbefalt å nedsette et lovutvalg for å se nærmere på de etiske, rettslige og faglige sidene av phlsvl, særlig sett i lys av menneskerettighetene (Husum og Hjort, 2009).

Sosial – og helsedirektoratet gav i 2006 ut <<Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern>>, som inngikk i gjennomføringen av Opptappingsplanen hvor mest mulig frivillighet er en av målsetningene. Tiltaksplanens overordnede målsetting er å gi mulighet til mestring av eget liv, deltagelse, være selvstendig og uavhengig for mennesker med psykiske lidelser. De fire hovedmålene var økt frivillighet, bedre dokumentasjon om tvangsbruk, økt kunnskap og kvalitetssikret bruk av tvang. Likevel presiseres det også i denne planen at det er urealistisk å avskaffe all tvangsbruk, da dette i noen tilfeller vil være nødvendig f. eks ved innleggelse. (Sosial – og helsedirektoratet, 2006).

Tiltaksplanen peker også på forhold som gjør at pasienter som er frivillig innlagt likevel føler seg underlagt tvang. Det vises til forskning der det er dårlig samsvar mellom pasientens rettslige status (frivillig eller tvungen), og pasientens opplevelse. Årsaker til dette kan være at familie, helsepersonell, og andre benytter uformell tvang ved å overtale pasienten til frivillig innleggelse. Trusler om tvangsinnleggelse kan gjøre at skillet mellom overtalelse og tvangsbruk blir uklar. Når frivillig innlagte føler seg tvangsinnlagte, kan innleggesprosedyrer svekke kravet om ivaretagelse av pasientens verdighet og autonomi (Aasen, 2009).

I den overnevnte tiltaksplanen ved bruk av tvang stilles det spørsmålstegn om det norske lovverket er med på å bidra til den høye andelen av tvangsinnleggelser. I denne sammenheng nevnes phlsvl § 3 – 5, observasjonsparagrafen, som gir grunnlag for tilbakeholdelse av

pasienter i institusjon. Tilsvarende regel er det få andre land som har, og paragrafen brukes i tilfeller der det er behov for videre undersøkelse for å fastslå om vilkår for tvungent psykisk helsevern er tilstede. Det at Norge har et behandlingsperspektiv fremfor straffeperspektiv, kan gjøre at mennesker som er innlagt med tvang i Norge kan være fengslet i andre land.

Kontekst for etablering av TPH

Som beskrevet i phlsvl skal avgjørelsen om etablering av TPH tas av to leger. Men hvem er det som vurderer om fastlege eller legevakt må kontaktes? Hvem ringer politiet når det er fare for liv og helse? Ofte faller dette på familie og venner, men innen profesjonene vil dette i stor grad falle på førstelinjetjenesten evt. psykiatriske akutt-team og ACT – team. I førstelinjetjenesten vil det være psykiske helseteam, hjemmetjeneste og andre kommunale tiltak. Med bakgrunn i desentralisering har kommunene fått flere pasienter og graden av hjelpebehov er også blitt større. Pasienter fra de store institusjonene nå er tilbakeført til kommunene, og nye tiltak i form av bofellesskap, arbeidstrening o.l. har utvidet ansvarsområdet i mange kommuner (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Forebygging og rehabilitering står sentralt, og arbeidslivet vektlegges i denne sammenheng (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. 2007). Oppfølgingsbehovet til de hjemmeboende psykisk syke er svært forskjellig. Noen trenger systematisk tilrettelegging over flere år med tett oppfølging, mens andre igjen klarer seg med mindre. Noen mangler pårørende og trenger helsepersonell som stabile kontaktpersoner. Tilstanden kan veksle mellom gode og rolige perioder og perioder med forvirring, sterk angst eller manglende selvkontroll. Behov for ekstra oppfølging og eller midlertidig innleggelse kan da være aktuelt, og det vil være førstelinjetjenestens ansvar å gjøre vurderinger i forbindelse med dette (Aanderaa 1996).

Når det gjelder pasientene må det som nevnt foreligge alvorlig sinnslidelse, noe som i hovedsak dreier som aktive psykotiske tilstander. Det er ICD – 10 som er det offisielle klassifikasjonssystemet i Norge, men i praksis defineres psykosebegrepet dekskriptivt/fenomenologisk og funksjonelt. Denne tilnærmingen er uavhengig av årsaksforhold. Det sentrale spørsmålet som må reises er om det foreligger en psykotisk tilstand som er så aktiv at den på ett eller flere områder i vesentlig grad påvirker pasientens evne til realitetsvurdering, med påfølgende konsekvenser for generell fungering, først og fremst psykososialt. Psykotiske tilstander er dynamiske med tanke på utforming, aktiv

symptomatologi og funksjonssvikt. En persons tilstand kan derfor variere mellom gode og dårlige perioder. I tillegg til psykotiske tilstander er det gjennom rettspraksis klarlagt at også andre særlige grensetilfeller omfattes av uttrykket <<alvorlig sinnslidelse>>. En alvorlig spiseforstyrrelse kan etter en konkret helhetsvurdering vurderes som alvorlig sinnslidelse, til tross for at hverken bulimi eller anoreksi vanligvis ikke kommer inn under begrepet i lovens forstand. I enkelte tilfeller kan imidlertid pasientens selvbylde, kroppsoppfatning og/eller virkelighetsoppfatning være så fordreid at vilkåret kan oppfylles. I slike tilfeller må en konkret helhetsvurdering av sykdomstilstand og eventuelle konsekvenser foretas. Spørsmålet er om sykdommens konsekvenser for funksjons – og realitetsvurderende evner blir så store at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. En helhetsvurdering vil også være aktuell ved selvmordsrisiko, selv om pasient ikke er psykotisk. På klinisk nivå kan det være vanskelig å vurdere disse grensetilfellene, og det må nødvendigvis utøves skjønn. Særlig vil dette være aktuelt ved alvorlig personlighetsforstyrrelser, gjerne i kombinasjon med bruk av rusmidler, ved hjerneorganiske tilstander og ved alvorlige spiseforstyrrelser. I disse tilfellene vil graden av psykososial og intellektuell funksjonssvikt oftere være sentral i vurderingene enn graden av forstyrrelse av realitetsorientering (Riedl og Elde, 2008).

Helsepersonell vil altså måtte vurdere pasientenes tilstand gjennom ulikehjelpetiltak. Dette kan være i form av hjemmebesøk, ulike arbeidstilbud, fritidsaktiviteter eller andre arenaer. Man vil kunne vurdere situasjonen ulikt, noe det kan være mange årsaker til. De ulike vurderingene som eventuelt fører til legekontakt eller ikke er noe dette studiet ser nærmere på.

Hvordan kan man så forstå situasjonene?

Thomas og Znaniecki hevdet at hvis mennesket ser en situasjonen som virkelig, er den virkelig. Slik man definerer situasjonen styrer man sin atferd. Dersom du definerer en situasjon som truende, vil du handle ut ifra det. Betrakter man derimot hendelsen på en alternativ måte, vil dette også endre atferden. Situasjonen er ikke bare avhengig av personene i samhandlingen, men hele sammenhengen f.eks. vår helsetilstand og sinnsstemning. Hele situasjonen inneholder en mengde subjektive elementer bygget på egne inntrykk. Ens atferd kan kun ses i forhold til hele sammenhengen, altså slik den eksisterer objektivt og verifiserbart, i tillegg til hvordan den subjektivt oppfattes (Levin og Trost, 2005). Stereotype oppfatninger av pasientgrupper kan også tenkes å påvirke vurderinger. Fordommer som f.eks.

at mannlige schizofrene pasienter er farlige, kan fort farge situasjonen når en vurdering skal gjøres.

Likeledes kan gruppeprosesser også påvirke vurderingene helsearbeiderne skal gjøre.

Gruppeprosesser er <<det som skjer av samhandling innenfor gruppen, dvs. innenfor rammen av gruppestrukturene>> (Hummelvoll, Jensen, Dahl og Olsen, s. 405, 2004). De vanligste strukturene har tilknytning til roller, makt, vennskap og kommunikasjon.

Vennsksstruktur i en personalgruppe er viktig å ta med her, da godt samhold kan gi bedre kommunikasjon og trygghet til å komme med egne synspunkter. Maktstrukturen er også viktig, siden makt kan gi mulighet til å gjennomføre egne interesser på tross av motstand fra andre (Hummelvoll et al., 2004). Disse gruppeprosessene kan i noen tilfeller føre til at man lar seg styre av andre, og på denne måten vil helsearbeidernes vurderinger kanskje kunne påvirkes av dette.

Som nevnt er det ikke helsearbeiderne som avgjør om TPH skal etableres, men de må gjøre vurderinger for så fatte en beslutning om lege skal kontaktes eller ikke. En beslutning defineres som <<et valg mellom ulike alternativer, der valget innebærer en forpliktelse til handling. Det siste betyr at beslutningen forventes å bli fulgt opp av praktiske tiltak og handlinger for å iverksette de intensjoner som ligger i valget>> (Jacobsen og Thorsvik, s. 279, 2007) En beslutningsprosess er sammensatt av tre faser; innsamling av informasjon, valg mellom alternativer (beslutning) og iverksetting.

Ideen om at individet handler rasjonelt står sentralt i beslutningsteorier, og begrepet rasjonelt har en spesiell betydning i beslutningsteoretisk sammenheng. Den rasjonelle idealmodellen innebærer å gjøre en beslutning *perfekt rasjonelt*. Det vil si at man vurderer situasjonen, tar stilling til hva som kjennetegner problemet, gjør en kartlegging av ulike løsninger, veier alternativene opp mot konsekvensene for så å velge løsningen med minst konsekvenser. Denne modellen forutsetter full informasjon, samt klare mål. Da det er umulig for noen å ha full informasjon og oversikt over det beste alternativet til en hver tid, kan ingen handle perfekt rasjonelt. Målene er ofte uklare eller skiftende, og man tenker derfor at mennesket handler *begrenset rasjonelt*. Man vurderer da alternativer og konsekvenser etter hvert som man har kapasitet, og velger det første tilfredsstillende alternativet som dukker opp uten å vite hva som er det beste. I denne beslutningsmodellen blir usikkerhet og uklarhet sentrale elementer. Man

må derfor studere måten man leter etter alternativer på, for å forstå beslutningen (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Forskning i lys av beslutningsprosesser og bruk av TPH

Til tross for økt fokus rundt tvangsproblematikken står forskningen om tvangsbruk i psykisk helsevern fortsatt svakt i Norge. Også i resten av Norden er disse forskermiljøene små og sårbare. De landene som bidrar mest til kunnskap om tvang er USA, Canada, England, Australia, New Zealand, Nederland, Belgia og Tyskland, som stort sett har stor vitenskaplig produksjon gjennom tverrfaglige og sterke forskningsmiljøer. Som et av flere tiltak for å øke kunnskapen om bruk av tvang ble ”Nettverk for bruk av tvang i det psykiske helsevernet” opprettet i 2008 på oppdrag av Helsedirektoratet. Nettverket er lokalisert ved Universitetet i Tromsø og har utviklet en forskningsplan med prioriterte anbefalinger for 2009-2014. På denne oversikten over forskningstema som er identifisert gjennom arbeidet med forskningsplanen er beslutningstakernes begrunnelser og vurderinger nevnt (Helsedirektoratet, 2009a).

I forbindelse med Opptappingsplanen gjennomførte SINTEF Helse en undersøkelse om bruken av tvungent psykisk helsevern i perioden 2001-2006. De noe oppsiktsvekkende hovedfunnene viste at pasienter som tvangsinnlegges har dårligere boforhold og lavere inntekt enn de som frivillig behandles. Det kom også frem at det var geografiske forskjeller når det gjaldt bruk av tvang, og en stor andel av de tvangsinnlagte var bostedsløse. Rapporten viste at flere menn ble utsatt for tvang, og at schizofrene var en utsatt gruppe. Bruk av TPH kan også knyttes til fattigdomsproblematikk da disse pasientene har lavere inntekt og utdanning. Det var også sammenheng med antall årsverk i kommunene og ufrivillige innleggelser, men det påpekes også behov for mer forskning på årsaker til og konsekvensene av bl.a. TPH (Husum, Pedersen og Hatling, 2005).

Det hevdes imidlertid at tallene vedrørende bruk av tvang er upålitelige, og SINTEF oppsummerte i 2008 at ca 30 % av de tallene som skulle vært tilgjengelige manglet. Det er også mangel på klinisk erfaring, og det trengs mer forskning på området. Det påpekes også at å sammenligne norsk statistikk med andre sammenlignbare land ikke gir pålitelige resultat, fordi lovverkene i de nordiske landene er så forskjellige (Norsk psykiatrisk forening, 2010).

Internasjonal forskning viser at helsepersonellens beslutninger i forkant av TPH kan påvirke utfallet for innleggelse. Å vurdere om TPH skal etableres eller ikke har alltid vært vanskelig. I USA har også de politiske føringene gått fra sykehusbasert til kommunalbasert behandling, med mål om minst mulig inngripen ved psykisk sykdom. I beslutningsprosessen møter klinikerne motstridende krav og forventninger. Med bakgrunn i dette gjorde Anderson og Eppard (1995) et psykofenomenologisk studie der beslutningsprosessen ved TPH ble vurdert. I intervjuene ble klinikerne bedt om å beskrive situasjoner der vurderingene hadde vært vanskelige. Resultatet ble ni identifiserte faktorer som skilte seg ut: Systematisk og individorientert prosess, juridiske kriterier, alternative løsninger, beslutning i samarbeid med andre, intuisjon, relasjon til klient, varsomhet og manglende evne til å kontrollere situasjoner. Funnene ga en klinisk basert oversikt av beslutningsprosessen ved vurdering av TPH, og representerte de første stegene mot beskrivelsen av erfaringene ved beslutningsprosessene som klinikere står overfor hver dag (Anderson og Eppard, 1995).

Sattar m.fl. (2006) intervjuet legestudenter knyttet til psykiatripraksis i Massachusetts, for å undersøke om personlige variabler kunne påvirke studentenes beslutninger om bruk av TPH. De personlige variablene var alder, kjønn, nivå i utdanningen, tidligere erfaring med selvmord blant pasienter og søksmål. Det ble benyttet spørreskjema som vurderte risikoatferd, samt vignetter der pasient kunne være til fare for seg selv eller andre. Resultatet viste at personlig risikoatferd og nivå i utdanningen kan knyttes til sannsynligheten for bruken TPH. Konklusjonen viser til at utdanningen bør ta for seg variabler som ikke er pasientrelaterte, for å unngå upassende beslutninger om TPH (Sattar, Pinals, Din og Applebaum, 2006).

I USA og Canada resulterte regulering av lovverk i flere ufrivillige innleggelser enn tidligere. For å kartlegge faktorene ved beslutningsprosessene ved TPH gjorde Bagby m.fl.(1991) et studie som viste at psykiatere i hovedsak vektlegger de juridiske innleggelsesvilkårene når TPH ble vurdert. Også psykotiske symptomer sto frem som en viktig faktor, men det forekom også individuelle variasjoner (Bagby, Thompson, Dickens og Nohara, 1991).

Lorant m.fl. (2007) undersøkte beslutningene ved TPH på bakgrunn av at mange europeiske lovverk i henhold til psykisk helse er blitt reformert siste årene. Det ble foretatt retrospektiv vurdering av tilfeldig utvalgte pasienter bosatt i Brussel, som var vurdert til TPH. Resultatet viste at det var sannsynlig at mange av innleggelsene ble gjort pga manglende tilbud ellers for pasienten (Lorant, Depuydt, Gillain, Guillet og Dubois 2007).

I et studie av Priebe m.fl. (2009) ble britiske pasienters synspunkter på riktigheten av en innleggelse med tvang vurdert, samt pasientenes retrospektive synspunkter ett år senere. Sosiodemografiske data og antall reinnleggelser ble samlet inn på ufrivillig innlagte pasienter, og intervju ble foretatt den første uken etter innleggelse. Reintervjuer fulgte etter ett år, 15% av pasientene hadde da blitt reinnlagt med tvang. 40 % av disse betraktet den første innleggelsen som riktig. Identifiserte faktorer knyttet til høye ufrivillige innleggelsesrater var lav behandlingstilfredshet, trygdemottagelse, å bo sammen med andre, samt være av afrikansk eller karibisk opprinnelse. Identifiserte faktorer knyttet til positivt retrospektivt syn på TPH var høy behandlingstilfredshet, dårlig psykososial fungering og enslig status. Priebe m.fl. hevder ut ifra funnene at pasientens synspunkt på innleggelsen i den første uken er en relevant indikator for langtidsprognosene for ufrivillig innlagte pasienter (Priebe, Katsakou, Amos, Leese, Morriss, Rose, Wykes og Yeeles, (2009).

Flere har stilt seg spørsmålet om bruk av tvang ved innleggelse kan påvirke behandlingsresultat og motivasjon for videre behandling. I Nederland undersøkte Kortrijk m.fl. (2010) dette, men med innleggelser i regi av ACT-team (assertive, community treatment). Alvorlig psykisk syke i Rotterdam ble vurdert ved hjelp av HoNOS, Health og the Nation Outcome Scales, og en ”motivasjon for forbedringskala”. Vurderingene ble gjennomført i begynnelsen av innleggelse, og deretter hver 6. måned i klinisk setting gjennom diskusjon mellom pasient og behandler. Under observasjonstiden ble 30% av pasientene innlagt med tvang. De forbedret sine verdier på HoNOS betraktelig, samt verdiene for motivasjon for behandling. Pasienter som ble frivillig innlagt hadde bedre HoNOS og motivasjonsverdier i utgangspunktet, men de forbedret imidlertid ikke disse. Kortrijk m.fl. (2010) hevder med dette at TPH i ACT-team kontekst er forbundet med psykososiale forbedringer, samt bedret motivasjon for behandling (Kortrijk, Staring, van Baars og Mulder 2010).

Når det gjelder holdninger til bruk av tvang i Norge har Wynn m.fl. (2007) sett nærmere på psykologers meninger. Etter gjennomføringen av psykiskhelsevernloven i 2001, kan også sykehusstilknyttede psykologspesialister gjøre rettslig bindende beslutninger angående bruk av tvang. I dette studiet ble psykologenes holdninger til bruk av tvang vurdert, ved bruk av spørreskjema med tre kasus der pasient hadde en schizofrenidiagnose. Majoriteten ville benytte tvang når pasient var voldelig, mer enn 1/3 ville gjøre det samme dersom pasient hadde problemer med gjennomføring av hverdagslige aktiviteter. De færreste ville benytte

tvang overfor pasient i tidlig schizofren fase med få symptomer. I kasuset med ikke-voldelig pasient var vesentlig flere villig til å benytte innleggelse med tvang enn tvangsmedisinering med nevroleptika. Høy alder, kvinner og tidligere erfaring med bruk av tvang indikerte villighet til tvangsbruk (Wynn, Myklebust og Bratlid 2007).

Holdninger er også tema i studiet gjort av Diseth m.fl (2011). Her ble tidligere pasienter, pårørende, medlemmer fra kontrollkomitéer, psykiatere, andre leger og advokater bedt om å vurdere graden av enighet på tretti utsagn angående bruk av tvang ved psykisk syke. Det hevdes her at det var størst enighet om at tillitsfull relasjon mellom pasient og terapeut var viktigere enn retten til advokat. Det var nest størst enighet om at beslutningen om TPH burde tas i retten, og ikke av en lege på et sykehus. Av respondentene uttrykte psykiaterne og de andre legene mest enighet med dagens lovverk. Diseth m.fl. forklarer delvis de ulike holdningene ut ifra respondentenes ulike roller innen psykisk helse, og hevder funnene kan påvirke pasientenes rettssikkerhet (Diseth, Bøgwald og Høglend ,2011).

Store forskjeller i praktisering av prioriteringsforeskriften forekommer også, til tross for felles lovmessig grunnlag. Ulikhetene ser vi både mellom fagområder, regionale helseforetak og innenfor fagområder og helseforetak. For å få riktigere pasientprioritering i spesialisthelsetjenesten utarbeidet Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene en strategi for området (Nygaard og Kårikstad 2008).

Egen erfaring tilsier også at denne vurderingen ofte er kompleks, og man må ta hensyn til en rekke faktorer i tillegg til lovverk. Det er imidlertid utgitt en rapport finansiert av Helsedirektoratet, der målet er å finne forhold som kan bidra til å redusere tvang gjennom kartlegging av mulige årsaker og sammenhenger til TPH. Her er brukere og ansatte fra psykisk helsevern intervjuet, samt kommunehelsetjenesten (Rådet for psykisk helse, 2010). I fjor startet også et forskningsprosjekt som tar for seg spenningsfeltet mellom tvang og omsorg i kommunalt psykisk helsearbeid (Øye, 2010), samt at en ny nasjonal strategi for bruk av tvang er under utarbeidelse der kommunene for første gang involveres i dette arbeidet (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010).

Høyser (2000) påpeker at man vet for lite om resultatene av bruk av tvang. Til tross for utstrakt bruk i mange land, foreligger det for få vitenskapelige studier vedrørende resultatet av denne form for behandling. Særlig gjelder dette de negative konsekvensene en ufrivillig innleggelse kan få for alliansen mellom pasient og lege. Høyser finner det rimelig å anta at ikke bare en

faktisk innleggelse kan forstyrre alliansen, men også det faktum at legen potensielt har makt til å få pasient innlagt.

Det er både komplisert og omstridt å definere eller måle tvang eller effektene av den. Det er derfor vanskelig å trekke sikre konklusjoner om hvordan tvang virker inn på behandlingsresultatet. Funnene som går igjen viser imidlertid tendenser, og kan regnes som sannsynlig kunnskap om virkningene av tvang (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011).

Problemstilling

Denne studiens hensikt er som nevnt å belyse helsearbeidernes vurderinger ved TPH, samt å identifisere viktige faktorer i forbindelse med dette. Det presiseres at det er vurderingene gjort i forkant av legekontakt som gjennomgås her. Med bakgrunn i dette har artikkelen fått følgende problemstilling:

- Vanskelige avgjørelser. Helsearbeideres vurderinger ved etablering av tvungent psykisk helsevern

Siden problemstillingen ser på vurderingsarbeidet som i hovedsak gjøres i førstelinjetjenesten, er det naturlig å si noe om valg av begrep. Det har nemlig i den siste tiden blir mer vanlig å snakke om bruker i stedet for pasient. Pasient-/brukerdiskusjonen er mest aktuell i kommunene fordi de som tar imot helsehjelp der har et annet utgangspunkt enn de som er innlagt på sykehus. Det avgjørende er ikke hvor syk man er, men at man faktisk bor hjemme, er herre i eget hus og derfor har mer makt og innflytelse enn en innlagt person har. Ordet bruker får mange til å tenke på en medaktør, en person som samarbeider med helsearbeideren som to like parter. Ordet pasient kan imidlertid få oss til å tenke at den som trenger hjelp er hjelpeløs og passiv og vet lite om sitt eget beste. Helsearbeiderne har kontakt med personer som har store variasjoner når det kommer til å kunne ta vare på seg selv og sine egne interesser, og man vil derfor med rette kunne bruke både bruker og pasientbegrepet her (Robberstad, 2002). Ordet bruker kan i noen tilfeller inneholde urealistiske forventninger til mestring, og det virker i lys av denne studien unaturlig å benytte dette begrepet når det her er snakk om TPH. Valget faller derfor på begrepet pasient.

Metodediskusjon

Fokusgruppe

I denne studien ble det benyttet fokusgruppe som er en kvalitativ metode. Fokusgruppe beskrives som ”en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt” (Halkier, 2010 s. 10). Kombinasjonen av forskerstyrt emnefokus og gruppesamhandling er altså kjennetegn på en fokusgruppe (Halkier, 2010). Men fokusgruppen er også en spesiell gruppe med tanke på formål, størrelse, sammensetning og fremgangsmåte. Formålet er å lytte til samtalen og samle informasjon, og dermed få en bedre forståelse for hvordan man tenker rundt visse temaer, produkt eller tilbud. Deltagerne er valgt på bakgrunn av spesielle kriterier de har til felles, som er relatert til temaet i fokusgruppen. Forskeren skaper et trygt miljø i gruppen der deltagerne kan dele opplevelser og meninger uten å nødvendigvis være enige. For at forskeren skal kunne identifisere trender og mønster ved dataene, må man gjenta fokusgruppediskusjonen med flere grupper. Hver gruppe bør bestå av seks til åtte personer som ledes av en egnet intervjuer. Diskusjonen er avslappet og gruppe medlemmene inspirerer og oppfordrer hverandre ved å respondere på ideer og kommentarer. Til slutt følger en grundig og systematisk analyse av diskusjonene (Krueger og Casey, 2009).

Planlegging: Som ved alle andre forskningsmetoder må fokusgruppeintervjuer planlegges godt. Planleggingsprosessen begynner med å identifisere hensikten med studien, og ut ifra det avgjøre om fokusgruppe er den rette metoden. Hvis den er det, blir neste steg å finne informanter som vil kunne gi informasjon om temaet. Videre må man bestemme hvor mange fokusgrupper man må ha for å få tilstrekkelig med data (Krueger og Casey, 2009).

Fokusgrupper egner seg bra dersom man ønsker å få frem mange forskjellige synspunkt om et tema. Ut ifra problemstillingen vil denne metoden kunne få frem informasjon jeg ellers ikke ville fått f.eks. ved spørreskjema gjennom kvantitativ metode. Dersom jeg skulle benyttet sistnevnte metode, hadde det slik jeg ser det vært vanskelig å få frem meninger eller opplevelser dersom det ikke direkte var nevnt i spørreskjemaet. Det er ikke lett å si på forhånd hvor mange grupper man må ha for å få tilstrekkelig med data, men pga. studiets størrelse og tidsramme, ble det lagt opp til tre fokusgruppeintervjuer. Med tre intervjuer håpet jeg å ha fått nok informasjon til å kunne se mønster som går igjen og dermed kunne identifisere faktorer som skiller seg ut.

Intervjuguide: Videre utarbeidet jeg en intervjuguide i tråd med fokusgruppemetodikk. Denne benyttes av moderator/intervjuer under selve intervjuet, og det er avgjørende for studiens resultat at spørsmålene er riktig formulerte. Først hadde jeg en idemyldring av spørsmålene sammen med veileder. Deretter ble spørsmålene formulert, for så å bli testet i en pilotgruppe bestående av fire deltagere. Hensikten med denne gruppen var å teste om spørsmålene var lette å uttrykke, om de var forståelige for deltagerne eller om noe kunne uttrykkes på bedre måter. Pilotgruppen fikk et eget informasjonsskriv med samtykkeerklæring som de skrev under på (vedlegg 2). Intervjuguiden ble delt inn i kategoriene åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgang, nøkkelspørsmål og avslutningsspørsmål. Åpningsspørsmålene er lette spørsmål der hensikten er å få alle deltagerne med i samtalen fra starten, og at man blir komfortable i settingen. Mens åpningsspørsmålene er ment å ufarliggjøre situasjonen, bringer introduksjonsspørsmålene temaet for diskusjonen på banen. Videre gir overgangsspørsmålene mer dybde i tematikken, og deltagerne får høre hvordan andre ser på en bestemt situasjon. Dette fører så til nøkkelspørsmålene som er de viktigste for forsker å få svar på. Disse bør få mesteparten av tiden i diskusjonen, og består ofte av to til fem spørsmål. Til slutt gir avslutningsspørsmålene mulighet for oppsummering, tilføyelser og korrigerende (Krueger og Casey, 2009).

Deltagerne: Det er studiens formål som angir hvilke deltagere man bør ha med i fokusgruppene. Siden hensikten med denne studien er å finne faktorer ved helsearbeideres vurderinger ved etablering av TPH, er det naturlig å ha helsepersonell fra psykisk helseteam, hjemmetjenester og akutt-team/ACT-team med i gruppene. Inkluderingskriteriet er at deltagerne har erfaring med vurdering av TPH. Ledere og mellomledere ble ekskludert, for å hindre at deltagerne følte de måtte si de "rette" tingene når en overordnet er tilstede. Gruppestørrelsen ble satt fra fem til syv personer, da det anbefales mindre grupper når tematikken er å forstå adferd og handling (Krueger og Casey, 2009). Når det gjelder selve deltagerrekrutteringen kontaktet jeg teamledere i psykiatri-team, akutt-team og hjemmetjenester og spurte om de ville være behjelpelig med å videreformidle informasjon til sine ansatte om studiet. På den måten kunne helsearbeiderne selv bestemme om de ville delta uten å oppleve direkte press fra meg. Alle som ble kontaktet var villige til å rekruttere deltagere blant sine ansatte. Teamlederne overleverte så kontaktinformasjon til de som hadde meldt seg, og jeg ringte de så for å avtale et passende tidspunkt. Deretter sendte jeg dem et informasjonsskriv på mail (vedlegg 1), og i tillegg en tekstmelding som påminning dagen før fokusgruppeintervjuet. På forhånd gjør jeg meg kjent med den digitale audioopptakeren, slik

at jeg skal være komfortabel med denne på intervjudagen. Jeg begynner også mentalt å innstille meg på intervjuet, for å være så godt forberedt som mulig, da det er meg selv som skal være moderator. Dette innebærer også å ta stilling til hva man skal gjøre dersom til gånge (Krueger og Casey, 2009).

Gjennomføring: Intervjuene finner sted i nøytrale lokaler hvor vi fikk sitte uforstyrret, og enkel servering ble satt frem for at deltagerne skulle føle seg velkomne. Opptakeren ble også lagt klar, samt samtykkeskjemaene. Disse ble signert av deltagerne før intervjuet offisielt startet. Ved starten av intervjuet ønsket jeg alle velkommen, introduserer meg selv, repeterte temaet for alle, samt gjentok at samtalen ble tatt opp. Jeg åpnet ikke for spørsmål innledningsvis, da dette fort kan trekke ut i tid. Jeg oppfordret imidlertid deltagerne til å svare oppriktig på spørsmålene, og presiserte at det ikke er korrekte svar i denne sammenheng. Jeg sier at jeg ønsker en fri diskusjon, og at det er bra dersom det kommer frem ulike meninger og synspunkter. Intervjuene ble gjennomført i henhold til intervjuguiden, og ingenting uforutsett dukket opp hverken før under eller etter samtalen. Underveis forsøkte jeg å være bevisst på å ikke bruke kroppsspråk som for eksempel nikking eller risting på hodet, da dette kan oppfattes som enighet eller uenighet med informasjonen som legges frem. Jeg fant imidlertid ut at det var en utfordring å forholde seg nøytral, da moderatorrollen er ny og uvant for meg. Deltagerne var ulike i form av at noen snakket mye og andre lite. Jeg spurte likevel ingen direkte, men lurte heller om noen har noe de ville tilføye. På den måten fikk alle anledning til å uttale seg. Jeg sjekker opptakeren med jevne mellomrom for å forsikre meg om at alt ble tatt opp, og tok i tillegg notater underveis. Når det hadde gått en time, som var den maksimale lengden jeg hadde satt, avsluttet jeg intervjuet og oppsummerte diskusjonen (Krueger og Casey, 2009). Det er anbefalt at man har to moderatorer under selve intervjuet, en som styrer samtalen, og en som tar notater samt tar seg av praktiske ting som måtte oppstå. Med moderatoren kan i tillegg notere seg samspillet i gruppen, noe ordstyrer kanskje ikke har kapasitet til. Mitt studie hadde kun en moderator, meg selv, så det kan være informasjon i samspillet som ikke har blitt registrert. Studiens hensikt krever imidlertid ikke en samhandlingsanalyse for å kunne gi data i forhold til problemstillingen.

Bearbeiding av data: For å få en systematisk analyse av og oversikt over data må alle intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form. I tekstform blir materialet strukturert, og det er lettere å få oversikt. Intervjuene kan ta opp følsomme emner og det er viktig å beskytte konfidensialiteten til både deltagerne og institusjoner som nevnes. Det er derfor best

å allerede i transkripsjonen skjule identiteter og andre navn som skal anonymiseres (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er også viktig å få med all verbal kommunikasjon, både latter og andre lyder, folk som snakker i munnen på hverandre og avbrytelser. I forhold til transkribering anbefales det at to personer skriver ut hver sitt eksemplar, da opptaket kan tolkes ulikt. Ved å dobbelsikre omgjøringen fra tale til tekst sikrer man også reliabilitet. I dette studiet ble transkripsjonen kun utført av meg selv, noe som jo kan påvirke tolkningen. Jeg mener likevel at reliabiliteten er godt nok sikret, noe som er beskrevet nærmere i artikkelen.

Videre analyserte jeg innholdet ved bruk av konstant sammenlignende metode, som innebærer koding, kategorisering og begrepsdannelse. Koding består i å gi tematisk hovedoversikt til de databitene som henger sammen meningsmessig. Slik kan jeg i grove trekk finne ut hva det er blitt snakket om. Kategoriseringen beskriver kodingsprosessen, og jeg kan da se om noen av kodene har konsekvenser for hverandre, henger sammen eller står i motsetning til hverandre. Kategoriseringen kan da resultere i at jeg kan samle flere koder i samme kategori, men den kan også føre til det motsatte. Kodene kan da splittes opp i flere og mer spesifikke koder, eller de kan suppleres. Gjennom begrepsdannelse plasseres kategorier og koder i forhold til data, samt valgte teoretiske begreper. Rent praktisk gjøres dette ved at jeg klipper ut meninger og sitater fra transkriptene, og samler de i kategorier og koder. Egne koder og kategorier kan da ses i sammenheng med andre beslektede undersøkelser. Jeg ser etter variasjoner, kontraster, temaer, mønstre og gjentakelser, og setter egne koder og begreper opp mot hverandre på en systematisk måte (Halkier, 2010).

I dataanalysen kan forskerens ståsted ha en potensiell påvirkning på meningstolkningene (Patton, 2002). Tilknytning og erfaringer kan få forskeren til å legge vekt på visse resultater og ignore andre, på bekostning av en fullstendig og nøytral undersøkelse. Forskerne kan identifisere seg så sterkt med deltagerne at profesjonell avstand blir vanskelig å opprettholde. Antropologien beskriver dette ved at man <<blir innfødt>>, det vil si å fortolke og rapportere alt ut ifra sine deltageres perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2009). Forståelse av en tekst bygger også alltid på den forforståelsen man har med seg. Det er da viktig at jeg klargjør mitt eget ståsted og min forforståelse, slik at andre eventuelt kan gjennomskue og vurdere dette (Halkier, 2010). Når jeg selv er helsearbeider innen psykisk helse i 1.linjetjeneste, vil min forforståelse kunne påvirke datatolkningene. Jeg har derfor vært bevisst på min rolle, og har forsøkt å ikke la mitt syn på ting farge tolkningene.

Fokusgruppe som metode – en kritisk gjennomgang

Ingen forskningsmetoder er perfekte, og de er alle avhengig av hvordan de benyttes, forskerens kunnskap og forskningsmiljø. Heller ikke fokusgruppemetoden har sluppet unna kritikk, og noen av momentene blir beskrevet her. En påstand er at deltagerne har en tendens til å intellektualisere seg selv, og gir et bilde av seg selv som reflektert og rasjonell til en hver tid. Adferdsekspertene hevder imidlertid at dette ikke er tilfellet, og at menneskets atferd ofte er preget av utenksomhet og ubevisste handlinger. Spesielt viktig er det å merke seg dette i studier som studerer adferd (Krueger og Casey, 2009). Dette understøttes også av Goffmann som har to hovedpoeng når man skal analysere fokusgrupper: Det første er at mennesker i samhandling med andre forsøker å opprettholde et bilde de har av seg selv. Man går her ut ifra at folk fremstiller seg strategisk overfor andre, mens ens såkalte <<sanne jeg>> bare vises sammen noen få andre. Det andre er at samtale kan forstås som sosiale ritualer, og preges av dette i form av forventninger om hvordan samtalen skal være (Halkier, 2010).

Et utsagn er at deltagerne i en fokusgruppe kan finne på svar, dersom man blir spurt spørsmål man ikke vet svaret på. Det mest korrekte svaret ville vært <<jeg vet ikke>> e.l. men dette kan oppleves så ubehagelig for noen at de heller tyr til et som høres sannsynlig ut. En mulig løsning for begge påstandene kan være at man kombinerer fokusgrupper med andre metoder som f. eks. observasjon. Slik kan man også se om det man sier sammenfaller med det man faktisk gjør (Krueger og Casey, 2009). I denne studien kunne man f. eks. løst dette ved å la deltagerne få utdelt vignetter som de fikk uttale seg om, samt at jeg kombinerte intervjuene med feltobservasjon.

En annen fallgrube for fokusgruppemetodikk kan være dersom resultatene blir overfladiske og trivielle kommentarer. Årsaken til dette kan være dersom man har for store grupper kombinert med et komplisert tema. Man vil da ikke klare å gå i dybden av tema, og man sitter igjen med et noe fattig resultat (Krueger og Casey, 2009).

Dersom en av deltagerne dominerer gruppen og prøver å overtale de andre kan dette også påvirke resultatene. Disse vil da være avhengig av om moderator er dyktig eller erfaren nok til å styre diskusjonen slik at alle som ønsker det får komme til (Krueger og Casey, 2009).

Det er imidlertid viktig at man som forsker er kritisk til alle resultater, enten det er benyttet fokusgrupper eller andre metoder. Å gi en grundig og god beskrivelse av fremgangsmåte, vil

kunne gi et riktig vurderingsgrunnlag for rettmessig positive og negative tilbakemeldinger (Krueger og Casey, 2009).

Etiske vurderinger

Da jeg ikke skulle drive forskning på pasienter men på helsepersonell, ble det ikke nødvendig for meg å søke Regional Etisk Komité om godkjenning. Jeg har imidlertid sendt søknad og fått godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, da mitt prosjekt inneholder personopplysninger.

På grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å undersøke menneskers private tanker og publisere dette, oppstår det etiske problemer ved intervjuforskning. Man bør helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten ta hensyn til de etiske problemstillingene. Disse kan deles inn i syv forskningsstadier: 1. Tematisering: Formålet bør være forbedring av den menneskelige situasjonen i tillegg til kunnskap som vitenskapelig verdi. I denne studien er det ønskelig å øke kunnskap, samt skape mer bevissthet ved helsearbeidernes vurderinger ved TPH. 2. Planlegging: Det var viktig for meg å vurdere hvilke konsekvenser undersøkelsen kunne ha for deltakerne, samt å sikre konfidensialitet og informert samtykke. 3. Intervjusituasjonen: Undervegs måtte jeg vurdere intervjusituasjonens konsekvenser, for eksempel endret selvbilde og stress. 4. Transkribering: Den skriftlige transkripsjonen måtte være lojal i forhold til de muntlige uttalelsene, i tillegg til at konfidensialitetshensynet ble ivaretatt. 5. Analysering: Hvorvidt deltakerne skal være med å bestemme hvordan uttalelsene skal tolkes, og hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres gir her etiske utfordringer. 6. Verifisering: Det er mitt ansvar å rapportere kunnskap som er så verifisert som mulig. Jeg må derfor vite hvor kritiske spørsmål det går an å stille til en deltaker. 7. Rapportering: Det må tas hensyn til konsekvensene offentliggjøring kan få for deltakerne og eller arbeidsplassene de representerer, samt at konfidensialitetsprinsippet også her må vurderes (Kvale og Brinkman, 2009).

I kvalitativ forskning er forskerens rolle som person og dennes integritet avgjørende for de etiske beslutninger som treffes og for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen. Min kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet vil altså være avgjørende for prosjektet. Man bør derfor være fortrolig med etiske teorier og retningslinjer samt verdispørsmål, for å kunne

gjøre valg som veier vitenskaplige hensyn opp mot etiske hensyn i undersøkelsen (Kvale og Brinkman, 2009).

Referanser

- Anderson, Judith og Janet Eppard. 1995. Clinical Decision Making During Assessment for Involuntary Psychiatric Admission, *Psychiatric Services*, July 1995, vol 46 (7): 727- 728.
- Arbeids - og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. 2007. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>
- Bagby, Michael, Judith Thompson, Susan Dickens og Michiko Nohara. 1991. Decision Making in Psychiatric Civil Commitment: An Experimental Analysis *The American Journal of Psychiatry*; Jan 1991; 148, 1; ProQuest Medical Library pg. 28.
- Bordin, E.S.1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16: 252 – 260.
- Bremnes, Ragnhild, Per Bernhard Pedersen og Vårinn Hellevik. 2010. *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, 2009*.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2009/Publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i2009.pdf>
- Diseth, Bøgwald og Høglend 2011. Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway, *International Journal of Law and Psychiatry* 34: 1-6
- Haave, Per. 2008. *Ambisjon og handling : Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo, Unipub.
- Halkier, Bente. 2010. *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet. 2008. *Pårørende – en ressurs*.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>
- Helsedirektoratet. 2009 a. *Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet*. Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet
http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf.
- Helsedirektoratet 2009 b. *Vurdering av behandlingstilvåret i psykisk helsevernlov Gjennomgang og forslag til nye tiltak I Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370)*. Oslo: Helsedirektoratet.
<http://www.sandefjord.kommune.no/Global/Utviklingscenter,%20USHT/Undervisningssykehjemmet/Fagnettverk/Demens/Presentasjoner/Vurd09%20behandlsvilkaur%20psyk%20helsevern.pdf>
- Helse – og omsorgsdepartementet. 2011. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom økt selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. NOU 2011: 9.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>
- Hoffmann, B. 2002. Pasientautonomi som etisk rettesnor – en kritisk gjennomgang. *Sykepleie*, 90: (17), 39 – 44
- Hummelvoll, Jan Kåre, Per Jensen, Tor Erling Dahl og Peder Olsen. 2004. *Helt – ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo, Gyldendal akademisk, 6. utg.

- Husum, Tonje Lossius, Per Pedersen og Trond Hatling. 2005. Analyse av tvang i psykisk helsevern
<http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A2452>
- Husum, Tonje Lossius og Haldis Hjort. 2009. Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykolog forening* 46(12): 1169 – 1174.
- Høyer, Georg. 2000. On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101: 65-71
- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik. 2007. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utg., Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kortrijk, Hans Erik, Staring, van Baars og Mulder. 2010. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive. *Social Psychiatry Epidemiol* 45: 245 – 252.
- Kroken, Jørn. 2011. *Bruk av tvang og makt. Sosialtjenestelovn kapittel 4A i praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Krueger og Casey. 2009. *Fokus groups : a practical guide for applied research*. 4. utgave Los Angeles, Calif. : Sage Publications
- Kvale, Steinar og Svend Brinkman. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lambert, M.J. og D. E. Barley. 2001. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 38: 357-361.
- Levenson. 1987. Psychiatric commitment and involuntary hospitalization: an ethical perspective. *Psychiatric Quarterly* 58 (2): 106-112
- Levin og Trost. 2005. *Hverdagsliv og samhandling med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Fagbokforlaget
- Lorant, Vincent, Caroline Depuydt, Benoit Gillain, Alain Guillet og Vincent Dubois. 2007. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 42:360–365
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2010. *Tvangsforebygging i psykisk helsearbeid*. <http://psykiskhelsearbeid.no/content/184/Tvangsforebygging-i-psykisk-helsearbeid>
- Njaa, Bjørg. 2008. *Hvordan stoppe tvangsbruken?*. Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. <http://www.lpp.no/nyheter.asp?meny=4,104&act=read&RecNo=533>.
- Norsk psykiatrisk forening. 2010. <<Mennesker som hjelper mennesker>> *Utviklingsplan for Norsk psykiatrisk forening 2010-2015*. Oslo: Norsk psykiatrisk forening <http://legeforeningen.no/PageFiles/6068/Mennesker%20som%20hjelper%20mennesker.pdf>.
- Nygaard, Elisabeth og Vidar Kårikstad. 2008. *Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for voksne*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne/Publikasjoner/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne.pdf>
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. utg. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Priebe, S. og R. McCabe. 2008. Therapeutic relationship in psychiatry: The basis of therapy or therapy itself? *International Review of Psychiatry* 20: 521 – 526.
- Priebe, Stefan, Christina Katsakou, Tim Amos, Morven Leese, Richard Morriss, Diana Rose, Til Wykes og Ksenija Yeeles. 2009. Patients' views and readmission 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry* 194: 49-54
- Riedl, Tore Roald og Wenche Dahl Elde. 2008. *Psykisk helsevernloven. Med nøkkelkommentarer*. Cappelen Akademisk Forlag

- Robberstad, Helga 2002. *Kommunepsykiatri : Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rådet for psykisk helse. 2010. *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelser til psykisk helsevern*.
http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/FFT_tiltaksforslag_rapport.pdf
- Saastad, Are. 2008. *Tvang kan være nødvendig*. Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. <http://www.lpp.no/nyheter.asp?meny=4,104&act=read&RecNo=559>
- Sattar, Pirzada, Debra A. Pinals, Amad U. Din og Paul S. Appelbaum. 2006. To Commit or Not to Commit: The Psychiatry Resident as a Variable in Involuntary Commitment Decisions. *Academic Psychiatry* 30:191-195
- Sosial – og helsedirektoratet. 2005. *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
- Sosial – og helsedirektoratet. 2006. *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*.
http://www.regjeringen.no/upload/x_ryddekatalog/Tiltaksplan_for_redu_10902a%20liten.pdf
- Helse – og omsorgsdepartementet. 1997. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St. melding nr. 25. 1996-97.
- Helse – og omsorgsdepartementet. 1998. *Om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. St.prp. nr. 63. 1997-1998
- Vatne, Solfrid. 1998. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperpektiv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wynn, Rolf, Lars Henrik Myklebust og Trond Bratlid. 2007. Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatr*, 61:433-437
- Øye, Christine. 2010. *En kvalitativ studie av spenningsfeltet mellom omsorg og tvang i kommunalt psykisk helsearbeid*. <http://psykiskhelsearbeid.no/attachment.ap?id=61>
- Aanderaa, Inger. 1996. *Å arbeide i andres hjem. Hjelpere i møte med mennesker med psykiske lidelser*. Kommuneforlaget AS. Oslo.
- Aasen, Henriette Sindig. 2009. Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse ved det psykiske helsevernet: Etske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46 (12): 1175-1181.

Appendix

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i helse – og sosialfag ved Høgskolen i Molde, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er at til tross for lovverkets regler, viser det seg at det er ulik praksis for når det tas initiativ til tvungent psykisk helsevern. Jeg ønsker å se nærmere på situasjonen før innleggelse, og jeg er interessert i å kunne se mønster som går igjen og dermed kunne identifisere faktorer som skiller seg ut.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju helsepersonell fra 1.linjetjenesten og evt. akutt-team/ACT-team fra 2. linjetjenesten i grupper. Det bør være seks til åtte personer i hver gruppe, og tre til fire grupper. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer i innleggelsessituasjoner.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet skriver du under på en samtykkeerklæring ved oppmøte.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 91330220, eller sende en e-post til elisabeth_saeter@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder førsteamanuensis Karl Yngvar Dahle ved avd. for helse – og sosial på telefonnummer 71214 057.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Håper du ønsker å delta!

Med vennlig hilsen

Elisabeth Sæter

Sosionom/masterstudent

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om Elisabeth Sæters studie av situasjoner før opprettelse av tvungent psykisk helsevern, og ønsker å stille til intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 3

Forespørsel om å delta i pilotgruppe i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i helse – og sosialfag ved Høgskolen i Molde, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er at til tross for lovverkets regler, viser det seg at det er ulik praksis for når det tas initiativ til tvungent psykisk helsevern. Jeg ønsker å se nærmere på situasjonen før innleggelse, og jeg er interessert i å kunne se mønster som går igjen og dermed kunne identifisere faktorer som skiller seg ut.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju helsepersonell fra 1.linjetjenesten og evt. akuttteam/ACT-team fra 2. linjetjenesten i grupper. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer i innleggelsessituasjoner. Før jeg går i gang med fokusgruppeintervjuene ønsker jeg å få testet spørsmålene mine i en pilotgruppe. Ved å gjøre det kan jeg se om noen av spørsmålene er uklare, om de må omformuleres e.l.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Dersom du har lyst til å være med i pilotgruppen skriver du under på en samtykkeerklæring ved oppmøte.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 91330220, eller sende en e-post til elisabeth_saeter@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder førsteamanuensis Karl Yngvar Dahle ved avd. for helse – og sosial på telefonnummer 71214 057.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Håper du ønsker å delta!

Med vennlig hilsen

Elisabeth Sæter

Sosionom/masterstudent

Vedlegg 4

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om Elisabeth Sæters studie av situasjoner før opprettelse av tvungent psykisk helsevern, og ønsker å stille til intervju i pilotgruppen.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 5

INTERVJUGUIDE

INFORMASJON: Forskningsprosjektets emne er opplevelser og situasjoner før en tvangsinnleggelse. Intervjuet blir litt annerledes enn ved et tradisjonelt intervju, der intervjuer stiller masse spørsmål. Det er mest dere som skal snakke og diskutere med hverandre, og dere leder selv an diskusjonen. Dersom dere sporer av eller ikke har mer og si, vil jeg stille spørsmål. Jeg er ikke opptatt av rette og gale svar, men ønsker å høre om opplevelser og erfaringer. Intervjuet varer i en time, og blir tatt opp på bånd. Det er kun jeg som skal høre på det, og det vil bli destruert når prosjektet er ferdig. (Halkier, 2010).

1. ÅPNING

Fortell hvem dere er, alder, utdanning og erfaring med psykisk helsearbeid.

2. INTRODUKSJONSSPØRSMÅL

Tenk tilbake, og fortell om deres første episode med tvangsinnleggelse.

Hvilke vurderinger gjorde dere den gang? Hvordan vurderer dere situasjonen nå?

3. OVERGANGSSPØRSMÅL

I situasjoner der det må vurderes om tvangsinnleggelse er aktuelt, hva er årsaken til at dere må velge tvang? Hva gjør at dere andre ganger kan velge det bort?

4. NØKKELSPØRSMÅL

Hva er tankene dere har når dere skal vurdere en tvangsinnleggelse? Beskriv tankerekken.

Har dere i noen tilfeller tenkt at en tvangsinnleggelse kunne vært unngått? I så fall hvordan?

Hvilke dilemmaer møter dere i vurderingen av tvangsinnleggelse?

Hva kan oppleves frustrerende?

Hvilke hensyn må tas? (bemanning, relasjoner, pårørende, plass på avdeling osv.)

Hvordan er deres generelle holdning til tvang? Er den på noe tidspunkt endret? Hvorfor?

Gode og dårlige opplevelser med tvang?

Hva er den viktigste faktoren?

Hvilke tilbakemeldinger har dere fått fra pasienter?

Har noen følt nederlag når man må benytte tvang?

5. AVSLUTNINGSSPØRSMÅL

Dersom dere fikk bestemme, hvilke endringer kunne dere tenke dere? (Krueger og Casey, 2009)

OPPSUMMERING:

Gjengi hovedsakene, og ellers spørre om noen har noe å tilføye.

DEL 2: ARTIKKEL MENT FOR TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID

Vanskelige avgjørelser.

- **Helsearbeideres vurderinger ved etablering av tvungent psykisk helsevern**

Elisabeth Sæter, Virksomhet for psykisk helse og rustiltak, Ålesund kommune

Sammendrag

Studiens formål er å identifisere faktorer ved helsearbeideres vurderinger ved etablering av tvungent psykisk helsevern (TPH). Metoden som ble benyttet var fokusgruppeintervjuer, i alt tre grupper med til sammen 17 deltagere. Resultatene viser at helsearbeiderne oppgir farekriteriet som den viktigste årsaken til TPH. Relasjon til pasient, å ta avgjørelsen sammen med andre, blamering samt kunnskap og erfaring er viktige elementer i vurderingene. Faktorer som deltagerne mente kan føre til TPH er manglende sykdomsinnsikt, for sen inn gripen, mangelfull oppfølging pga for lite ressurser og manglende erfaring, kunnskap og kjennskap til pasient. Momenter som kan forhindre tvang er tidlig pasientkontakt, godt samarbeid, tett oppfølging i en periode, vurdere sammen med andre og kunnskap, erfaring og kjennskap til pasient. Holdningene til tvang generelt var positive forutsatt riktig bruk. Til sist ble samarbeid og kommunikasjon fremhevet som viktig for god pasientbehandling. Studiet viser hva helsearbeiderne i dette studiet er opptatt av ved vurdering av TPH, men det er behov for mer forskning på dette området. Nøkkelord: Tvungent psykisk helsevern, vurdering og fokusgruppe.

Innledning

Historisk sett har psykisk helse blitt nedprioritert av norsk medisin og helsepolitikk. Lite penger, overbelegg og tvangsbruk har preget behandlingen, og helt frem til 1935 var umyndiggjøring en forutsetning for behandling på asylene. Behandlingen bar preg av prøving og feiling, der noen av metodene var trekking av tenner, sterilisering, insulinsjokk og

lobotomi. I 1848 kom Lov om Sindsykes Behandling og forplejning (sinnssykeloven), som innførte ordningen med kontrollkomisjonene som uavhengig kontrollorgan. I 1935 ble altså frivillige innleggelse muliggjort, men dette ble lite benyttet de første årene. Sinnssykeloven gjaldt, riktig nok med enkelte endringer, helt frem til 1961. Den ble da erstattet med Lov om psykisk helsevern, og med denne loven ble det rettslige systemet betydelig endret. Bl.a. ble begrepet «sinnssyk» erstattet med «alvorlig sinnslidelse». Likevel var det først i 1977 at det kom regulering for bruk av tvangsmidler, og i 1981 ble hjemmel for tvangsbehandling gitt. Det samme året ble også vilkårene for innleggelse og tilbakeholdelse gjort like, samt at det innføres plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Någjeldende Lov om psykisk helsevern (phlsvl) er fra 1999, med endringslov som tredde i kraft i 2007 (Riedl og Elde, 2008).

De siste årene har helsemyndighetene lagt føringer for å redusere bruk av tvang innen psykisk helsearbeid. Dette kommer til uttrykk bl.a. ved den kommende samhandlingsreformen, endring i lovverk og gjennomføring av opptrappingsplanen. Trenden er at det i høyere grad skal tilstrebes å benytte frivillige alternativer for å redusere tvangsbruken (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). I dag er det § 3-3 i phlsvl som regulerer kriteriene for gjennomføring av TPH. Paragrafen beskriver hovedvilkåret som er at alvorlig psykisk lidelse må foreligge, samt de to tilleggsvilkårene behandlings – og farekriteriet. Dersom tvungent psykisk helsevern kan forhindre at vedkommendes sinnstilstand: «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret» oppfylles behandlingskriteriet (Riedl og Elde, s. 77, 2008). Hvis sinnstilstanden «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse» oppfylles farekriteriet (Riedl og Elde, s. 77, 2008). En helhetsvurdering skal også foretas og tvungent psykisk helsevern skal kun igangsettes dersom det antas å være den klart beste løsningen (Riedl og Elde, 2008).

Til tross for at lovverket regulerer kriteriene for innleggelse, viser det seg at det er ulik praksis for når det tas initiativ til TPH. Internasjonal forskning viser at beslutningsprosessen ved vurdering av tvungent psykisk helsevern ikke bare tar utgangspunkt i lovverk, men blir påvirket av andre faktorer også (Anderson og Eppard 1995; Sattar, Pinals, Din og Applebaum 2006; Bagby, Thompson, Dickens og Nohara 1991; Lorant, Depuydt, Gillain, Guillet og Dubois 2007). Norsk forskning som foreligger på tvang dreier seg i hovedsak om spesialisthelsetjenesten, og dens utøvelse av tvang (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010). Det er gjort lite forskning på førstelinjens vurderinger av situasjonen i

forkant av TPH, noe som kanskje er mer aktuelt nå enn før (Rådet for psykisk helse, 2010). Det påpekes også at man vet for lite om resultatene av bruk av tvang, både positive og negative (Høyer, 2000).

Kontekstbeskrivelse

Når normen i samfunnet nå er desentralisering av de store institusjonene og tilbakeføring av pasienter til kommunene, medfører dette naturligvis utvidelse av ansvarsområde for førstelinjetjenesten. Helsepersonellet i psykisk helseteam, akutt-team, hjemmetjeneste og ACT – team må i større grad gjøre vurderinger angående brukernes psykiske helse. I dette ligger det også vurderinger om etablering av tvungent psykisk helsevern, TPH. (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I følge phlsvl er det pasienter med alvorlig sinnslidelse, i hovedsak aktive psykotiske tilstander, som kommer inn under bestemmelsen TPH. I tillegg kan særlige grensetilfeller omfattes av regelen, dersom en helhetsvurdering viser at sykdommens konsekvenser for funksjons – og realitetsvurderende evner blir så store, at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. Eksempler på dette kan være ved alvorlige personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og selvmordsfare (Riedl og Elde, 2008).

Det er altså åpenbart at man vet for lite om de beslutningsprosesser som ligger til grunn for bruk av tvang. Dette danner bakgrunn for denne studien, som har til hensikt å belyse helsearbeidernes vurderinger ved TPH, samt å identifisere viktige faktorer i forbindelse med dette. Det presiseres at det her er snakk om vurderingene som gjøres av helsearbeiderne før legekontakt.

Metode

Studiet er gjort med godkjenning fra personvernombudet NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det ble benyttet fokusgruppeintervjuer som metode. Fokusgruppen kjennetegnes ved at gruppen består av personer med felles bakgrunn, egenskaper eller interessefelt. Hensikten er å få økt kunnskap og verdifull informasjon om en velavgrenset problemstilling, gjennom en nøye planlagt diskusjon i et tiltalende og trygt miljø (Krueger og Casey, 2009). Metoden ble valgt pga dens styrke i å kunne samle et bredt utvalg meninger, samt generere nye ideer gjennom deltageres interaksjon. Ballin, Ballandin, Stancliffe og Togher, (2011) hevder at diskusjonen i gruppen forbedrer datakvalitetene fordi den avdekker graden av enighet eller uenighet blant deltagerne. I tråd med fokusgruppemetodologi diskuterte

deltagerne forhåndsbestemte spørsmål der jeg selv fungerte som moderator/intervjuer (Halkier, 2010). Til tross for at det anbefales deltok det ikke en assistentmoderator under intervjuene.

Deltagerne

Fokusgruppens deltagere var ansatte i psykisk helseteam, psykiatrisk akutt-team og hjemmetjenester fra to kommuner. Inkluderingskriteriet var at de jobbet i en av de overnevnte instansene, og at de hadde erfaring med vurdering av tvungent psykisk helsevern.

Ekskluderingskriteriet var ledere eller mellomledere. Dette ble satt for å kunne gi deltagerne trygghet til å komme med egne meninger, uten å tenke på å måtte si de ”rette tingene” overfor en overordnet. Det var til sammen 17 deltagere fordelt i tre grupper, der det var fem deltagere i den ene gruppen og seks deltagere i de to andre. Begge kjønn var representert i en alder fra tyve - til sekstiårene. Gruppene besto av sykepleiere og hjelpepleiere med og uten videreutdanning i psykisk helse, assistenter med annen utdanning, sosionomer og omsorgsarbeidere. Deltagernes erfaring innen psykisk helsearbeid varierte fra ca 5-40 år.

Variasjon mellom deltagerne kan være til nytte for studiet ved at ulike meninger og erfaringer kan stimulere diskusjonen til å kunne belyse mange sider av en sak (Krueger og Casey, 2009). Alle deltagerne ble anonymisert i datamaterialet for å sikre deres identitet utenfor fokusgruppen.

Prosedyre

Det ble laget en intervjuguide som dannet utgangspunkt for diskusjonene i tråd med fokusgruppemetodikk (Krueger og Casey, 2009). For å sikre at spørsmålene var tydelige, ble intervjuguiden testet i en pilotgruppe. Spørsmålene dreide seg i hovedsak om holdninger til bruk av tvang, retrospektiv syn på tidligere vurderinger, årsak til at man noen ganger må velge TPH og andre ganger kan velge det bort, beskrivelse av ulike dilemmaer og tilbakemeldinger fra pasienter. Moderator oppfordret deltagerne til å utveksle meninger, erfaringer og fortellinger rundt tema i diskusjonen. Alle informantene fikk på forhånd skriftlig informasjon ang. studiet, og skrev under på en samtykkeerklæring. Fokusgruppeintervjuet varte i en time, og ble tatt opp på bånd. Moderator spurte spørsmål til gruppen, ba om forklaring dersom noe var uklart og tok notater underveis. Moderator gjorde også notater rett etter intervjuet.

Analyse

Det ble gjort en innholdsanalyse av intervjuene i form av konstant sammenlignende metode (Krueger og Casey, 2009). Etter hvert intervju ble det foretatt en transkribering av opptakene, der all identifiserbar informasjon ble fjernet. Informantene ble nummererte og det ble satt inn generelle beskrivelser der det var nødvendig. Videre ble alle transkriptene lest, notater ble skrevet i margin og hovedfunn ble markerte. Det første transkriptet ble igjen gjennomgått, denne gang for å utvikle et skjema. Deler av teksten ble inndelt i koder etter dens mening, dette ble så gjentatt flere ganger for å komme frem til de endelige kategoriene. Den samme prosedyren ble gjort på de to andre transkriptene. Etter hvert som nye meninger i teksten ble identifisert, ble flere koder lagt til. Til slutt ble transkriptene sammenlignet seg i mellom, og de endelige kategoriene var satt (Ballin et al. 2011).

Validitet og reliabilitet

Med bakgrunn i innholdsanalysen ble det skrevet sammendrag av fokusgruppeintervjuene. Disse ble sendt til hver enkelt deltager med oppfordring om å gjøre korrigeringer eller tilføyelser ved behov. Alle deltagerne godkjente sammendraget, og ingen endringer ble gjort (Krueger og Casey, 2009).

For å sikre troverdighet til dataene og tolkningene av dem ble det gjort følgende: Under intervjuene spurte moderator deltagerne direkte spørsmål dersom noe var uklart, deltagerne fikk på denne måten mulighet til å rette opp eller klargjøre sine meninger. Moderator oppfordret også gruppen som helhet til å svare, slik at alles mening ble hørt. Videre fikk alle deltagerne som nevnt mulighet til å komme med korrigeringer og eller tilføyelser da de fikk tilsendt sammendrag av data. For å kvalitetssikre og avdekke eventuelle feiltolkninger, ble analysen og kodingene gjennomgått flere ganger (Patton, 2002).

I et kvalitativt studie vil det være viktig at forskeren er bevisst på sin egen rolle og tidligere erfaringer for å sikre troverdigheten til studiet. Like viktig er det å være åpen for forskerens ståsted, og den potensielle påvirkningen dette kan ha for studiet (Patton, 2002). I dette studiet jobber forsker selv med psykisk helsearbeid i 1.linjetjenesten, og vil derfor ha en forforståelse for tema i studiet. Ved å være åpen for perspektiver som ikke var tenkt på forhånd, sikre validitet og gjøre en grundig analyse vil likevel reliabiliteten være god nok i studiet (Halkier, 2010). Det samme kan sies om at det ikke var assistentmoderator under intervjuene.

Resultater

Kategorisering av helsearbeidernes vurderinger: Resultatene deles inn i fire

hovedkategorier der første punkt er helsearbeidernes vurderinger. Herunder presenteres seks identifiserte faktorer som er viktige for vurderingene. Den neste kategorien beskriver hva som kan føre til tvang, og når det kan forhindres. Videre er holdninger til bruk av tvang belyst, og til slutt samarbeid og kommunikasjon.

Samtlige deltagerne oppga pasientens fare for eget eller andres liv og helse som den viktigste årsaken til initiativ til TPH. Dette kan nærmere beskrives som farekriteriet, som er ett av de to tilleggsvilkårene i § 3-3 i phlsvl som omhandler etablering av TPH.

Mange av deltagerne nevnte at relasjon til pasient er noe de tenker på i vurderingen. De kan ha brukt lang tid for å oppnå tillit hos pasienten, og det hele kan rives ned ved en ufrivillig innleggelse. Det ble nevnt at noen pasienter uttrykker takknemlighet i ettertid, mens andre er dypt krenket. Til tross for at relasjonen er viktig å ta med i vurderingen, mente deltagerne at det alene ikke er avgjørende for den endelige vurderingen. En deltager uttrykte det slik:

Det er jo viktig å skåne brukeren fra å gjøre ting som man kan angre på i ettertid. Selv om brukeren ikke ser det hverken før eller siden at noe kunne gått galt, så må jo vi være deres forstand.

En annen deltager sa i denne sammenheng:

Av og til så må du jo, pga. at du har en relasjon, være med på ting. Veie for og i mot, og av og til så er du med på ting som du vet blir dumt i ettertid.

Det å ta avgjørelsen sammen med andre kollegaer eller instanser, var et moment mange av deltagerne syntes var viktig. Enten man ble enig om å avvente det hele, eller ta initiativ til ufrivillig innleggelse, så var det å diskutere situasjonen med andre en kvalitetssikring som ga trygghet i vurderingen. Det at man kan vurdere en situasjon ulikt kom til uttrykk på denne måten:

Det som kan være akutt for deg trenger ikke være akutt for meg, og motsatt. Da er det greit hvis man er flere på jobb at man kan ta en diskusjon og vurdere det sammen.

Deltagerne nevnte at når flere diskuterte situasjonen seg imellom, kunne man få bedre oversikt over situasjonen, og tilgang til alternative løsninger.

En annen fellesnevner i som deltagerne sier de tar med i vurderingen er blamering, altså det å dumme seg ut eller gjøre skam på seg foran andre. Det blir påpekt at man er vel vitende om at blameringen neppe er til direkte fare for pasient eller andre, men at det i alvorlig grad kan få så store konsekvenser for pasienten i ettertid at man føler man må gripe inn. En av deltagerne beskriver det på denne måten:

Tvang er på en måte siste nødstans. Da er det sånn at det er fare for at den det gjelder kan ta sitt eget liv, skade andre eller blamere seg på en slik måte at det ikke går an fortsette å bo på samme plass.

Tilstrekkelig kunnskap og erfaring ble også oppgitt som en viktig faktor, for å kunne gjøre gode og trygge vurderinger. Kjennskap til pasient og sykdomsbilde har betydning i denne sammenheng. Jevnlig veiledning og tilbakemeldinger var også faktorer som ga trygghet i vurderingen. Videre var deltagerne opptatt av at fastlege er faglig oppdatert innen psykisk helse, noe som har mye å si for situasjonen. Kjennskap til innleggelseskriteriene, altså lovverk, er i følge deltagerne svært viktig i vurderingen da det ikke alltid er lett å skille sykdom fra andre faktorer som f. eks. dårlig boevne. Eksempel på dette ble beskrevet slik:

Jeg har sett de mest utrolige boforhold, men folk har ikke vært alvorlig sinnslidende. De har vært veldig originale og spesielle. De har bodd i et rot av en annen verden, men det har ikke vært grunnlag for å tvangsinnlegge. Det er mye vi må se på som vi ikke liker.

I tillegg til de overnevnte faktorene beskriver helsearbeiderne dilemmaer mellom klokhet, etikk og faglighet. Særlig dersom pasientens tilstand svinger:

Alle innleggelser er et dilemma egentlig. Men det som gjør dette er jo at folks sykdom ikke er statisk, og det utvikler seg ikke etter en mal. Man kan være dårlig og bli bedre igjen, så det blir på en måte en kontinuerlig vurdering.

Spørsmålene deltagerne ofte stiller seg er: Kan pasienten skade familien? Er det snakk om suicidalitet? Vil det være trygt å ha ansvaret for vedkommende i kommunen eller trenger pasienten mer omfattende hjelp? Vil i så fall belastningen ved en ufrivillig innleggelse være verdt behandlingen? Dersom pasienten har tidligere traumatiske innleggelser, skal man utsette

vedkommende for det en gang til? Deltagerne stilles daglig overfor vanskelige avgjørelser det ikke finnes noe fasit på.

Hva kan føre til tvang, og når kan det forhindres? Det at pasient ikke viser sykdomsinnsikt var noe deltagerne mente kunne føre til ufrivillig innleggelse. Følgende sitat beskriver dette: *For de som har litt innsikt så er det sjeldent vi må ty til tvangsinnleggelse. De ser det jo på en måte selv da, at nå trengs det kanskje en innleggelse. Når det gjelder tvang da finnes det jo ofte ikke innsikt, og de er jo så syke at de greier jo ikke ta vare på seg selv. Og det er jo det verste egentlig, å måtte ta stilling til en tvangsinnleggelse når noen ikke er i stand til å ta vare på seg selv.*

En annen faktor som mange mente kunne føre til ufrivillig innleggelse er for sen inngripen. Mange mente at terskelen for innleggelse var høyere i dag enn tidligere, og at pasientene derfor ikke får tidsnok hjelp:

Når pasientene selv vil legge seg inn så er det vanskelig, de er ikke syke nok. Da får de ikke den hjelpen de trenger, så ender det med tvangsinnleggelse fordi de ikke fikk hjelp på et tidligere stadium.

I noen tilfeller kan også mangelfull oppfølging pga for lite ressurser i kommunen på sikt kunne føre til etablering av TPH. Som nevnt vil erfaring, kunnskap og kjennskap til pasient være viktig for å kunne gjøre en god vurdering. Deltagerne ble bedt om å gjøre en retrospektiv vurdering av tidligere avgjørelser vedrørende etablering av TPH. Noen av deltagerne mente at de vurderte situasjonen annerledes i dag med mer kunnskap og erfaring, og at ufrivillige innleggelser kanskje kunne ha vært unngått. Deltagerne mente derfor at manglende kunnskap og erfaring i noen tilfeller kan føre til tvang. En av deltagerens fortellinger illustrerer dette: *En av de første innleggelsene jeg hadde var en psykotisk pasient som ble tvangsinnlagt med politi, og vedkommende opplevde det som veldig ubehagelig. Jeg var relativt nyutdannet, og da har man ikke den ballasten man har etter noen års erfaring. Jeg følte det på en måte ble et overgrep overfor vedkommende, og jeg har følt veldig på det i ettertid. Så jeg hadde kanskje vurdert det annerledes i dag med mer erfaring.*

Faktorer som deltagerne mente kan forhindre etablering av tvungent psykisk helsevern er følgende: Tidlig kontakt med pasient, godt samarbeid mellom instansene (da særlig kommune, fastlege, akutt-team og sykehus), tett pasientoppfølging i en periode, gjøre

vurderingen sammen med andre da man ser ulikt på ting, førstegangssyke kan være mer motivert for hjemmebehandling og til slutt tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til pasient. En av deltagerne mente at helsepersonell ofte bidrar til å hindre ufrivillig innleggelser og uttrykte det på følgende måte:

Ofte snakker vi om den ene gangen det gikk dårlig, og ikke de 99 gangene det går bra. Og det er jo veldig synd da, for jeg tror kanskje vi bidrar til at vi unngår det mange ganger. Og det skal jo ikke alltid så veldig mye til, det kan jo faktisk være så enkelt som å ta en telefon, så red du av den stormen.

Deltagerne var noe usikker på om akutt-teamene direkte forhindrer ufrivillige innleggelser, men de fleste mente det er et viktig tilbud til pasientene. En deltager påpeker imidlertid at det å forsøke å unngå tvang ikke alltid er til pasientens beste.

Holdninger til bruk av tvang: De aller fleste deltagerne uttrykte at tvang var et nødvendig hjelpemiddel, men som kun skal benyttes som aller siste utvei. Èn person trodde likevel at tvang kan avskaffes, men da etter omfattende systemendringer. Deltagerne rapporterte at de ikke opplevde det som et nederlag dersom de måtte benytte tvang, fordi da hadde man i forkant forsøkt alt de kunne for å unngå det.

Samarbeid og kommunikasjon: Et tilbakevendende tema i alle intervjuene var fokus på samarbeid og god kommunikasjon med pasient og ikke minst mellom aktørene. I vurderingssituasjonen mente mange at dette var avgjørende for å kunne gi pasient god helsehjelp. Dersom samhandlingen mellom aktørene ikke fungerer, kan det føre til frustrasjon i en allerede presset situasjon. I denne sammenheng nevnes særlig at det er viktig å anerkjenne og stole på vurderingene som gjøres av de som kjenner pasienten godt.

Diskusjon

Alle deltagerne sa at den viktigste faktoren for å benytte TPH var farekriteriet, altså fare for pasienten eller andres liv og helse. Dette understøttes av Bagby m.fl. (1991) som hevder at psykiatere i hovedsak vektlegger innleggelsesvilkårene når TPH vurderes. Også Anderson og Eppard (1995) identifiserte innleggelsesvilkårene som èn av ni viktige faktorer i denne sammenheng. Denne observasjonen står i motsetning til statistikk som viser at at behandlingstvilkåret er det tilleggskriteriet som er mest benyttet (Bremnes, Hatling og

Bjørngaard, 2008). Man kan bare spekulere på hva som forklarer dette misforholdet. Èn mulig årsak er at helsepersonell kontakter lege med tanke på fare for liv og helse, mens vedtaksansvarlig lege faktisk begrunner innleggelsen med behandlingskriteriet.

Et av helsearbeidernes viktigste virkemidler er å kunne etablere en god relasjon til pasienten (Norsk psykiatrisk forening, 2010). En god terapeutisk relasjon er som regel basert på gjensidig tillit, frivillighet og samarbeid om behandling. Ved TPH er ikke nødvendigvis disse premissene til stede, og pasient kan ha blitt tvunget, presset eller overtalt til innleggelse. Dette var deltagerne i denne studien seg bevisst. De var således svært opptatt av relasjonen de hadde til pasienten, og konsekvensene en ufrivillig innleggelse kan ha for denne. I tråd med dette hevder Gabbard (2009) at et alliansebrudd kan føre til kommunikasjonssvikt og anstrengthet mellom terapeut og pasient. Pasient kan da reagere med sinne eller passivitet. Videre viser Lambert og Barley (2001) at relasjonelle faktorer forklarer ca 30 % av variansen i behandlingsutfall, klientrelaterte faktorer ca 40 %, teknikk og metode ca 15 % og forventninger, håp og placebo ca 15% . Alliansen predikerer altså behandlingsresultatet bedre enn både terapeut, diagnose og metode noe som gjør den vel verdt å ta vare på.

Deltagerne fremhevet viktigheten av å ta avgjørelsen sammen med andre. Dette samsvarer med funn gjort av Anderson og Eppard (1995). Det å vurdere om man skal ta initiativ til TPH er ofte vanskelig. Ulike personer vil kunne oppfatte situasjoner ulikt og det kan derfor være til pasientens fordel at helsepersonell diskuterer seg imellom. På den måten kan man lettere få oversikt og se ulike alternativer. Sattar m.fl. (2006) hevdet at personlig risikoatferd kan påvirke vurderinger av TPH. Det kan derfor tenkes at å ta avgjørelsen sammen med andre, kan styrke pasientens rettssikkerhet ved å forhindre at personlige trekk ved behandler påvirker vurderingen i for stor grad.

Til tross for atblamering ikke er direkte innleggelsesgrunnlag, var dette noe mange av deltagerne trakk frem som en viktig faktor. Det presiseres likevel i lovverket at en helhetsvurdering skal foretas, og alvorlig blamering vil i så måte være naturlig å ta med i vurderingen (Riedl og Elde, 2008).

Deltagerne hevdet videre at kunnskap og erfaring er viktig for å kunne gjøre gode og trygge vurderinger. Dette samsvarer med de nasjonale føringene som har fokus på kvalitetssikring, kompetanseheving, og da særlig i kommunene med tanke på samhandlingsreformen (Sosial –

og helsedirektoratet, 2005). Med mer ansvar for flere og kanskje mer krevende pasienter, vil det være helt avgjørende at helsepersonell i kommunene har god nok kompetanse og erfaring til å gjøre gode vurderinger.

Det ble også identifisert i hovedsak fire momenter som deltagerne mener kan føre til tvang. Det første er for sen inngripen, altså at pasientens tilstand forverrer seg og at hjelpen kommer for sent. Mange mente at tiltak på et tidligere stadium kunne hindret at det endte med TPH. Dette understøttes av Aarre (2010) som hevder at man kan unngå tvang ved at pasienter får hjelp tidlig, før de blir alvorlig syke. Det andre momentet er mangelfull pasientoppfølging pga for knappe ressurser. Tredje punkt viser til mangel på erfaring, kunnskap og kjennskap til pasient. Som nevnt gjorde deltagerne en retrospektiv vurdering av tidligere innleggelses, og noen av dem mente de ville vurdert situasjonen annerledes i dag med mer erfaring. At vurderingene ved TPH endrer seg over tid understøttes av Sattar m.fl. da det i studiet viste seg at studentene vurderte ulikt ut ifra hvilket trinn i utdanningen de befant seg på (Sattar et al., 2006). Wynn m.fl. understøtter også at vurderingene endres over tid, da de hevder at høy alder og tidligere erfaring med bruk av tvang indikerte villighet til tvangsbruk (Wynn, Myklebust og Bratlid, 2007). En pasient som ved første møte oppfattes som truende, kan etter hvert oppfattes som harmløs. Det vil derfor være viktig for pasient å ha kontakt med helsepersonell som man kjenner. Det siste momentet som mange av deltagerne var enige om var manglende sykdomsinnsikt hos pasient. De mente dette ofte gjorde samarbeid vanskelig, og at det derfor ender med tvang nå pasient blir dårlig. Høyser (2000) hevder imidlertid at de tradisjonelle argumentene for bruk av tvang som f.eks. manglende innsikt og forståelse, samt effektiviteten av behandlingen er dårlig begrunnet. Høyser viser heller til at en stor del pasientene faktisk er enig i at de trenger en form for hjelp, men protesterer mot måten hjelpeapparatet har gått frem på. Videre påpekes det at det er gjort forsøk på å måle sykdomsinnsikt, men da har de som har vært enige med behandler blitt vurdert til å ha innsikt og de som var uenige til ikke å ha det. Høyser viser til at det å motsette seg behandling faktisk kan være en beslutning basert på tidligere erfaringer, og dermed være basert på god innsikt isteden for det motsatte.

Når det gjelder holdninger til bruk av tvang, var deltagerne enig om at det var et nødvendig redskap som man kun benytter som siste utvei. En av deltagerne var likevel åpen for å avskaffe tvang, men da med store systemendringer. Høyser (2000) fremholder også at det er generell enighet om at TPH i visse tilfeller kan rettfærdiggjøres, og at et tvangsfritt helsevern vil være urealistisk og heller ikke være til beste for pasienten. Når det gjelder pasienter som er

til fare for seg selv eller andre, hevder Høyen videre at det er enighet om at det psykiske helsevernet har ansvaret. Dette er basert på moral om at samfunnet har rett til beskyttelse. Behandlingsutfall og resultater kommer derfor her i andre rekke. Dette understøttes også i Wynn m.fl. (2007) studie der majoriteten av psykologene ville benytte TPH ved pasienter som var voldelige. Høyen påpeker også at man ikke bare mangler vitenskaplig kunnskap om negative resultater ved TPH, men at man likens mangler negative utfall for hva som skjer dersom man unnlater å benytte tvang (Høyen, 2000). Pasientorganisasjoner som Hvite Ørn og We shall overcome er klare på at de ønsker å avskaffe tvang, og mener lovgivningen er for paternalistisk (We shall overcome, 2011; Hvite ørn, 2010). Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse står fast ved at det i noen tilfeller kan forsvares å benytte tvang (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, 2010). Balansen mellom autonomi og paternalisme kan være svært vanskelig og vil diskuteres også i fremtiden.

Siste punkt som ble identifisert var samarbeid og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, samt mellom de ulike aktørene som for eksempel sykehus og kommune. I samtlige grupper ble det understreket at dette er et svært viktig moment for å sikre god pasientbehandling. I en stresset situasjon, med mange hensyn og ta kan det kanskje være lett og glemme at man ikke er konkurrenter men samarbeidspartnere.

Konklusjon

Studiet har altså identifisert viktige faktorer ved helsearbeidernes vurderinger ved etablering av TPH. Resultatene viser at helsearbeiderne oppgir farekriteriet som den viktigste årsaken til TPH. Relasjon til pasient, å ta avgjørelsen sammen med andre, blamering samt kunnskap og erfaring er viktige elementer i vurderingene. Faktorer som deltagerne mente kan føre til TPH er manglende sykdomsinnsikt, for sen inngripen, mangelfull oppfølging pga for lite ressurser og manglende erfaring, kunnskap og kjennskap til pasient. Momenter som kan forhindre tvang er tidlig pasientkontakt, godt samarbeid, tett oppfølging i en periode, vurdere sammen med andre og kunnskap, erfaring og kjennskap til pasient. Holdningene til tvang generelt var positive forutsatt riktig bruk. Til sist ble samarbeid og kommunikasjon fremhevet som viktig for god pasientbehandling. Studiet viser hva helsearbeiderne i dette studiet er opptatt av ved vurdering av TPH, men det er behov for mer forskning på dette området.

Referanser

- Anderson, Judith og Janet Eppard. 1995. Clinical Decision Making During Assessment for Involuntary Psychiatric Admission. *Psychiatric Services*, 46 (7): 727-728
- Bagby, Michael, Judith Thompson, Susan Dickens og Michiko Nohara. 1991. Decision Making in Psychiatric Civil Commitment: An Experimental Analysis *The American Journal of Psychiatry* 148 (1): 28
- Ballin, Balandin, Stancliffe og Togher. 2011. Speech-language pathologists' views on mentoring by people who use speech generating devices. *International Journal of Speech-Language Pathology* 13(5): 446-457
- Bremnes, Ragnhild, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard. 2008. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport. SINTEF Helse, avd Psykisk helse. Mai 2008
- Gabbard, G.O., 2009. Textbook of Psychotherapeutic Treatments. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc
- Halkier, Bente. 2010. *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hvite ørn. 2010. *Kjernesaker*. <http://hviteorn.no/kjernesaker/>
- Høyer, Georg. 2000. On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 101: 65-71
- Krueger og Casey. 2009. Fokus groups : a practical guide for applied research 4. utgave Los Angeles, Calif. : Sage Publications
- Lambert, M.J. og Barley, D.E. 2001. research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse. 2010. <http://www.lpp.no/omoss.asp?meny=2,317,318>
- Lorant, Vincent, Caroline Depuydt, Benoit Gillain , Alain Guillet og Vincent Dubois. 2007. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 42:360–365
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2010. Tvangsforebygging i psykisk helsearbeid. <http://psykiskhelsearbeid.no>
- Norsk psykiatrisk forening 2010. <<Mennesker som hjelper mennesker>> Utviklingsplan for Norsk psykiatrisk forening 2010-2015 Oslo: Norsk psykiatrisk forening
- Patton, M.Q. 2002. Qualitative research and evaluation methods (3. utg) Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Riedl, Tore Roald og Wenche Dahl Elde. 2008. *Psykisk helsevernloven. Med nøkkelkommentarer*. Cappelen Akademisk Forlag
- Rådet for psykisk helse. 2010. Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern. http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/FFT_tiltaksforslag_rapport.pdf
- Sattar, Pirzada, Debra A. Pinals, Amad U. Din og Paul S. Appelbaum. 2006. To Commit or Not to Commit: The Psychiatry Resident as a Variable in Involuntary Commitment Decisions. *Academic Psychiatry* 30:191-195
- Sosial – og helsedirektoratet. 2005. Psykisk helsearbeid for voksne I kommunen. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

- Sosial – og helsedirektoratet. 2006. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.
http://www.regjeringen.no/upload/x_ryddekatolog/Tiltaksplan_for_redu_10902a%20li%20ten.pdf
- We shall overcome. 2011. http://va.wso.no/filesystem/Vedtekter/WSO_prinsippogram.pdf
- Wynn,Rolf, Lars Henrik Myklebust og Trond Bratlid. 2007. Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry* 61:433-437
- Aarre, Trond F. 2010. *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget, Oslo.

Summary

Difficult decisions.

Health workers' assessments of the establishment of compulsory mental health care

The purpose of the study is to identify critical factors in the assessments made by health care professionals upon the establishment of Compulsory Mental Health Treatment (CMHT). The method employs focus group interviews, consisting of three groups with a total of 17 participants. The results show that health care professionals state high risk as the main criteria for CMHT. The relation to the patient, sharing the decision-making with others, shameful behavior, knowledge and experience are also part of the assessments. Factors that may lead to CMHT are lacking disease insight, delayed intervention, undersupplied follow-ups due to scarce resources and lacking experience, knowledge and patient acquaintance. Elements that may prevent compulsory measures are early onset of patient contact, a good collaboration, frequent follow-ups and monitoring for a period, assessments made together with other professionals, and adequate experience, knowledge and patient acquaintance. The attitudes towards compulsory measures were generally positive, provided that it used correctly. Finally, teamwork and communication were promoted as significant to proper patient treatment.

Keywords: Compulsory Mental Health Treatment, assessment and focus group.

