

Bernt Marius G. Molnes

”Du må bli med oss.”

- Oppfattelse av tvang, behandling og bedringsprosesser hos inneliggende pasienter med tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Trond Nordfjærn

Januar 2019

Bernt Marius G. Molnes

”Du må bli med oss.”

- Oppfattelse av tvang, behandling og bedringsprosesser hos inneliggende pasienter med tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Trond Nordfjærn
Januar 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

Forfatteren av denne oppgaven er ansvarlig for utforming av formålet med studien, utforming av søknad til regional etisk komite (REK), rekruttering av deltakere, innsamling av datamaterialet i form av intervjuer og analysen av datamaterialet. Alt arbeid er utført under veiledning av professor Trond Nordfjærn. Forskningsarbeidet er uavhengig og er ikke del av et større forskningsprosjekt.

I min deltidsjobb som miljøterapeut i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har jeg i flere år arbeidet på en avdeling som tar imot både frivillig innlagte og personer med tvangsvedtak. Jeg har blitt forundret over hvor store forskjeller det har vært mellom individene med tvangsvedtak, både med tanke på hva de sliter med, og hvordan det går med dem i løpet av oppholdet. Denne pasientgruppen har til tider vært krevende å jobbe med, både med tanke på at flere ikke ønsker å være innlagt og at det i rollen som helsepersonell oppleves som lite hensiktsmessig å tvinge noen til noe de ikke ønsker. Samtidig har flere av pasientene uttrykt takknemlighet og fortalt at tvangsvedtaket har hjulpet dem. Da jeg forsøkte å finne ut av forskningsbelegget for å fatte tvangsvedtak ble jeg overrasket over hvor lite forskning det var innen dette feltet, og ble med det interessert i å undersøke det selv. Dette førte etter hvert til utarbeidelsen av denne hovedoppgaven.

Jeg ønsker å uttrykke en stor takk til min veileder, Trond Nordfjærn. Jeg er svært takknemlig for raske, konstruktive tilbakemeldinger, faglige diskusjoner og gode, strukturerte planer for året. Jeg ønsker også å rette en stor takk alle informantene som stilte opp og ga informative svar på vanskelige spørsmål. Jeg vil også takke Hilde Harwiss ved Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og Kristin Tømmervik ved KoRus- Midt, som hjalp meg å komme i kontakt med de relevante institusjonene. I tillegg vil jeg takke alle kontaktpersoner ved institusjonene intervjuene ble foretatt på. Av anonymiseringshensynet til informantene velger jeg å ikke navngi dere her, men heller sende hver og en av dere en takk. En stor takk rettes også til min gode venn Lars V. Husby for faglige innspill. Til slutt ønsker jeg å takke min samboer Marit, for støtte og oppmuntring ved alle hindre jeg har møtt på i forbindelse med oppgaven.

*Bernt M. G. Molnes
Trondheim, januar 2019*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Sammendrag

Tvangsvedtak er et omfattende offentlig inngrep i en persons liv. Inntil nylig har det ikke vært gjennomført uavhengig norsk forskning på psykologiske konsekvenser av tvangsvedtak i TSB. Siden 2010 har det kommet et utvalg norske studier som belyser ulike problemstillinger knyttet til denne pasientgruppen. Formålet med denne studien var å undersøke den psykologiske oppfattelsen av tvangsvedtak for inneliggende pasienter i TSB. Semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført blant seks inneliggende pasienter med tvangsvedtak. Transkripsjonene ble analysert med tematisk analyse. Analysen støtter tidligere kvantitative funn som viser at pasienter innlagt med tvangsvedtak i TSB kan oppnå bedring på flere områder, som livskvalitet, endret rusbruk og bedring av psykiske symptomer. I tillegg støtter den kvalitative funn som viser at tvang kan være et konstruktivt brudd i ruskarrieren, men samtidig skape mistillit, ødelegge behandlingsallianser og skape motstand. Følgende tre tema ble identifisert: 1) Tvang, 2) Behandling, og 3) Bedringsprosesser. Resultatene viser at informantene hovedsakelig opplevde psykologiske konsekvenser av tvang i form av emosjonelt ubehag og opplevelse av å bli kontrollert. Informantene rapporterte om en viss selvbestemmelse, men noen følte seg umyndiggjort. Informantene mottok en rekke oppfølgings- og behandlingstilbud, som et flertall virket å være fornøyd med. Selv om informantene var innlagt med tvangsvedtak rapporterte likevel alle om et godt forhold til personalet ved institusjonen. Endring av rusbruk virker å være bare et av flere domener hvor informantene opplevde bedringsprosesser. Funnene fra studien kan benyttes i klinisk praksis ved å øke behandleres forståelse for hvordan en tvangsinnleggelse kan oppfattes, samt for å øke pasienters selvbestemmelse og motivasjon for egen behandling. Funnene kan også brukes for å tilpasse tvangsinnleggelser for å redusere påkjenningene det medfølger, et eksempel på dette kan være alternativer til å bli hentet til institusjon med uniformert politi. Funnene kan i tillegg brukes for å bedre kommunikasjon mellom pasienter, behandlere og beslutningstakere, både før og under innleggelse. Denne studien kan også bidra til å danne et forskningsgrunnlag innen dette feltet. Fremtidig forskning kan bruke funn fra denne studien for å operasjonalisere og utvikle mål i spørreskjemaer rettet mot denne pasientgruppen.

Nøkkelord: Tvangsvedtak, tematisk analyse, TSB, oppfattet tvang, behandling, bedringsprosesser.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG.....	5
INNLEDNING.....	9
<i>Empirisk gjennomgang.....</i>	<i>12</i>
<i>Formål.....</i>	<i>15</i>
METODE	17
PROSEDYRER.....	17
<i>Rekrutteringsprosedyre.....</i>	<i>17</i>
<i>Inklusjonskriterier.....</i>	<i>17</i>
<i>Etiske overveielser.....</i>	<i>17</i>
UTVALG	18
<i>Informantene.....</i>	<i>18</i>
INTERVJUENE	19
<i>Intervjuguide.....</i>	<i>19</i>
ANALYSE.....	20
<i>Transkribering av datamaterialet.....</i>	<i>20</i>
<i>Tematisk analyse (TA).....</i>	<i>20</i>
RESULTATER.....	25
TVANG.....	26
<i>Informasjon.....</i>	<i>26</i>
<i>Psykologiske følger.....</i>	<i>28</i>
<i>Å bli hentet med makt.....</i>	<i>30</i>
<i>Autonomi.....</i>	<i>31</i>
BEHANDLING.....	34
<i>Behandlingstilbud.....</i>	<i>35</i>
<i>Psykisk helse og rusproblematikk.....</i>	<i>38</i>
<i>Psykososiale forhold.....</i>	<i>40</i>
BEDRINGSPROSESSER.....	42
<i>Fasilitatorer.....</i>	<i>43</i>
<i>Barrierer.....</i>	<i>47</i>

”DU MÅ BLI MED OSS.”

DISKUSJON	51
OPPFATTELSE AV TVANG	51
<i>Autonomi</i>	53
BEHANDLING.....	54
<i>Oppfølging</i>	54
<i>Psykisk helse og rus</i>	55
BEDRINGSPROSESSER.....	55
STYRKER OG BEGRENSNINGER I STUDIEN	56
KONKLUSJON	59
IMPLIKASJONER AV FUNNENE.....	59
REFERANSER	61
VEDLEGG	69
VEDLEGG A: INFORMASJON OM VEDTAK FRA REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK (REK MIDT).	69
VEDLEGG B: INFORMASJONSSKRIV TIL DELTAKERE	74
VEDLEGG C: SAMTYKKESKJEMA TIL DELTAKERE.....	76
VEDLEGG D: SEMI-STRUKTURERT INTERVJUGUIDE	77

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Innledning

- *They tried to make me go to rehab, I said no, no, no.*

Amy Winehouse (1983-2011).

Rusavhengighet er sammensatte lidelser som kjennetegnes av glidende overganger mellom bruk, skadelig bruk og avhengighet av rus (Hole, 2014; Lossius, 2016). Diagnosemanualen ”International classification of diseases and related health problems, 10th edition” (ICD-10) skiller mellom skadelig bruk og avhengighet (Verdens Helseorganisasjon, 1999). Skadelig bruk forekommer når bruk av rusmidler gir alvorlige fysiske, psykologiske og/eller sosiale konsekvenser. Avhengighet kan diagnostiseres dersom tre av følgende seks kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det siste året: Sterk trang til å innta substansen, problemer med å kontrollere inntaket av rusmiddelet, fysiologiske abstinenser når bruk opphører eller reduseres, toleranseutvikling, økende likegyldighet for annet enn rusmidler, samt at inntak av rusmidler opprettholdes til tross for åpenbare skadelige fysiske, psykologiske eller sosiale forhold (Verdens Helseorganisasjon, 1999). Tallene på antall rusmiddelavhengige varierer avhengig av hvordan begrepet blir operasjonelt definert, men et anslag er at det er minst 200 000 – 300 000 mennesker med alkoholproblemer i Norge, minst 20 000 – 30 000 som har problemer med illegale rusmidler og rundt 100 000 som har vansker med reseptbelagte legemidler med misbrukspotensial (Skretting, Lund & Bye, 2014).

Rusavhengighet – og misbruk er forbundet med sammensatte skader for individets fysiske og psykiske helse (Amsterdam, Nutt, Phillips & Brink, 2015; Bramnes & Madah-Amiri, 2017; Nordfjærn, Rundmo & Hole, 2010). I tillegg til å ha negative konsekvenser for personens nettverk, familie, venner og samfunnet forøvrig (Amsterdam et al., 2015; Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014; Skretting et al., 2014). Alkoholmisbruk kan ha store kliniske konsekvenser i tillegg til sekundære følger som ulykker, selvmord, tap av arbeid og familie, sykelighet, tap av leveår, tap av livskvalitet og belastning på helsevesenet (Mørland, 2003; Rehm, Gmel, Sempos & Trevisan, 2003; Skretting et al., 2014). Når det gjelder illegale rusmidler er det stor variasjon i virkning og skadepotensiale, men kohortstudier viser at brukere av amfetamin, kokain og heroin har økt risiko for ulike fysiske og psykiske skader, samt tidlig død (Degenhardt & Hall, 2012).

I Norge er rusbehandling omfattende og inkluderer alt fra frivillig behandling i polikliniske enheter, til tilbakeholdelse i lukkede institusjoner. Individuelle samtaler er den vanligste

”DU MÅ BLI MED OSS.”

psykologiske behandlingsformen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Hole, 2014; Lossius, 2016). I utgangspunktet skal all helsehjelp i Norge være frivillig og basert på informert samtykke, men det finnes noen unntak fra denne hovedregelen, nemlig Psykisk helsevernlovens kapittel 3, og Helse – og omsorgstjenestelovens (HOTL) kapittel 10 (Engerdahl, Moljewijk & Pedersen, 2016; Hole, 2014). Historisk sett er det i Norge en lang tradisjon med lovverk som tillater tvangsvedtak mot personer med rusproblematikk (Skretting et al., 2014). Tvang er ikke et entydig begrep, men i forbindelse med helsehjelp vil tvang innebære at en pasient blir pålagt å gjøre noe, for eksempel en innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøres med formål om behandling eller sikkerhet for pasienten selv eller andre. Det er vanlig å skille mellom tre hovedtyper tvang: Formell tvang, som er tvang hjemlet i lov, opplevd tvang, som er pasientens subjektive oppfatning av tvang, og faktisk tvang, som er den tvang som faktisk utøves overfor pasienten (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015).

I dag blir tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige regulert av HOTL. I ekstreme tilfeller, der andre hjelpetiltak ikke har vært tilstrekkelig, og det er stor fare for individets helse og sikkerhet, åpnes det for at vedkommende uten eget samtykke plasseres på en behandlingsinstitusjon og holdes der i inntil tre måneder (§10.2). Formålet med innleggelsen er livredning, samt undersøkelse og tilrettelegging av behandling. Det er i tillegg laget en egen paragraf (§10-3) for gravide rusmiddelavhengige, som kan tvangsinnlegges dersom det er overveiende sannsynlighet for at barnet vil bli født med en skade som følge av deres rusbruk. Den siste tvangsparagrafen (§10-4) gir grunnlag for tilbakeholdelse på grunnlag av den rusmiddelavhengiges samtykke (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011). Det er kommunens helse-og omsorgstjeneste som fatter vedtak om bruk av tvang, og fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker som behandler sakene og har beslutningsansvar. Gjennomføringsansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten, det vil si institusjoner innenfor TSB, men i noen tilfeller også i psykisk helsevern (Hole, 2014).

I 2015 mottok omlag 32 000 pasienter behandling i TSB. Et lite mindretall av pasientene er innlagt med tvangsvedtak. Samme år var det i henhold til kapittel 10 i HOTL fra §10-2 155 vedtak og 112 midlertidige vedtak, mens det fra §10-3 var 25 vedtak og 37 midlertidige vedtak (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg til dette kommer et uvisst antall pasienter innenfor bestemmelsene fra §10-4. Et anslag er dermed at omtrent 350 rusmiddelavhengige pasienter i Norge omfattes av tvangsbestemmelser i HOTL årlig. Disse tallene er imidlertid usikre da samme person kan være omfattet av flere vedtak i året, kommunene kan trekke begjæringen og statistikken fra fylkesnemndas årsrapport forteller ikke om vedtaket faktisk ble iverksatt (Lundeberg et al., 2014). Til sammenligning ble 3783 personer innlagt til tvungent psykisk

”DU MÅ BLI MED OSS.”

helsevern, mens 3543 personer ble innlagt til tvungen observasjon det samme året (Pedersen & Eide, 2018).

Det er høy komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser (Andreas, Lauritzen & Nordfjærn, 2015; Hole, 2014; Lossius, 2016; Opsal et al., 2011; Sellman, 2010). Selv om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige reguleres av HOTL, har mange tvangsinnlagte ved akuttavdelinger i psykiatrien også en komorbid ruslidelse. I en norsk tversnittstudie ved akuttpsykiatriske avdelinger, fant en at 33.2 % av den totale pasientpopulasjonen misbrakte alkohol eller andre rusmidler før innleggelse (Opsal et al., 2011). Samme studie sammenlignet pasientene med rusmisbruk som var innlagt med tvangsvedtak (hjemlet i psykisk helsevernloven), med pasienter med rusmisbruk som var innlagt frivillig. Av pasientene som misbrakte rusmidler før innleggelse, var 70% frivillig innlagt, mens 30% var innlagt med tvangsvedtak. Studien viste videre en tendens til at pasienter med rusproblemer som var innlagt frivillig i større grad hadde alkoholrelaterte diagnoser. Sammenlignet med dette hadde pasientene med rusproblemer som var tvangsinnlagt oftere avhengighet av flere rusmidler samtidig. Av de som mottar behandling for rusavhengighet, får en høy andel tilbakefall til rusbruk innen et år (McLellan, Lewis, O'Brian & Kleber, 2000). Siden tilbakefall etter behandling er vanlig har begrepet bedringsprosesser (recovery) blitt mer utbredt. Begrepet bedringsprosesser har oppstått som en ”motvekt” mot at alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet har blitt ansett som kroniske tilstander. Personer kan oppnå bedring og rusfrihet uten profesjonell hjelp, og det er flere andre faktorer enn behandling som kan bidra til at rusavhengige selv tar grep for å oppnå bedring. Eksempler på dette kan være negative konsekvenser av rusmisbruk (f.eks. eskalerende fysiske og psykiske helseproblemer, store økonomiske vansker eller problemer med rettsvesenet) eller mer positive faktorer som støtte i lokalsamfunnet og deltakelse i terapeutiske grupper med andre rusavhengige (Laudet, Savage & Mahmood, 2002). Bedringsprosesser som begrep har vist seg utfordrende å definere tydelig, men brukes ofte om bedring på flere arenaer enn kun symptombedring og rusfrihet (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; White, 2007).

Et tvangsvedtak kan medføre at individets autonomi og evne til å bestemme over sitt eget liv og helse kan bli utfordret av eksterne aktører (Lundeberg et al., 2014). Selv om de fleste som jobber i psykisk helsevern eller TSB har som hensikt å hjelpe, kan likevel handlinger som utføres med gode hensikter oppleves negativt for pasientene som utsettes for dem (Husum & Hjort, 2009). Autonomi kan defineres på ulike måter, men refererer til regulering utført av selvet og muligheter til å ta egne selvbestemte valg (Ryan & Deci, 2006). Autonomi er et filosofisk begrep, men har også stor betydning innenfor en rekke andre fagfelt. I psykologien

”DU MÅ BLI MED OSS.”

har autonomi ofte blitt drøftet i sammenheng med selvbestemmelsesteorien (SDT) (Ryan & Deci, 2000). SDT er en måte å karakterisere motivasjon til å engasjere seg i aktiviteter. Motivasjonen kan beskrives på et kontinuum som går fra aktiviteter som er initiert og kontrollert av eksterne sosiale aktører, til aktiviteter som er helt selvbestemt. I henhold til denne teorien har personer et fundamentalt psykologisk behov for å oppleve autonomi, tilhørighet og kompetanse. Når sosiale hendelser fører til en oppfatning om at man er kontrollert eller tvunget av noen andre, vil den indre motivasjonen til individet svekkes. På den andre siden vil indre motivasjon for aktiviteten økes dersom sosiale hendelser fremmer persepsjonen om autonomi (Wild, Cunningham & Ryan, 2006). SDT kan være et nyttig perspektiv innenfor tvungen behandling fordi det adresserer hvordan sosiale hendelser oppfattes, og hvordan disse oppfatningene påvirker atferd og motivasjon (Wild et al., 2006). Både formell og oppfattet tvang er i henhold til SDT antatt å påvirke en persons autonomi og selvbestemmelse. Derfor er det i denne studien undersøkt hvordan informantene oppfatter sin egen selvbestemmelse, oppfattelse av kontroll og motivasjon.

Empirisk gjennomgang

Mens det i rusbehandling i Norge kun er grunnlag for tvang i sivil rett, er det i store deler av verden vanlig at rusmiddelavhengige blir dømt, eller på andre måter tvunget inn i rusbehandling (Israelsson & Gerdner, 2010; Lundeberg et al., 2014; Wild & Wolfe, 2009). I en oppsummerende artikkel undersøkte Israelsson og Gerdner (2010) omfanget av tvungen rusbehandling over hele verden, basert på tall fra Verdens Helseorganisasjon. De fant at 80 prosent av verdens land har lover for tvungen rusbehandling. De fant også at mange land bruker sivil rett (56 prosent) med fokus på helse og velferd. Samtidig bruker også mange land strafferett (50 prosent) til slike spørsmål. Siden det er store variasjoner i retts- og behandlingspraksis, er det også vanskelig å sammenligne forskningsresultater på tvers av land og kulturer.

Det finnes flere internasjonale kunnskapsoppsummeringer om bruk av tvang i rusbehandling (Gerdner & Berglund, 2009; Klag, O’Callaghan & Creed, 2005; Urbanoski, 2010; Werb, Kamarulzaman, Meacham, Rafful, Fischer, Srathdee & Wood, 2016; Wild, Roberts & Cooper, 2002). Oppsummert er de gjennomgående funnene at tvungen behandling øker tiden pasientene er innlagt (altså at det er mindre drop-out) og at pasientene viser like gode eller bedre korttidseffekter (f.eks. redusert rusbruk og mindre kriminalitet) som andre pasienter i rusbehandling. Felles for disse oppsummeringene er også at forskerne påpeker manglende forskning og metodologiske svakheter. I tillegg påpekes det svært ulike behandlingspraksiser

”DU MÅ BLI MED OSS.”

og mangelfull operasjonalisering av tvang. Et eksempel på dette er at de gjennomgåtte studiene sammenligner personer som har blitt dømt til behandling etter straffbare handlinger med personer som er tvangsinnlagt med tanke på å redde deres liv og helse. I en kritisk gjennomgang av forskningen på tvungen rusbehandling, konkluderte Urbanoski (2010) med at forskningen har store metodologiske svakheter. Fokuset har ofte vært rettet mot straff heller enn behandling. Hun mente det er forsket lite på hvordan tvang og press kan hemme motivasjon for behandling, og at typen tvangsbruk er ensrettet. Videre mente hun at det burde være flere måter å bruke sosialt press på enn gjennom rettsvesenet. For eksempel kan andre offentlige instanser enn rettsvesenet spille en viktig rolle, sammen med personenes familie og nettverk. Hun etterlyste også mer forskning fra klientens perspektiv, altså hvordan det oppleves for personer som blir utsatt for tvangsvedtak.

Ifølge Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilsen & Ravneberg (2010), som gjorde en gjennomgang av tvangsbruk innenfor rusfeltet i Norge, finnes det lite norsk forskning på området. De konkluderte med at det meste av forskning er utført som internundersøkelser ved institusjonene som har hatt inneliggende pasienter med tvangsvedtak. De gjennomgikk Tyriliundersøkelsen (Sandvig, 2000), Askøyundersøkelsen (Furuli & Eilertsen, 2001), og en undersøkelse av gravide som var innlagt mot eget samtykke ved Borgestadklinikken (Hansen & Svenkerud, 2006). Siden de tre undersøkelsene var relativt like, fremheves kun Askøyundersøkelsen som eksempel. I denne studien undersøkte forskerne hvordan det hadde gått med 23 pasienter som var innlagt med tvangsvedtak fra 1994-2000. Basert på intervjuer med pasientenes sosialkontakter fant de at 3 personer var rusfrie, 8 ruset seg mindre, 7 ruset seg som før, 1 ruset seg mer, mens 3 var døde. 56% av pasientene gikk videre i frivillig behandling etter oppholdet. Med andre ord hadde omtrent halvparten av de tidligere pasientene hatt gunstige utfall, mens den andre halvparten var tilbake til der de var før behandling eller var døde. Alle disse undersøkelsene er imidlertid i følge Lundeberg et al. (2010) preget av lav metodisk kvalitet og felles for undersøkelsene er at de etterlyser mer forskning.

I forbindelse med den nevnte gjennomgangen utførte Lundeberg og Mjåland (2010) en kvalitativ studie av tvangsvedtak i TSB. De intervjuet 17 informanter, de fleste i etterkant av tvangsinnleggelse i TSB. I undersøkelsen vektla de flere resultater, blant annet at tvang kan utgjøre et konstruktivt brudd i ruskarrieren og skape grunnlag for langvarige behandlingsforløp. Støtte for denne antagelsen ble funnet gjennom at 5 av 17 informanter var rusfrie ved intervjutidspunktet. Forskerne fant imidlertid også at tvang kan føre til destruktive brudd, skape mistillit og ødelegge behandlingsallianser.

Mer nylig har det blitt gjennomført flere norske studier som har vurdert ulike aspekter ved

”DU MÅ BLI MED OSS.”

tvungen behandling av rusavhengige. Opsal et al. (2013) sammenlignet en gruppe med pasienter som hadde oppsøkt rusbehandling frivillig (N=137) med en gruppe som var tvangsinnlagt (N=65). Resultatene viste at pasienter som var tvangsinnlagt oftere var kvinner, hadde større bruk av offentlige velferdsmidler og hadde mer alvorlige rusmønstre (injisering av rusmidler). Videre viste resultatene at pasienter som var tvangsinnlagt oftere hadde en historie med flere besøk hos lege med somatiske plager de siste 6 måneder, men også hadde færre komorbide psykiske lidelser enn de som var innlagt frivillig. Av de frivillig innlagte hadde 71% forsøkt å ta sitt eget liv, mens 23% av de tvangsinnlagte hadde forsøkt, noe som kan indikere et høyere psykisk symptomtrykk blant de frivillig innlagte.

I en prospektiv studie ble frivillig innlagte sammenlignet med tvangsinnlagte i TSB. Psykiske vansker, livskvalitet og endring i rusbruk ble målt ved innkomst, utskrivelse og seks måneder etter utskrivelse. Studien fant at tvangsinnlagte rapporterte om forbedringer i livskvalitet ved utskrivelse og oppfølging seks måneder etter, på lik linje med de som var frivillig innlagt (Pasareanu, Opsal, Vederhus, Kristensen & Clausen, 2015). Videre fant de redusert rusbruk ved oppfølging hos begge grupper, selv om den frivillige gruppen hadde en større reduksjon enn den tvangsinnlagte gruppen (Pasareanu, Vederhus, Opsal, Kristensen & Clausen, 2016). De fant også at de tvangsinnlagte hadde et lavere psykisk symptomtrykk ved utskrivelse, men ikke ved oppfølging, da var symptomtrykket tilbake til nivået de var målt til ved innkomst (Pasareanu, Opsal, Vederhus, Kristensen & Clausen, 2017).

Det er ikke bare rettslige vedtak som kan tvinge en person inn i behandling. Sosialt press kan også forekomme fra arbeidsgivere, eller fra familie og venner. Forskningen på tvang i rusbehandling har ofte lagt vekt på hvor henvisningen til behandling kommer fra, heller enn hvor mye klientene oppfatter eller tolker presset (Wild et al., 2006). Ifølge Lundeberg et al. (2014) opplever mange rusmiddelavhengige et sterkt press fra omgivelsene om å søke behandling. Overtalelse, motivering og pressmidler kan brukes av hjelpere, og i utfordrende situasjoner kan tvang bli brukt som en trussel for å få en bruker med store vansker til å søke behandling. Pasienter kan også oppleve tvang selv om de ikke er innlagt med tvangsvedtak

Når det gjelder oppfattelse av tvang er det gjort flere norske studier. Iversen, Høyen, Sexton og Grønli (2002) intervjuet pasienter i psykisk helsevern som var innlagt med tvangsvedtak og pasienter som var innlagt på frivillig basis. Forskerne fant at opplevd tvang ikke nødvendigvis samsvarte med tvang hjemlet i lov. Pasientene som var innlagt med tvangsvedtak opplevde sterkest tvangsbruk, men likevel opplevde 32% av pasientene som var der frivillig stor bruk av tvang. Samtidig rapporterte 41% av pasientene som var innlagt med tvangsvedtak om lave nivåer av tvangsbruk. Opplevd tvang er dermed et mer komplekst spørsmål som innebærer mer

”DU MÅ BLI MED OSS.”

enn formelle lovmessige vedtak. I en nyere studie arrangerte forskerne 15 dagseminarer med tidligere og nåværende pasienter som hadde negative erfaringer med tvangsvedtak fra psykisk helsevern (Nyttingnes, Ruud & Rugkåsa, 2016). Deltakerne i studien beskrev tvangsvedtakene i sterke negative ordelag, og beskrev det som ydmykende, undertrykkende og totalitært. De reagerte sterkest på tvangsmedisinering, det at perspektivet deres ikke ble tatt høyde for, samt en akkumulering av mindre negative hendelser. En annen studie fra TSB undersøkte oppfattelse av tvang hos inneliggende pasienter med tvangsvedtak sammenlignet med pasienter som var der frivillig (Opsal, Kristensen, Vederhus & Clausen, 2016). Pasienter fra de to gruppene oppfattet omtrent det samme nivået av tvang. Frivillig innlagte rapporterte om høyere nivåer av opplevd tvang fra interne kilder (oppfattelse av tvang med tanke på egen selvfølelse, helse, økonomi og arbeidssituasjon). Innlagte med tvangsvedtak rapporterte om høyere opplevd tvang fra eksterne aktører.

For å oppsummere forskningsgrunnlaget er pasienter som innlegges med tvangsvedtak i TSB en gruppe som i Norge inntil nylig er lite studert. Studier som er gjort i andre land er ikke nødvendigvis gyldige i norsk sammenheng, siden de er basert på andre lovverk, har ulike formål og ulike behandlingspraksiser. For å sikre at pasienter skal kunne oppnå bedring er det viktig å undersøke, vurdere og kvalitetssikre behandlingsprogrammene og tiltakene pasientene tar del. Flere forskere innen dette feltet påpeker viktigheten av mer forskning. Ifølge Opsal et al. (2016) er det viktig å forstå hvordan tvangsvedtak oppleves for pasientene. I tillegg etterlyser Urbanoski (2010) mer forskning fra klientenes perspektiv.

Formål

Formålet med denne studien var å undersøke den psykologiske oppfattelsen av tvangsvedtak for inneliggende pasienter i TSB. Med psykologisk oppfattelse menes informantenes subjektive erfaringer, tanker, følelser og opplevelser knyttet til områder som rus, psykisk helse, behandling, tvang, autonomi og bedringsprosesser.

Dette er den første norske kvalitative studien som vurderer psykologisk oppfattelse av tvangsvedtak hos inneliggende pasienter med i TSB. Kvalitativ metode er egnet for å utforske tema og problemstillinger der det fra før av finnes lite forskning, og kan gi grunnlag for å danne nye hypoteser og teori. Dette kan føre til uventet innsikt siden studien ikke bare søker å besvare spørsmål som er definert på forhånd (Brinkmann & Tanggard, 2014). I tillegg er kvalitative metoder velegnet til å undersøke pasientopplevelser av et tiltak og er i økende grad brukt innenfor medisin og helseforskning (Malterud, 2017). Denne studien vil bidra til å belyse hvilke utfordringer denne gruppen har og hvordan de oppfatter innleggelsen. Rusbehandling er et felt

”DU MÅ BLI MED OSS.”

der mange yrkesgrupper og offentlige etater er involvert og feltet preges av tverrfaglig samarbeid. Kunnskapen som fremkommer i den foreliggende studien vil kunne benyttes av flere aktører, for eksempel i klinisk praksis av behandlere i TSB, av beslutningstakere i kommunen og i fylkesnemnda, samt i videre forskning.

Metode

Prosedyrer

Rekrutteringsprosedyre. Tre private og fem offentlige rusklinikker som tar imot pasienter med tvangsvedtak i Midt-Norge og på Østlandet ble forespurt om deltakelse i studien. En oversikt over institusjoner innen TSB som er godkjent for å ta imot pasienter på tvangsvedtak, samt kontaktinformasjon til relevante avdelingsledere, ble gitt av Nasjonal kompetansetjeneste for TSB. Siden det er snakk om en relativt liten pasientgruppe, samt at det ikke var noe mål om å finne generaliserbare resultater til hele målpopulasjonen, ble det ansett som tilstrekkelig å benytte et strategisk utvalg av informanter (Langdridge, 2006). Prosjektet ble forankret i ledelsen hos de ulike behandlingseenhetene og de ble informert om hva formålet med studien var og hva deltakelse innebar.

En kontaktperson ved hver behandlingseenhet hadde førstegangskontakt med potensielle deltagere. Kontaktpersonen var på forhånd godt informert om både inklusjons – og eksklusjonskriterier for deltakelse i studien. Kontaktpersonen presenterte studien til pasienter med tvangsvedtak som var innlagt på enheten. I denne kommunikasjonen ble det understreket at det var frivillig å delta og at data ville bli behandlet strengt konfidensielt. Det ble i tillegg understreket at deltagelse eller ikke-deltagelse ikke ville påvirke forholdet til klinikken eller intervensjonene som ble tilbudt. Det ble videre kommunisert at informasjonen pasientene bidro med i intervjuet ikke ville bli utlevert til behandlingseenheten. Pasienter som ønsket å delta tok deretter direkte kontakt med forskeren. Informantene fikk insentiv på 200 NOK for deltagelse i studien.

Inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene var at informanten var innlagt med tvangsvedtak i henhold til HOTL, kapittel 10 (§10-2, §10-3 og §10-4), var over 18 år og vurdert som samtykkekompetent.

Etiske overveielser. Undersøkelsen ble forhåndsgodkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2018/296/REK midt, se vedlegg A). Personer som er innlagt i institusjon kan karakteriseres som en sårbar gruppe fordi de befinner seg i en setting med begrenset frihet og muligheter, og kan være i et ubalansert maktforhold til fagpersonalet ved behandlingsinstitusjonen (CIOMS, 2016). Dette medførte et behov for bevissthet rundt elementer som kunne presse informantene til å gi sitt samtykke. Rekrutteringsprosedyren som er beskrevet ovenfor bidro til å redusere muligheten for at pasientene skulle oppleve at de ble presset til å delta.

Før intervjuene ble det bli gitt tydelig informasjon om hva som er hensikten med

”DU MÅ BLI MED OSS.”

intervjuet. Alle informanter gjennomgikk i forkant av intervjuene et informasjonsskriv (se vedlegg B) om hva deltakelse i studien innebar sammen med forskeren. Alle informantene skrev under på en skriftlig informert samtykkeerklæring (se vedlegg C) før intervjuene ble startet. Dersom deltakere ble vurdert å ikke være samtykkekompetente ble de ekskludert fra deltakelse. I tilfeller der informantene fikk sterke emosjonelle reaksjoner eller ubehag som følge av intervjuet, og ville ha behov for oppfølging umiddelbart under eller etter intervjuet, var det planlagt at intervjuer skulle ta kontakt med behandlingsspersonell på institusjonen. Alle intervjuer ble utført på institusjonen hvor informantene var innlagt, der informantenes behandlere og miljøpersonale var tilgjengelig. Intervjuer hadde også mulighet til telefonkontakt med sin faglige veileder, som er professor i psykologi, dersom det skulle oppstå uventede situasjoner med behov for drøfting. På grunn av de mulige sensitive opplysningene i intervjuene, ble det i intervjuguiden inkludert spørsmål om hvordan informantene opplevde å delta. I tillegg ble alle deltakere debriefet, og hadde mulighet til å stille spørsmål etter intervjuene.

Siden informantene var inneliggende pasienter og del av en relativt liten pasientgruppe, ble det gjort tiltak for å sørge for at de ikke kan bli gjenkjent som følge av svarene de ga under intervjuene. På grunn av sensitiviteten av datamaterialet som ble samlet inn, ble data anonymisert også under transkripsjonen. Dette innebar å gi deltakerne pseudonymer, å utelate eller endre stedsnavn, samt å utelate informasjon som kunne gi en kumulativ effekt i identifisering dersom det ble kombinert med annen informasjon (Braun, Clarke & Terry, 2014). En styrke med denne prosedyren er at analysene får frem informasjon på individnivå uten å identifisere aktuelle personer.

Utvalg

Informantene. Utvalget i studien bestod av fire menn og to kvinner i alderen 20-47 år, med en gjennomsnittsalder på 29.2 år (SD= 9.6). Alle var på intervjutidspunktet innlagt med tvangsvedtak i henhold til HOTL, kapittel 10. Informantene ble intervjuet på fire ulike rusinstitusjoner i Midt-Norge og på Østlandet. Grunnskole var høyeste fullførte utdanning. Ingen av deltakerne var i lønnet arbeid i tiden rett før innleggelse. To av deltakerne var i gang med arbeidspraksis initiert av behandlingssinstitusjonen. Alle informantene rapporterte om blandingsmisbruk med to eller flere rusmidler. Av rusmidler nevnte informantene opiatere, amfetamin, kokain, hasj, ecstasy, alkohol og MDMA. I tillegg ble legemidler som Rivotril, Lyrica, benzodiazepiner og metadon nevnt. Ingen av informantene nevnte alkohol som et rusmiddel de hadde vansker med. Fem av seks deltakere hadde tidligere vært innlagt ved

”DU MÅ BLI MED OSS.”

behandlingsinstitusjon innen TSB eller i psykisk helsevern. Fire av deltakerne hadde tidligere blitt innlagt med tvangsvedtak (når man også inkluderer tvangsvedtak innen psykisk helsevern). To av informantene hadde ikke tidligere erfaring med tvangsvedtak. Alle informantene fortalte om oppfølging i form av kommunale tjenester som NAV, fastlege og rusteam. Tre av informantene fortalte om oppfølging innenfor psykisk helsevern.

Intervjuene

Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble valgt som metode for datainnsamling, siden det kan bidra til rikholdige og detaljerte data. Dette var spesielt viktig siden det var få personer i pasientgruppen og utfordrende å komme i kontakt med dem, noe som innebar et relativt lite utvalg. Ved å bruke semi-strukturerte dybdeintervjuer ble det likevel mulig å innhente data av god kvalitet (Braun, Clarke & Hayfield, 2015). Semi-strukturerte dybdeintervjuer ga i denne sammenhengen informantene rom til å reflektere og snakke utdypende om det de ble spurt om, samtidig som nye emner som ikke var tenkt ut på forhånd kunne utforskes nøye (Kvale & Brinkmann, 2015). Seks semi-strukturerte intervjuer ble utført, ett intervju med hver informant. Lengden på intervjuene varierte fra 45 minutter til 1 time og 39 minutter, med en gjennomsnittlig lengde på 1 time og 12 minutter. Alle intervjuer ble utført av forskeren i perioden Juli-August 2018. De to første intervjuene var pilotintervjuer, siden utvalget var lite og det dermed var viktig å kvalitetssikre relevansen til datamaterialet. Pilotintervjuene ville kunne synliggjøre problemer med å konvertere forskningsdesignet til intervjusituasjonen, videre søkte disse å avdekke om intervjuguiden ga et datamateriale som adresserte formålet med studien, samt å vurdere om de tekniske aspektene (f.eks. lydopptaker og lokaler) ved intervjuet var gode nok. Ved å gjøre en vurdering etter de to første intervjuene var det mulig å gjøre endringer før de gjenstående intervjuene (Braun et al., 2015). De to pilotintervjuene ble vurdert til å være av så god kvalitet at de ble inkludert i den endelige analysen.

Intervjuguide. Alle intervjuene ble utført med en intervjuguide (se vedlegg D), med muligheter for oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål underveis. Guiden inneholdt 9 overordnede kategorier: (1) Bakgrunnsinfo og demografi (2) spørsmål om rus og psykisk helse, (3) spørsmål om behandling, (4) spørsmål om tvangsbruk, (5) spørsmål om motivasjon, (6) spørsmål om mestring, (7) spørsmål knyttet til identitet og oppfattelse av tilhørighet på institusjonen, (8) spørsmål om sosiale forhold, (9) debriefing og oppsummering av intervjuet. Spørsmålene ble som regel stilt i samme rekkefølge, med mindre noen av spørsmålene var blitt besvart tidligere. Det var stor variasjon i hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt, noe som skyldtes forskjeller i informantenes narrativer. Det var på forhånd et mål at informantene selv

”DU MÅ BLI MED OSS.”

skulle få mulighet til å komme med tema og perspektiver som ikke var definert av forskeren på forhånd.

Analyse

Transkribering av datamaterialet. Alle seks intervjuer ble tatt opp med lydopptaker og utgjør datamaterialet som er brukt i analysen. Intervjuene ble transkribert av forskeren etter at alle intervjuene var gjennomført. Transkripsjonen ble utført ortografisk, noe som betyr at den fanget opp hva som ble sagt, i tillegg til noen detaljer om hvordan det ble sagt (Braun et al., 2015). Hovedmålet med en slik transkripsjon er å produsere en grundig nok dokumentasjon av ordene i intervjuene. I en tematisk analyse fokuserer man ofte på hva som ble sagt heller enn hvordan det ble sagt (Braun & Clarke, 2014), dermed ble en ortografisk transkripsjon vurdert som tilstrekkelig detaljert. I transkripsjonen er det ikke inkludert ikke-språklige lyder. Pauser og latter vises i parentes. Symbolet ”(...)” brukes der en del av teksten, som har blitt ansett for å være overflødig for å vise poenget med sitatet, er fjernet.

Tematisk analyse (TA). Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse (TA). Dette er en kvalitativ analysemetode som er mye brukt innenfor psykologi og helseforskning, der man kan identifisere, analysere og rapportere gjennomgående mønster i et datasett (Braun & Clarke, 2006). Dette gjør at man kan organisere datamaterialet i et bestemt antall gjentakende tema på tvers av intervjuene. TA er ofte benyttet i klinisk forskning og er et godt verktøy for slike undersøkelser. TA er en fleksibel tilnærming, noe som betyr at man kan bruke det på tvers av fagretninger i helseforskning (Braun et al., 2014). Dette kan være gunstig for forskning på pasientgrupper der behandling og hjelpetiltak ofte er avhengig av tverrfaglighet mellom hjelpere og behandlere, slik som ved behandling av rusmiddelavhengighet.

TA er en metode og ikke en metodologi. Det vil si at det innenfor TA ikke er et fastsatt teoretisk rammeverk for hvordan man skal samle inn og analysere kvalitativ data. TA er en tilnærming som spesifiserer analytiske prosedyrer, med tanke på koding og temautvikling (Braun et al., 2014). Siden forarbeidet til analysen ikke er det samme ved hver analyse, kan det være viktig å spesifisere hvilken kvalitativ posisjonering man har benyttet. Denne analysen er induktiv og har hatt som mål å starte ”bottom up” fra datamaterialet. Analysen er dermed datadrevet ved at forskeren har identifisert tema og mønster på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Kodingen er gjort uten et stringent teoretisk og ideologisk rammeverk. Det er likevel vanskelig å unngå at teoretiske antakelser er med på å prege analysen, siden utvikling av intervjuguide og søknader på forhånd har krevd en forståelse av teoretiske perspektiver innen feltet. Dette innebærer dermed at analysen også har elementer av deduksjon. Analysen ser i

”DU MÅ BLI MED OSS.”

hovedsak på semantisk meningsinnhold og mindre på latent eller skjult meningsinnhold. En antakelse er dermed at det informantene sier stemmer for dem (Braun & Clarke, 2014).

I analysen ble seksstegs-metoden som er utviklet av Braun og Clarke (2006) benyttet: (1) Tilvenningsfasen – innebærer å gjøre seg kjent med datamaterialet. (2) Kodefasen – en systematisk kodeprosess som gir grunnlag for utvikling av tema. (3) Søking etter tema – i denne fasen er målet å lage en plausibel og sammenhengende oversikt over tema. (4) Evaluering av tema – innebærer å evaluere den kodede dataen på nytt i forhold til både temaene og hele datamaterialet. (5) Definerings og navnssetting av tema – dette steget bidrar til å utvikle og berike det analytiske narrative til datamaterialet. (6) Produksjon av det skriftlige arbeidet – dette innebærer en sortering og bearbeiding av tidligere analyser i tillegg til å fortsette det skriftlige arbeidet. Selv om det kan fremstå som at TA er en stegvis og lineær prosess, er ikke dette tilfelle. TA er en fleksibel prosess og det er ikke noe klart skille mellom analyse og skriving (Braun et al., 2015). Dette har medført en konstant evaluering av koder, temastruktur og analytisk innhold.

Tilvenningsfasen innebar å bli kjent med datamaterialet. Dette ble oppnådd gjennom at forskeren selv utførte intervjuene, transkriberingen og i tillegg leste nøye gjennom datamaterialet før kodingen startet. En kode er en merkelapp som fanger en nøkkelidé. Koder ble generert basert på korte og meningsbærende tekstutdrag. Kodefasen ble utført i to sekvenser. Først en individuell koding av hvert intervju. Senere i analysen, når alle intervjuene var blitt kodet, ble intervjuene gjennomgått spørsmål for spørsmål. Slik ble hvert intervju kodet for seg selv og alle intervjuene kodet på tvers. En slik kodeprosess bidro til å identifisere koder, tema og undertema som var til stede på tvers av intervjuene (Braun et al., 2014). All tekst i datamaterialet ble ikke kodet, kun det som ble ansett å være relevant for forskningsspørsmålet. Dette innebærer et element av deduksjon. Et eksempel på hvordan et slikt tekstutdrag med koder kan se ut, finnes i Tabell 1.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Tabell 1

Et eksempel fra kodefasesen.

Utdrag fra teksten	Koder
<i>”Ja, men så kom jeg ut derfra og begynte fortsatt å ruse meg liksom, og så begynte jeg med heroin, og de første dagene jeg prøvde heroin da var det gjort egentlig. Så det er egentlig det som har vært mitt rusmiddel etterpå da.”</i>	<ul style="list-style-type: none">- Tidligere behandling- Rusbruk- Rushistorie

Etter at alle intervjuene var kodet, skiftet det analytiske fokuset til å generere et sammenhengende tematisk kart over datamaterialet. Målet var her å finne et bredere nivå av mening enn en enkelt kode. Kodene fra hvert intervju ble summert opp, slik at forskeren fikk en oversikt over hvilke koder som var hyppigst forekommende i hvert enkelt intervju og på tvers av intervjuene. Koder ble ikke kun valgt på bakgrunn av hvor ofte de forekom i materialet. Koder som ble vurdert på bakgrunn av å representere dybden i datamaterialet og på grunn av sin relevans til forskningsspørsmålet ble også vektlagt (Braun & Clarke, 2006). Deretter ble kodene forsøkt samlet for å utvikle kandidat-tema. Et eksempel på hvordan dette foregikk vises i Tabell 2. Der er flere koder samlet for å danne et undertema, og flere undertema er samlet under ett hovedtema. For å vurdere egnetheten av ulike kandidat-tema ble det undersøkt om temaene var internt samstemte og distinkte fra hverandre (Braun et al., 2014). På dette stadiet var fortsatt ikke temastrukturen fastsatt, dermed ble det kontinuerlig vurdert om kandidat-temaet var et hovedtema eller et undertema. Spesielt innholdsrike koder kunne også ”oppgraderes” til tema (Braun et al., 2015). Kandidat-temaene som først ble utviklet, ble flere ganger senere i prosessen revurdert etter to mål: Om kandidat-temaet fungerte godt med kodene, og om kandidat-temaet reflekterte mening over hele datasettet. På denne måten ble temaene gjenstand for konstant evaluering, og strukturen på tema og undertema ble endret flere ganger. For eksempel var hovedtemaet ”bedringsprosesser” først et undertema til behandling. Men ettersom det var så mange aspekter ved ”bedringsprosesser” som kunne separeres fra behandling, ble det senere i prosessen vurdert at det kunne være et eget tema med flere undertema.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Tabell 2

Et eksempel på hvordan koder ble utviklet til kandidat-tema.

Koder	Undertema	Tema
- Relasjon til medpasienter	Psykososiale forhold	
- Relasjon til personalet		
- Miljøpåvirkning		
- Å ikke passe inn		
		Behandling
- Rusbruk	Psykisk helse og rusproblematikk	
- Rushistorie		
- Tidligere behandling		
- Psykisk helse		
- Effekter av rus		
- Beskrivelse av rusproblematikk		

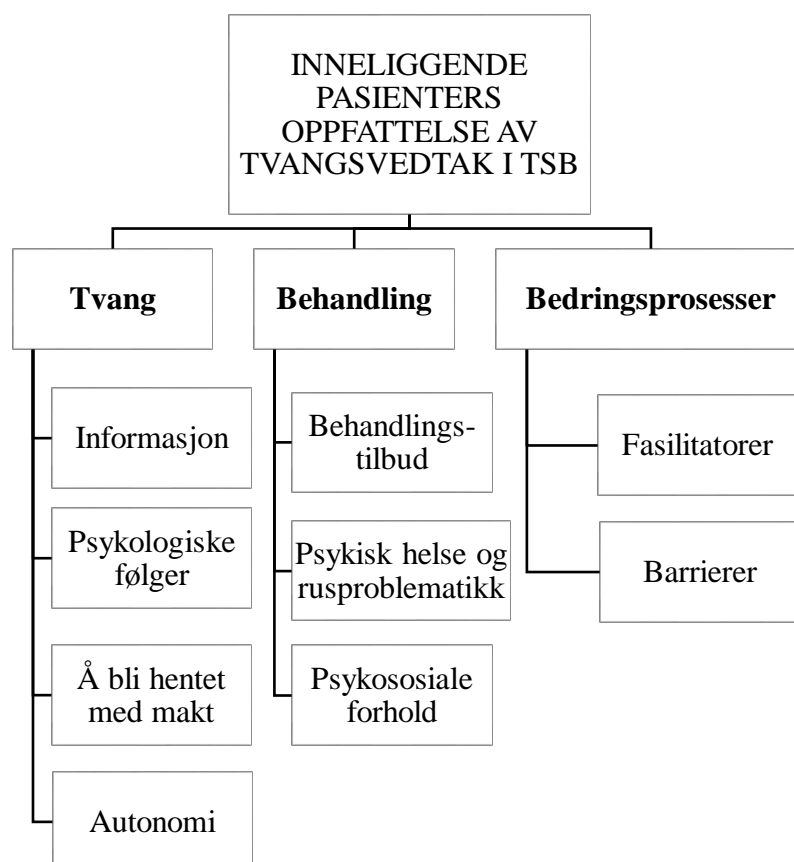
De tre hovedtemaene som ble utviklet i analysen er klart atskilte, men henger likevel sterkt sammen. Dette kom for eksempel tydelig frem ved spørsmål vedrørende autonomi, som er beskrevet som et undertema av temaet ”tvang”. Autonomi virket imidlertid også å være et viktig aspekt under selve behandlingen og for bedringsprosessen til informantene.

Da temastrukturen var definert, og vurdert til å representere innholdet i datamaterialet, ble temaene navngitt. Noen av temaene og undertemaene beholdt sin ”arbeidstittel,” mens andre fikk nye navn som representerte meningsinnholdet bedre. I den siste fasen var fokuset på å finne sitater som kunne underbygge temaene og undertemaene. Det ble funnet sitater som uttrykte mening på tvers av intervjuene. Dermed ble ikke nødvendigvis de mest ”ekstreme” sitatene valgt, men de som best representerte datamaterialet.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Resultater

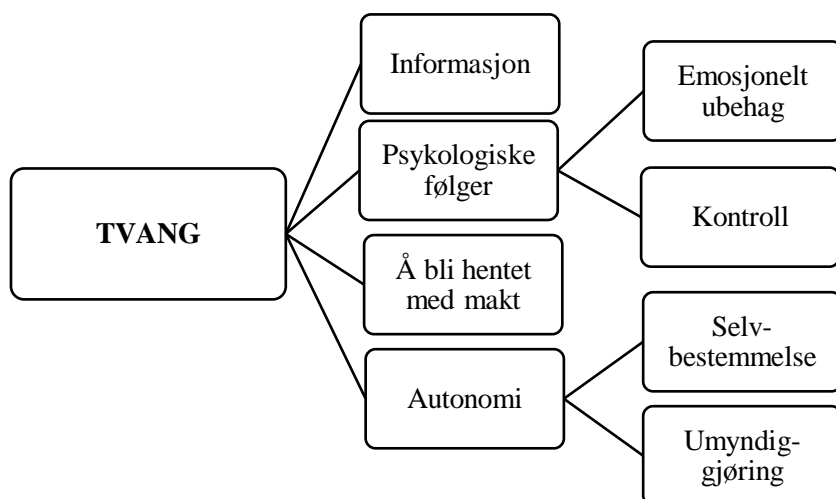
Gjennom en tematisk analyse ble det avdekket tre hovedtema som var sentrale på tvers av intervjuene. Disse temaene sammenfatter hva informantene fortalte om sin bakgrunn, deres opplevelse av tvangsvedtak og behandling, samt deres bedringsprosess. Resultatene er gjengitt i Figur 1, som viser de tre hovedtemaene, med tilhørende undertema. Hovedtemaene er ”Tvang”, ”Behandling” og ”Bedringsprosesser”. Noen av undertemaene er også delt opp i underkategorier, noe som blir illustrert i figurene tilknyttet hvert hovedtema (Figur 2, 3 og 4). Temaet ”Tvang” omhandler de ulike beskrivelsene av hvordan informantene opplevde å bli utsatt for tvang og makt før innleggelsen og på behandlingsstedet. Temaet ”Behandling” består av informantenes perspektiv knyttet til behandlings – og oppfølgingstilbud, deres relasjoner på institusjonen, samt informasjon om rusproblematikk og psykisk helse. Det siste temaet, ”Bedringsprosesser”, tar for seg ulike faktorer som spilte en rolle i informantenes bedringsprosess, både fasilitatorer og barrierer. Avsnittene som følger vil presentere hovedtema og undertema, og vil utdypes med sitater fra informantene.



Figur 1. Oversikt over alle identifiserte tema og undertema

Tvang

Dette temaet omfatter beskrivelser av hvordan informantene beskrev tvang før og under tvangsinnleggelsen. Som illustrert i Figur 2 beskriver undertemaene hvordan informantene ble informert om tvangsvedtaket før det ble iverksatt, hvilke psykologiske opplevelser og følger tvangsbruken har medført, hvordan det opplevdes å bli hentet med makt mot sin vilje, samt hvordan tvangsvedtaket påvirker informantenes autonomi og selvbestemmelse. Som vist i Figur 2 er også to av undertemaene oppdelt i underkategorier. Disse vil bli beskrevet i forbindelse med undertemaet.



Figur 2. Temaet ”Tvang” med tilhørende undertema.

Informasjon. Det var stor variasjon i hvordan informantene ble informert om at det var fattet tvangsvedtak. To av informantene oppsøkte selv behandlingsstedet. Fire av informantene ble tvangsinnlagt uten eget samtykke. Øystein forteller at han han ikke syntes han hadde fått diskutert tvangsvedtaket med sin behandler før det ble fattet:

- *Nei, jeg vet at hun snakket så vidt om det, om at hun hadde lyst gjerne til å sende meg på tvang, det sa hun i en DPS-time. Men vi snakket liksom ikke noe særlig ut over det. Og i ettertid så har jeg forstått at det, når du reiser inn på tvang, så skal du liksom, så*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

skal det være en dialog, du skal liksom reise på en trygg måte, du skal skjønne hva som foregår da. Og det følte jo jeg at jeg aldri gjorde eller fikk sjansen til å gjøre.

Maya beskriver en situasjon der hennes behandler først informerer henne om at det er iverksatt et tvangsvedtak, før hun deretter forteller at det ikke blir noe av. To dager senere får hun imidlertid beskjed om at det er for sent å stoppe prosessen, og hun blir likevel tvangsinnlagt selv om hun hadde vært rusfri en uke før innleggelse:

- *Og jeg trodde jo bare det var en vanlig samtale, men jeg syntes jo det var litt rart at hun skulle prate med meg på en lørdag. Men i hvert fall da, så sa hun helt til slutt: ” Ja, og før du går ut av bilen så må jeg informere deg om at det er satt i gang et tvangsvedtak.” (...) Men det kom ikke til å bli noe av, sa hun, ettersom jeg var jo rusfri en uke før jeg ble lagt inn på avrusningen liksom. Men så ringte hun meg på mandag og sa: ” Du, det tvangsvedtaket går gjennom likevel, og det er for sent å si ifra om at det ikke skal bli noe av, så vi henter deg om et kvarter vi.”*

Julia uttrykker at hun før begge sine tvangsinnleggelse var så ruset at hun ikke fikk med seg diskusjonen i forkant:

- *Ja, men det er veldig vanskelig å huske, for jeg var rusa da. Begge gangene. Så det er vanskelig å huske alt.*

Lars forteller at han har opplevd flere tvangsinnleggelse tidligere og skjønnte hva som skjedde da han ble hentet. Han uttrykker at han ikke ønsket å høre begrunnelsen for vedtaket:

- *Ja, de skulle egentlig forklare det til meg hjemme hos meg da og lese opp det brevet, men jeg sa at de ikke trenger det, det er bare å legge meg inn det. Tenkte at jeg kom ut likevel da, for de hadde ikke nok til å få meg inn da*

Når det gjelder informasjon om rettigheter etter at informantene var innlagt, forteller Maya at hun syntes det har vært vanskelig å finne informasjon om hva slags tilbud hun har rett til:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Når man er her på tvangsvedtaket 10.2 da så skal man egentlig ha ganske mange rettigheter da, som en tvangspasient holdt jeg på å si da. Jeg har spurt så mange om hva de rettighetene er og det er ingen som egentlig kan svare meg på det.*

Psykologiske følger. Dette undertemaet omhandler psykologiske opplevelser og følger informantene beskrev i forbindelse med tvangsinnleggelsen. Fire av informantene rapporterte at de opplevde tvang. De rapporterte imidlertid ikke om ‘tradisjonelle’ metoder for tvang som mekaniske tvangsmidler, skjerming, fastholding eller medisinerer. Besvarelsene kan tyde på at informantene opplevde mer psykologiske konsekvenser av tvang, som emosjonelt ubehag og en opplevelse av å bli passet på og kontrollert.

Emosjonelt ubehag. Det emosjonelle ubehaget rapporteres i form av følelser som sinne, tristhet og skuffelse eller som hjelpeløshet. Julia forteller at hun opplever hjelpeløshet av å bli stengt inne:

- *Du føler deg ganske liten og hjelpeløs. Og (PAUSE) Du blir stengt inne sant, det er skikkelig jævlig. Jeg tror det er ingen som kan forestille seg hvordan det er uten å ha gått gjennom det selv.*

Julia uttrykker også at hun hadde verre opplevelser ved den forrige tvangsinnleggelsen enn ved den nåværende:

- *Også ruset jeg meg der inne, for jeg hadde det ikke noe bra. Jeg følte at jeg ikke fikk den hjelpen jeg trengte. Og (PAUSE) ja, det var de verste tre månedene i livet mitt. Rett og slett (...)Men altså, denne gangen her så forstod jeg det, for da var det faktisk fare for liv og helse. Men sist gang så følte jeg ikke det selv.*

Selv om Maya forteller at det er betryggende at hun kjenner mange av de ansatte fra tidligere innleggelse, beskriver hun likevel en tristhet ved å bli innlagt mot sin vilje:

- *Altså, nå kjenner jeg mange av de ansatte her fra tidligere, så det er egentlig ganske betryggende, men når jeg kom hit forrige tirsdag for en uke siden, så fort jeg gikk inn døra så begynte jeg jo å gråte, for jeg ville jo ikke være her liksom.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Øystein forteller at han har opplevd et emosjonelt ubehag i form av sinne etter å ha blitt innlagt med tvangsvedtak. Han beskriver det som et overgrep:

- *Men jeg er ennå der at jeg liksom, det der med at hun gikk inn og tok det valget for meg, at jeg skulle skrives inn på tvang, det føltes rett og slett som et skikkelig overgrep. Det tok lang tid før jeg fikk til å styre det sinnet.*

Lars formidler at han har vært skuffet og beskriver tvangsvedtaket som om det var det samme som en fengselsdom:

- *Jeg har egentlig ikke lest det vedtaket etter de greiene. Jeg har bare vært så skuffa at jeg har bare driti i hele saken da. Jeg skal bare på en måte sone tida mi da. Og bli ferdig da.*

Kontroll. Informantene rapporterer om en opplevelse av å bli kontrollert på to måter. Ved overvåkning og ved å bli nektet friheten til å gjøre det man ønsker. Tre av informantene forteller at de opplever overvåkning i form av å bli passet på. Dette beskrives som en opplevelse av at noen alltid er oppmerksom på hvor informantene er og på hva de gjør. Øystein forteller at han på institusjonen merker tvang når han blir passet på over alt og døgnet rundt:

- *Det var liksom tilsyn på natta, de kom inn tre ganger på natta, liksom. Jeg kunne ikke gå ut og røyke uten at det var noen med meg. Jeg kunne ikke gå inn i en butikk uten at det var noen med meg.*

Fire av informantene forteller at de har blitt nektet noe. Som for eksempel utgang og hvilke eiendeler de kan ha tilgjengelig. Maya forteller at hun blir nektet å ha visse eiendeler på rommet og permisjoner, hun forteller også at de ikke får lov til å åpne vinduene, og at verandaen er gjerdet inn:

- *(...) Eller jeg blir jo nektet å ha visse eiendeler på rommet for eksempel. Jo jeg føler jo at jeg blir nektet en del egentlig, bare det å ta opp vinduet, ikke sant, det er jo drøyt. Også har de spikra sånne fæle plater på verandaen, så vi kan ikke sitte der og sole oss en gang liksom. Sånne ting blir man jo nekta liksom. Men det verste er egentlig å bli nektet permisjoner da kanskje.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Når det gjelder utgang, forteller fire av informantene at det er strengt regulert i starten. Lars forteller at han i starten av oppholdet ikke regner med å få utgang og vil ikke engang spørre om han kan få utgang alene for å dra i bursdagen til moren sin:

- *Bursdagen til mora mi var jo rett etter jeg kom hit da så. Jeg tenkte at det ikke var noen vits, jeg fikk jo ikke gå ut en gang de første fem dagene. Så når jeg ikke får utafør døra en gang så regner jeg det ikke er noen vits i å spørre om å få bli med hjem til mora mi.*

Likevel forteller de samme informantene om at det åpnes mer opp for utgang uten følge etter hvert i oppholdet. Maya forteller at dersom hun oppfører seg bra, vil hun få mer friutgang etter hvert:

- *Jeg er jo kanskje den snilleste de har hatt her på lenge som de sa. Så fortsetter man å være snill så får man jo utgang uten følge alene etter hvert og sånn da. Så det er bra.*

Erik og Bjørnar er tvangsinnlagt på grunnlag av eget samtykke og opplever i motsetning til de andre lite tvang på behandlingsstedet. Erik beskriver at han er litt usikker på om han i det hele tatt er innlagt med tvangsvedtak, siden han selv opplever å være der frivillig:

- *Ja, det var jeg som ville i behandling og bli rusfri da. Så skal være så ærlig og si at, frivillig tvang, er litt usikker på hva det er og egentlig da. For jeg opplever det som fullt frivillig da. Jeg kan skrive meg ut når jeg vil og kan dra om jeg ønsker det og skrive meg ut og dra, men ja, jeg er her for min egen del da.*

Å bli hentet med makt. Et tema som dukket opp i flere av intervjuene var hvordan informantene ble hentet med makt til institusjonen, der ofte både NAV-ansatte, politi og ambulanse deltok. For fire av informantene var dette området der de opplevde størst tvangsbruk, og som gjorde sterkest inntrykk på dem. Lars beskriver morgenen han ble hentet slik:

- *Våknet opp om morran, hadde nettopp fått penger, var og kjøpte meg vodkaflaske og når jeg kom tilbake så stod det to politibiler utenfor boligen og oppfølgingsteamet da.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Og da var det ikke noe nøling, det var liksom rett inn i bilen og rett på akuttavdelingen og rett hit etterpå.

Julia forteller også at hun var uforberedt på å bli hentet hjemme, noe som førte til redsel og emosjonell smerte:

- *Og da var jeg hjemme med kjæresten min, og da kom NAV. Hadde ikke våkna en gang, også stod jeg opp, også kom de og sa at: ”Du må bli med oss”. Og politiet var der og (PAUSE) det var liksom måten de gjorde det på da. Jeg ble jo redd og (PAUSE) ja, det var liksom skikkelig vondt.*

Øystein beskriver at han blir hentet av politi og ambulanse på et offentlig sted. Han forteller at han opplevde sosial ekskludering i form av å bli fjernet fra samfunnet:

- *Nei, jeg var veldig rusa når de henta meg (...) Jeg var i en butikk, og ble henta ut av en butikk av ambulanspersonell og politi, og utenfor så var det to politibiler og to ambulanser (...) Nei, jeg synes det er veldig rart liksom å bare bli dratt ut av samfunnet på den måten.*

Maya forteller også at hun ble hentet av politi og ruskonsulent. Hun beskriver en forventning om hvordan andre kunne reagere på en lignende hendelse, men forklarer at hun på grunn av sin alder tok det med mer fatning enn andre ville ha gjort. Hun forteller videre at hun fikk lov til å ha med kjæresten på turen, noe som kan ha virket å gjøre det enklere for henne å håndtere situasjonen:

- *Ble hentet av ruskonsulentsen også to politigubber, ikke sant, for vanligvis så er jo folk helt gjerne og vil helst ikke være med, men altså, jeg er tjueåtte år, jeg gidder ikke skrike og oppføre meg som en idiot, så jeg fikk faktisk lov til å ha med meg kjæresten i bilen sammen med ruskonsulentsen da, så jeg tok det jo med et smil egentlig. Politiet kjørte jo etter oss hele veien til avrusningen da.*

Autonomi. Informantene bidro med ulike perspektiver knyttet til sin egen autonomi i forbindelse med tvangsinnleggelsen. Informantene fortalte i hovedsak om to aspekter ved

”DU MÅ BLI MED OSS.”

autonomi som de opplever som vanskelig etter tvangsvedtaket: Mangel på selvbestemmelse og umyndiggjøring.

Selvbestemmelse. Fem av deltakerne rapporterer i likhet med Maya om at de opplever en viss valgfrihet på institusjonen, selv om det er en lukket og begrenset kontekst:

- *Ja, jojo, jeg får jo bestemme over meg selv, til en viss grad kanskje, jeg får jo bestemme over meg selv, jeg bestemmer jo om jeg skal være med på ting dem tilbyr her da, jeg kunne jo valgt å bare ligge på rommet i tre måneder i strekk.*

Hun reagerer likevel negativt på begrensningene i miljøet på institusjonen:

- *Og første dagen jeg kom hit så var det jo, da måtte jeg ha med meg to ansatte når jeg skulle ut da for eksempel. Altså, vi får jo ikke lov til å låse rommet eller får ikke engang lov til å ta opp vinduet liksom.*

Lars gir uttrykk for at han stort sett får gjøre det han selv vil, men at han ikke kan bestemme når han kan bevege seg utenfor institusjonen:

- *Ja, stort sett. Ikke med utgang. Jeg får gjøre hva jeg vil her og (PAUSE) ja.*

Samtidig forteller også to av informantene at de opplever å ikke bestemme noe selv. Julia gir uttrykk for at det er vanskelig å opprettholde sin selvbestemmelse på tvangsvedtak:

- *(...) Og det å bli tatt på tvang, det er veldig overveldende. Altså, du går fra å bestemme alt selv til ikke å bestemme noe som helst selv.*

Øystein virker å oppfatte reglene på institusjonen som rigide, og henviser til en deskriptiv norm som tilsier at restriksjonene ikke ville bli tolerert utenfor settingen han befinner seg i. Han gir følgende svar på spørsmål om han får ta valg for seg selv:

- *Nei, absolutt ikke. Sånn, du får ikke ha en pakke med Paracet på rommet en gang, sant. Får ikke lov å drikke energidrikk (...) Så vet jeg så godt at en normal person, eller en person som ikke har hatt rusproblemer da, hadde aldri funnet seg i å bli behandlet sånn som vi blir behandlet her.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Julia forteller at institusjonen har hatt stramme tøyler i starten, men at de gradvis har åpnet opp for at hun kan ta egne valg:

- *Her har de åpna litt og litt mer for meg da. Sånn som nå så kan jeg gå ned på butikken alene. Også neste uke så kan jeg være ute alene en time.*

To av informantene forteller at de opplever forsterket motstand av at andre har bestemt på vegne av dem at de skal legges inn på tvangsvedtak. Øystein uttrykker det slik:

- *Sant, det å ikke ha fått bestemt det selv, at noen bare bestemte det for meg, det føles vondt altså. Og, nei, jeg vil ikke ut i rus igjen, for all del og sånt, men allikevel så er det en liten trass i meg da. Okey, siden jeg ikke bestemte dette selv, så vil jeg ut og gjøre ferdig for å bestemme det selv.*

Umyndiggjøring. Tre av deltakerne forteller om en opplevelse av å ikke bli tatt på alvor, eller å ikke ha myndighet over seg selv. Øystein beskriver et ubehag over at andre har tatt valget om at han må innlegges med tvangsvedtak og undrer seg over om han har mistet myndigheten over seg selv:

- *Ja, følte liksom bare, når andre går inn og tar det valget så føler man jo bare: ”Jøss, det som jeg sier og det som jeg mener liksom, betyr det ingenting? Har jeg liksom ikke stemmerett, har jeg mista all myndighet over meg selv?”*

Øystein trekker også frem en opplevelse av å ikke bli tatt på alvor som en voksen person:

- *Ja, det er liksom det med å bli fulgt opp, og fulgt rundt, og føle at du er en hund i bånd, eller et lite barn.*

Tre av deltakerne forteller at de reagerte sterkt på at de ikke ble tatt på alvor når saken skulle behandles i fylkesnemnda. Lars og Maya forteller at de ikke ble trodd og at de mener at innleggelsen er basert på feil grunnlag. Maya opplever at hun ble anklaget for å lyve i fylkesnemnda:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Altså, jeg følte ikke at de tok meg seriøst verken kommunen eller fylkesnemnda når de var der, altså, de satt jo rett ut og sa at jeg løy egentlig, om forskjellige ting da.*

Maya reagerte også på at det i fylkesnemnda ble tatt mer høyde for opplysninger fra andre, enn fra hennes egen forklaring:

- *Nei, altså, la oss si at i min fylkesnemnda-sak da, så var de flinke til å bruke, eller de leste opp ting da som det kom fram at det var kjæresten min som hadde ringt inn og sagt, og mye av det var jo rent ut løgn. Så jeg følte jo at: ”Jammen dere står jo der og lyver.”*

Et aspekt ved å ikke bli tatt på alvor, gjelder en oppfatning om manglende tillit til informantene fra personer i hjelpeapparatet. Tre av deltakerne forteller at de opplever det som vondt å ikke bli trodd av hjelpere i behandlingsapparatet. Øystein sier at det har skremt ham fra å være ærlig:

- *Men, jeg kommer nok aldri mer til å være helt ærlig mot en offentlig ansatt, eller spørre om hjelp, for dette har skremt meg. Og det har ikke skremt meg positivt, liksom (...) Hvis jeg begynner å ruse meg igjen nå, så tror jeg at jeg kommer til å holde det veldig for meg selv, og hvis jeg eventuelt går på DPS og sånn, så kommer jeg nok ikke til å snakke om den biten der, med rus.*

På samme vis forteller Lars at ærlighet mot behandlingsapparatet har ført til at han ble tvangsinnlagt, noe som har ført til at han ikke kommer til å fortelle behandlere om rusbruken sin i fremtiden:

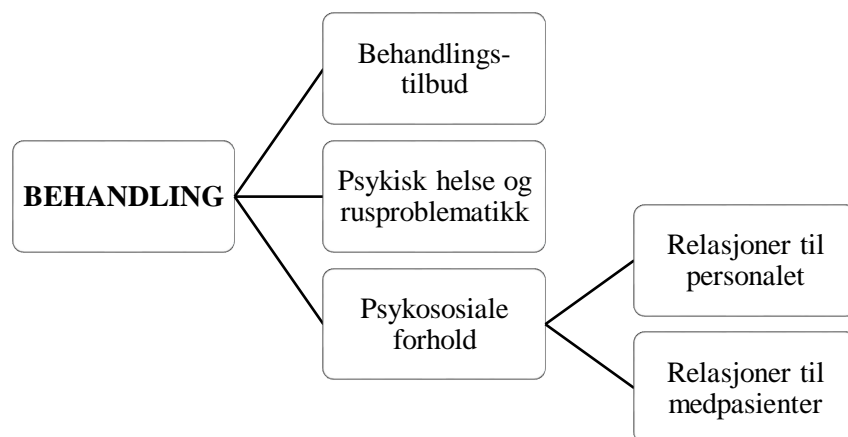
- *Så liksom, ærligheten har ført til at jeg er tvangsinnlagt nå. Jeg er villig til å ha kontakt med dem, men jeg vil ikke ta opp noe som er rusrelatert da. Liksom, for jeg vil ikke bli tvangsinnlagt igjen og få større problemer.*

Behandling

Dette temaet fremhever ulike aspekter knyttet til behandling. Figur 3 viser strukturen til temaet med undertemaene behandlingstilbud, psykisk helse og rusproblematikk, samt psykososiale forhold. Alle informantene fortalte at de hadde tilgang til behandlingstilbud ved institusjonen de var innlagt ved. I tillegg mottok alle informanter behandlings – eller

”DU MÅ BLI MED OSS.”

oppfølgingstilbud fra kommune eller helsevesen før innleggelsen. Informantene fortalte om utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblematikk. I tillegg kom det frem mange synspunkter knyttet til de psykososiale forholdene ved institusjonen, om både relasjoner til de ansatte og til medpasienter.



Figur 3. Temaet ”Behandling” med sine tilhørende undertema.

Behandlingstilbud. Dette undertemaet beskriver ulike behandlings – og oppfølgingstilbud, både fra behandlingsstedet, psykisk helsevern og kommunale tjenester. Alle informantene rapporterte at de mottok kommunale tilbud før innleggelsen. Dette kunne være økonomisk bistand fra NAV, ruskonsulent, ansvarsgruppe eller oppfølging fra fastlege. Et flertall fortalte om enten utredning, behandling eller oppfølging ved institusjonen. Alle informantene fortalte at de hadde tilgang til lege eller psykolog ved institusjonen. Samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene var et tema i flere intervjuer. Erik forteller om oppfølging fra ulike etater:

- *Så jeg har jo en sånn sammensatt gruppe da, ansvarsgruppe, med fastlege og rusteam i kommunen, og behandlingsstedet, og NAV, NAV-jobbveileder og kontaktperson da. Så jeg har en sånn gruppe da som jeg drar og møter en gang i måneden da, for sånne samtaler.*

Øystein forteller at han synes samarbeidet mellom behandlingsinstitusjonen og ansvarsgruppen fungerer bra:

- *Etter at jeg har kommt hit så føler jeg jo at kommunen og avdelingen her samarbeider veldig godt. Bra overlappinger, jeg får bra referat fra ansvarsgruppemøter og sånt og*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

jeg føler at de får sagt en del til kommunen jeg kommer i fra på en måte, så jeg føler samarbeidet er veldig bra, det gjør jeg.

Av andre tilbud nevner Lars at han har fått gratis tannlegebehandling mens han har vært innlagt:

- *Ja, jeg har fått gratis tannlege her da.*

Tre av informantene forteller om rettigheter personer som er innlagt med tvangsvedtak har. Øystein nevner noe av det han har fått hjelp med i løpet av oppholdet:

- *Ja du får liksom litt avstand til rus, også får du gjerne gjort en del med sånn type stønad, økonomi, du får sendt inn søknader, får gjerne en ny leilighet, litt sånne ting da.*

Informantene forteller om flere typer behandling. Erik sier at institusjonen han er på har mange tilbud og ulike typer kompetanse:

- *Vi har lege her, vi har psykologer og vi har oppfølging da fra de ansatte, og samtaler, gruppeterapi, vi har hele pakken egentlig som trengs mener jeg, for å bli rusfri da, det har vi.*

Når det gjelder utredning, er det bare Julia som spesifikt nevner at hun ønsker å utrede sin psykiske helse:

- *Nei, jeg holder jo på med utredning med psykolog nå med andre ting, sånn ADHD og sånn da, men jeg har ikke fått noe svar på det enda.*

Samtidig forteller fire av informantene at de mottar behandling av psykolog. Bjørnar beskriver det slik:

- *Jeg går til psykolog da. En gang annenhver uke eller noe sånt. Det er eneste det.*

Maya forteller at hun får hjelp av lege, men at hun også ønsker seg samtaler med en psykolog. Det forteller hun at ikke er tilgjengelig ved institusjonen:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Ja, vettu hva, jeg mottar legehjelp og psykolog, for det var det første jeg spurte om, for det står det jo på planen deres at det skal være her, men det hadde de ikke. Men da burde det kanskje ikke stå at man skal få psykolog når man ikke kan få det da.*

Når det gjelder medisinsk hjelp, er det kun Julia som beskriver det spesifikt. Hun forteller at hun har hatt stor hjelp av en medisin hun har fått ved denne innleggelsen:

- *Jeg har jo hatt det vondt helt til nå. Men nå går jeg på en medisin som gjør at jeg ikke har det, så nå har jeg det veldig bra. Så endelig kan jeg slappe av (...) Så nå føler jeg at jeg ikke trenger rus. Fordi at jeg har det bra liksom.*

Lars er den eneste som forteller at han ikke mottar noen behandling ved institusjonen:

- *Det er sånn at jeg får ikke noe behandling da. Eneste behandlingen jeg har det er jo egentlig bare å holde seg rusfri da.*

Alle informantene fortalte om hvordan de opplever miljøet ved institusjonen. Øystein virker å være misfornøyd med at det ikke er en spesifikk miljøterapeutisk tilnærming:

- *Det er ikke noen form for dynamisk behandling av hverandre her. Vi sitter her stort sett hele dagen og slenger. Så jeg ser ikke helt behandlingen i denne plassen da (...) Nei, jeg har aldri vært på en sånn plass som dette før, jeg er ikke helt klok på hvordan dette her skal hjelpe meg som rusmisbruker, annet enn å få avstand til rus. Også prøver de å skjerme oss fra den virkelige verden da.*

Lars forteller at det er lite som foregår i miljøet, og at han kjeder seg mye. Han virker likevel å ha gode relasjoner til de ansatte ved institusjonen:

- *Det er lite aktiviteter og jeg går bare og kjeder meg hele tida, det er bare å se på PC-en, høre på musikk og gå et par turer da. Men folka her er bra. Det er liksom ikke folka, det er bare det at jeg er innesperra da.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Når det gjelder hjelp med tanke på familie og nettverk, er det to av informantene som nevner at de får bistand til dette. Maya forteller at hun har tilbud om at hennes pårørende kan inkluderes i behandlingen:

- *Så de har jo tilbudt seg å hjelpe til sånn at det skal bli lettere for meg når jeg kommer ut igjen da, så de har jo tilbudt det, at pårørende kan delta i behandlingen da.*

To av informantene forteller at de har tilbud om oppfølging av behandlere ved institusjonen etter utskrivelse. Erik forteller at han har oppfølging i seks måneder etter utskrivning:

- *Når jeg er ferdig her så har jeg jo fortsatt seks måneder ambulant da, som det heter. Oppfølging fra dem her, og mulighet til å komme hit og være her hvis det skulle være noe, ja eller hvis jeg bare vil komme på besøk eller ha en samtale og sånne ting da.*

Psykisk helse og rusproblematikk. Alle informantene forteller at de har en eller flere psykiske lidelser. De nevner rusutløste psykoser, paranoid schizofreni, personlighetsforstyrrelser, hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD), post-traumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon i tillegg til rusmiddelavhengighet. Erik forteller at han har slitt med angst og depresjoner:

- *Ja, altså jeg har jo ruset meg de siste seks årene da, mutters alene. Jeg har sittet alene liksom. Når du går og handler på butikken da, klokka ti over sju på morran eller ti på elleve om kvelden, da har du ganske angst for folk da for å si det sånn (...) Så jeg har helt klart angst og mye depresjoner og mye ja, mye innestengt da, mye alene.*

Bjørnar forteller at han i perioder har hatt et stort inntak av amfetamin og har slitt med rusutløste psykoser:

- *I slutten av tiden jeg holdt på å ruse meg før jeg skulle inn og sone dommen da, så slet jeg med en del psykoser på grunn av mye inntak av amfetamin da (...) Så begynte å plages en del med psykoser på slutten da.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

To av informantene forteller at de har PTSD. Maya har fått diagnosen, men forteller at hun er usikker på hva vanskene skyldes:

- *Altså, jeg har jo i alle fall fått diagnosen, hva er det den heter for noe? Post – traumatisk stress? (...) Jo, men den kan jo sikkert ha kommet på grunn av ting som har skjedd når jeg har rusa meg og generelt egentlig, men det er i hvert fall det jeg har fått av diagnoser etter at jeg har rusa meg da. Jeg var ikke så stressa før, folk mener i hvert fall at jeg er ganske stressa.*

Lars forteller om en lang sykdomshistorie. Han uttrykker at han har flere selvmordsforsøk bak seg:

- *Depresjon fikk jeg kanskje når jeg var ungdom da. Da begynte jeg litt med sånn selvskading og sånne selvmordsforsøk, og ja. Så selvmordsforsøk har jeg hatt ganske ofte. Ikke det siste året, men før det da.*

Når det gjelder rusbruk forteller alle informantene om blandingsmisbruk med ett eller flere rusmidler. Øystein forteller at han bruker omtrent alt av rusmidler:

- *Jeg er veldig glad i alt som er rus egentlig.*

Informantene har varierte forklaringer til hvorfor de ruser seg. Julia formidler at hun hadde store vansker etter at hun ble voldtatt for flere år siden og at det var derfor hun startet å ruse seg:

- *Før var jeg veldig interessert i trening (...) Men så gikk jeg gjennom en voldtekt, så det ødela veldig masse for meg, og det var derfor jeg startet med å ruse meg også, fordi jeg hadde det så vondt i brystet, som en klo, det føltes ut som om det var noen som stod på brystet mitt.*

Fire av informantene uttrykker at de hadde en utfordrende barndom og oppvekst. Øystein forteller at han har opplevd mye svik i løpet av livet. Rusmisbruket ble alvorlig da moren forlot familien i ungdomstiden:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Men jeg vet at når moren min reiste fra oss, for hun ble bare plutselig borte en dag, da eskalerte det, da begynte jeg å eksperimentere med mye hardere stoffer, og ja, da begynte jeg ordentlig som en rusmisbruker.*

Informantene vektlegger flere enn en årsak til at de ruser seg. Fire av informantene forteller om gleder og spenningssøking. På spørsmål om hvorfor hun har ruset seg uttrykker Maya dette:

- *Det er jo fordi man liker det da. Det er jo derfor, jeg synes det er spennende liksom og jeg bruker jo sprøyter, så bare, det er derfor jeg har brukt amfetamin i det siste også, for å sette et skudd med amfetamin og den rusen du får da, den er helt sinnsyk liksom.*

I likhet med de andre som forteller om spenningssøking, beskriver også Maya om andre effekter av rus:

- *For som sagt når jeg ruset meg på heroin da, så har jeg gjort ganske mye stygt og folk har gjort stygge ting mot meg. Så det hjalp sikkert ikke til med at jeg skulle ruse meg mindre liksom. Altså, du ruser deg bare mer for å glemme liksom.*

Psykososiale forhold. Informantene hadde mye å fortelle om relasjoner til andre personer på behandlingsstedet. Både om forholdet til personalet og til medpasienter.

Relasjoner til personalet. Alle informantene rapporterte om et godt forhold til personalet på institusjonen. Bjørnar forteller at han er fornøyd med de ansatte på institusjonen:

- *Det er jævlig bra folk her da, for å si det, som hjelper deg med det de kan da, for å få deg ut i jobb og økonomi og alt sånt.*

Maya hadde tidligere vært innlagt ved samme institusjon og forteller at det gjorde det enklere å komme tilbake:

- *Nå kan det jo hende det var litt enklere for meg å komme hit ettersom jeg kjenner halvparten av de ansatte fra jeg var her i halvannet år. Jeg kjenner dem jo veldig godt liksom. Så det var jo et gledelig gjensyn kan man si da.*

Øystein formidler at han setter pris på å få tillit av personalet ved avdelingen:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Som de sa, så er jeg vel den eneste som har fått nøkkel, for dørene er låste, sant, og jeg er vel den som har fått nøkkel fortest som har vært innlagt på tvang (...) Jeg kjenner på at jeg er veldig takknemlig for det. Det kunne ha vært veldig annerledes.*

Lars har fortalt at han har vært misfornøyd med tvangsvedtaket og at han ikke har ønsket noen behandling. Han forteller imidlertid at han likevel kommer godt overens med personalet:

- *Nei, at de er hyggelig og gjør jobben sin og det er liksom ikke deres feil at jeg er her på tvang og jeg har ikke noen grunn til å være sur på dem for det.*

Julia uttrykker at hun har mest kontakt med behandlerne sine, men at hun også går overens med de andre i personalgruppen:

- *Altså jeg har jo mest kontakt med behandlerne mine da. Men jeg synes det er veldig greie folk og alle er forskjellige og det er noen jeg liker bedre enn andre, men jeg er i hvert fall veldig fornøyd med behandlerene mine da, de er veldig forståelsesfulle og de har gitt meg veldig masse skryt (...) så det har de vært flinke på.*

Relasjoner til medpasienter. Når det gjelder forholdet til medpasienter rapporteres det om både positive og negative relasjoner. Fem av informantene gir uttrykk for at de trives sammen med de andre pasientene. Øystein forteller om tilhørighet og mestring i kontakt med medpasientene:

- *Nei, jeg føler jeg passer godt inn, jeg er veldig flink til å tilpasse meg omstendighetene og jeg har jo gått fra å være veldig sinna de to første ukene, til å være den folk kommer og spør mye og sånt, når folk lurert på ting, og ja, er utrygge på ting, som for eksempel noe så enkelt som matlaging og sånt, så kommer de til meg.*

Maya gir uttrykk for at det kan være lettere å komme i prat med andre som er i samme situasjon, noe som kan ha en normaliserende effekt:

- *De fleste som er her på paragraf 10.2 vil jo ikke være her. De har jo bare brått blitt hentet hjemme og bare:” Nå skal du inn dit,” liksom uten forvarsel. Så man kommer i*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

hvert fall i prat med folk da, på grunn av det. Så føles det jo greit at det er flere som sitter i samme situasjon, sant. Det hjelper på.

Julia trekker frem at det er godt miljø og at hun har fått positive relasjoner til medpasienter på avdelingen:

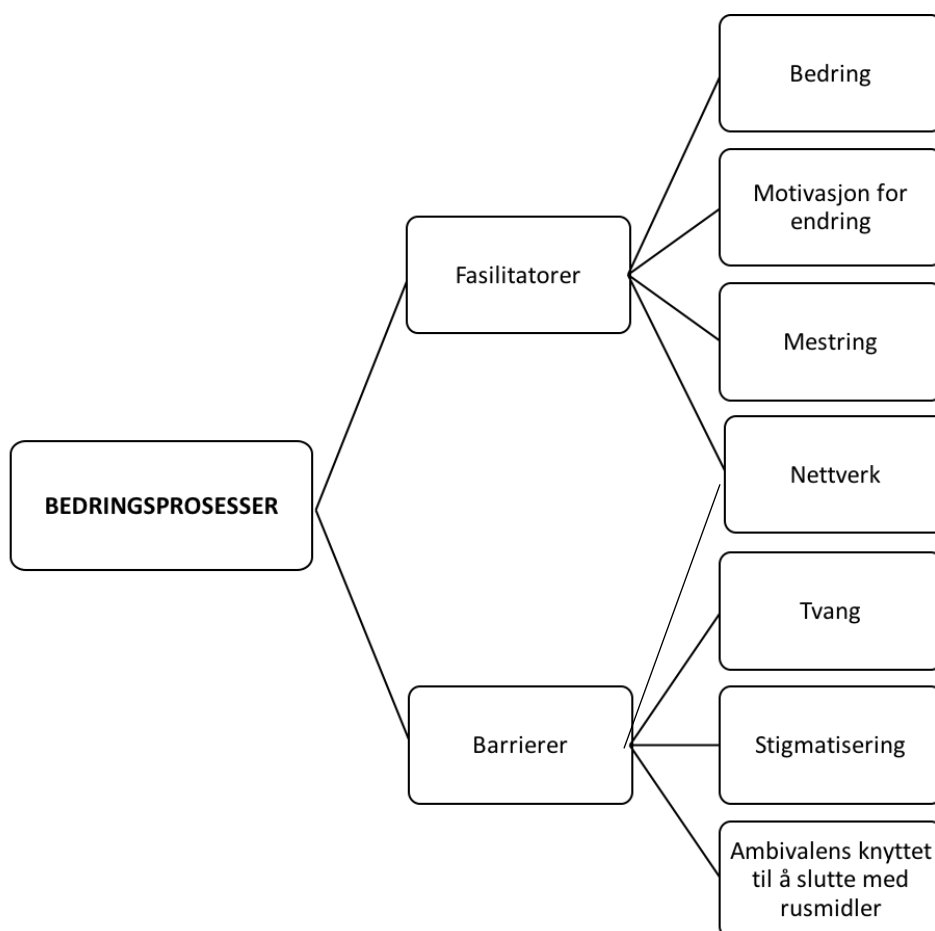
- *Godt miljø. Er ikke noe rus på avdelingen nå. For det bruker jo å være det av og til. Fått veldig god kontakt med to stykker som er her da og de gjør jo at dagen min blir lettere.*

Bjørnar gir imidlertid uttrykk for at det kan være utfordringer i miljøet. Han formidler at det kan være vanskelig å være tvunget til å være tett på andre mennesker med sine utfordringer mens man allerede arbeider med sine egne utfordringer:

- *Det som er vanskelig med å være i fellesskapet da, er at det er så mye drama tenkte jeg å si da. Det er så mye rusprat på huset og, ja. Folk baksnakker folk, jeg har ikke tid til å tenke på det der lenger. For det blir bare krøll da. Jeg er her for å prøve å bli rusfri og det går ikke hvis jeg skal legge meg opp i dramaet til andre folk da.*

Bedringsprosesser

Dette temaet beskriver faktorer som fasiliterer eller fungerer som barrierer for bedringsprosesser hos informantene. Bedringsprosesser var et gjennomgående tema i alle intervjuer. Som illustrert i Figur 4, bestod temaet av to undertema som igjen er delt inn i flere underkategorier. Informantene fortalte både om faktorer som fasiliterer bedringsprosesser, og om barrierer som hindrer dem. Undertemaet fasilitatorer består av faktorer som er forenlige med bedrings – og endringsprosesser. Informantene fortalte om bedring, om motivasjon for endring, om mestringserfaringer, og om støtte i nettverket sitt. Som vist i Figur 4 er nettverk både en fasiliterende faktor og en barriere, dette fordi noen av informantene rapporterte om støtte i veien til et bedre liv, mens andre ikke opplevde støtte, eller hadde personer i nettverket som påvirket dem negativt med tanke på rus eller psykisk helse. Undertemaet barrierer bestod av faktorer som førte til større utfordringer for informantene, som tvang (som er et eget tema, og derfor ikke gjentatt her), stigmatisering og ambivalens knyttet til å slutte med rusmidler.



Figur 4. Temaet ”Bedringsprosesser” med sine tilknyttede undertema.

Fasilitatorer. Dette temaet omhandler faktorer som bidrar til bedringsprosesser. Til tross for at de var innlagt med tvangsvedtak, fortelles det i alle intervjuer om endring eller bedring. I tillegg forteller flere av informantene om økt motivasjon, mestringsopplevelser og støtte i nettverket. I tillegg kommer bedring som følge av behandling som er omtalt under temaet behandling.

Bedring. Når det gjelder generell bedring, rapporterer alle informanter om bedring på ett eller flere plan. Selv om Maya kun hadde vært på institusjonen i litt over en uke, uttrykker hun at hun har fått det bedre:

- *Fått det bedre. Men det er mye takket være de ansatte her da. Som er veldig trivelige og ønsker at du skal, ja, gjøre det beste ut av det da.*

Tre av informantene nevner spesifikt at de har opplevd bedring av den psykiske helsen. Bjørnar sier at han har jobbet mye med angsten sin:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Psykisk helse det har jeg gjort, det er jo den angsten da. Den har jeg fått jobba jævlig mye med mens jeg er her. Så har de jo jævlig mye fokus på nettverk og sånt. Så har jo fått jobba med sosial angst og den biten akkurat der da. Så den har blitt mye bedre, ass.*

Øystein uttrykker en ambivalens knyttet til tvangsinnleggelsen og bedringen han har opplevd. Selv om han opplever noe bedring, sliter han med å være takknemlig:

- *Ja, jeg har jo blitt rusfri. Jeg har fått litt avstand til rus, og jeg har tatt noen valg når jeg har vært her som er viktige for meg og viktige for framtida mi. Så noe bra har komt ut av det, men jeg klarer ikke å være takknemlig for den tvangsinnleggelsen, det klarer jeg bare ikke.*

Tre av informantene forteller at de i løpet av innleggelsen er sosiale og i aktivitet igjen. Julia forteller at hun setter pris på trening og aktivitet, noe som gjør at hun opplever glede uten å ruse seg:

- *Det ligger jo alt på deg egentlig. Sånn som jeg kan velge å sove langt ut på dagen og drite i trening, drite i alt liksom, men det er det å: ”Sånn er det, du er på tvang, du må gjøre det beste ut av det,” og det har gitt meg så utrolig masse. Det med trening, det i helgene med fjellturer, altså å gjøre ting så du kjenner på en måte at du lever, og det går an å leve uten rus liksom, for det gjør det. Så det er på en måte håp for alle.*

Erik forteller også om sosial bedring, men vektlegger i tillegg det å klare å stå i jobb:

- *Fra å være verdens mest innestengte data-freak til å være i jobb og klare å stå i jobb og være sosial og å spille fotball igjen og det er jo som natt og dag egentlig, det er det. Alt har egentlig forandret seg.*

To av informantene rapporterer imidlertid om forverring på noen områder. Øystein har mistet tilliten til behandlerne som var delaktige i å fatte tvangsvedtaket:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Nei, jeg hadde jo DPS, også hadde jeg det som heter rusteamet i kommunen og sånt. Men det var jo de to sammen da som fikk meg inn på tvang og jeg kommer nok aldri til å bruke igjen det noen gang i livet mitt, kommer aldri til å gjøre det.*

Lars forteller som eneste informant at han har flere psykiske plager enn før han ble innlagt:

- *Mer angst, mareritt hver natt, stress, jeg får aldri slappe av, jeg er et menneske som liker å være mye alene, da. Trives veldig godt for meg sjøl, og ja... Jeg blir på en måte ikke deprimert av å være alene. Liker selyfølgelig selskap også men ikke så mye som det her da, det er jo 24/7 da. Begynner å ta innpå meg ja.*

Motivasjon for endring. Når det gjelder motivasjon for endring, oppgir alle informantene at de ønsker endring. Hvordan de ønsker endring varierer stort. Bjørnar forteller at han ønsker å bli rusfri og fortsette i arbeid for sønnens del:

- *Jeg har jo sønnen som er jævlig mye motivasjon til meg da. Hadde det ikke vært for han så vet jeg ikke om jeg hadde hatt motivasjon for å være her en gang da. Så motivasjon ligger jo mye i det akkurat.*

Erik og Julia forteller at de er lei av et liv i rus og at de opplever at de lever igjen etter at de kom inn i behandling. Erik beskriver det slik:

- *Jeg er rett og slett bare dritlei. Kjenner nå etter å ha vært i behandling (...) at jeg lever igjen da. Og jeg har to jobber og det sosiale er bra, og angsten har sluppet taket, og ja.*

Julia og Bjørnar opplever at de tar bedre valg nå enn før de ble innlagt med tvangsvedtak. Julia uttrykker at hun tar mer voksne valg enn hun gjorde før, og at hun har fått mer orden på livet sitt:

- *Jeg føler på en måte at valgene jeg tar er mer voksne enn det jeg gjorde før, for da dreit jeg i alt, men nå begynner jeg på en måte å få litt system eller orden på livet mitt og gjør ting som er rett da.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Mestring. Alle informantene forteller om mestringserfaringer i løpet av innleggelsen. De forteller om at de på ny mestrer ting de har fått til før, men også at de har nye mestringserfaringer. Julia beskriver at hun opplever mestringfølelsen på nytt:

- *Jo, jeg har jo gjort veldig masse før jeg begynte å ruse meg. Men det å på en måte kjenne på den mestringfølelsen igjen da, det er veldig godt, selv om jeg vet at jeg har gjort veldig masse før, så er det godt å føle det igjen.*

Bjørnar forteller at han opplever å mestre å stå i jobb, noe han har slitt med tidligere:

- *Det er det å greie å holde seg i jobb da som jeg har gjort. Det er sjelden at jeg klarer å stå på så mye som jeg gjør nå da. Så det er mestring i seg selv da, tenkte jeg å si.*

Erik vektlegger også viktigheten av å være sosial og å stå i jobb, noe han har mestret bedre i løpet av oppholdet:

- *Så jeg kan jo si det at når jeg kom så var jeg jo ikke så veldig glad i mennesker eller sosiale aktiviteter eller i det hele tatt å snakke i grupper. Så ja, det var en lang vei å gå da egentlig, nå er det jo helt annerledes, nå sier jeg gjerne ja til å bli med på ting og ja. Jeg er i jobb, det og gir en sånn sosial mestring da, for jeg trodde jo ikke at det skulle gå så fort da.*

Maya formidler at hun vet hva hun skal gjøre for å bli rusfri og at personalet hjelper henne for å oppnå det:

- *Så jeg vet hva jeg må gjøre og de hjelper meg her da, liksom, og de sier at jeg er jo her egentlig for min egen del, så jeg burde jo bare gjøre det beste ut av det, så det skal jeg gjøre. Jeg skal komme ut som en ti ganger sterkere kvinne, liksom.*

Nettverk. Informantene nevner nettverk både som en fasilitator for bedringsprosesser, men også som en barriere. Fem av informantene nevner at de har personer i familien eller nettverket sitt som satte pris på at de var tvangsinnlagt. Erik forteller at han får fått tilbake kontakt med familie og gamle venner:

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- *Nå er det ikke mange dagene siden jeg hadde en barndomskompis fra barne-og ungdomskolen på besøk da, og han sier det jo han og, at det var veldig godt å se meg og ser stor forandring og ja. Er ikke den syltynne amfetaminflisa som driver å springer og lusker rundt om natta lenger (...) Så familie har jeg jo enda mer kontakt med nå. Det er jo bra i seg selv, skulle jeg til å si, de er jo villige til å hjelpe til med diverse, og ja, førerkort og sånne ting da.*

Øystein forteller imidlertid som eneste informant at han har valgt å holde familien sin på avstand på grunn av rusproblemene sine:

- *Sånn jeg har vært i veldig mange kamper med meg sjøl da, om jeg skal ta opp kontakt igjen, om jeg skal nærme meg liksom familie og sånt. Men jeg lander liksom på det samme hele tida at jeg skal ha de ute i periferien da. Familie for meg det er ikke, for meg er liksom ikke blod tykkere enn vann.*

Informantene forteller også om personer i nettverket som gjør det vanskelig å slutte med rus. To av informantene forteller at de er i et parforhold der partneren er en negativ påvirkning med tanke på rus. Maya uttrykker at hennes familie har ønsket en tvangsinnleggelse både for å hjelpe henne med rusproblemer, men også for at hun skal få avstand til samboeren sin:

- *Altså de har jo vært bekymra for meg på grunn av det forholdet jeg har vært i også. Og jeg vet at de har vært med på å få lagt meg inn her da, blant annet komme meg bort fra kanskje samboeren og bli rusfri da.*

Lars nevner også om utfordringer med nettverket. Han sier at han ikke har noe ønske om å slutte med hasj, fordi det hjelper han mye i hverdagen. Han tror også at det kan bli vanskelig å slutte med alkohol fordi det er så mange rundt ham som drikker:

- *Nei, hasjen for eksempel, den hjelper meg med så mye da. Som at jeg får til å fungere da. Og alkoholen det blir vanskelig for det er så mange som drikker rundt meg, både venner og familie og sånn da, at det blir rart at det er eneste jeg som ikke drikker.*

Barrierer. Under første tema, opplevelse av tvang, nevnes flere punkter som kan komme i veien for bedringsprosesser, spesielt i forbindelse med mangel på selvbestemmelse. Høyst

”DU MÅ BLI MED OSS.”

relevant er opplevelsen av trass og forsterket motstand, som skyldes at andre har bestemt hva de skal gjøre. To informanter rapporterer at de som en konsekvens av det opplever å få lyst til å gjøre det motsatte av det de blir pålagt. Informantenes nettverk kan som nevnt ovenfor også være en hindring, selv om flere av deltakerne nevner familie og venner som en støtte. Av andre faktorer som kan virke negativt på bedringsprosesser nevnes i dette avsnittet stigmatisering og ambivalens knyttet til å slutte med rusmidler.

Stigmatisering. Tre av informantene forteller at de ikke opplever det som stigmatiserende å være innlagt med tvangsvedtak. Julia beskriver det slik:

- *Nei, jeg har aldri hatt noe problem med å være ærlig om sånne ting altså. Jeg vet at jeg har et rusproblem, ferdig liksom. Jeg driter i hva andre sier om det. Men det er jo andre som er veldig sånn at de ikke takler at folk vet om det.*

Øystein uttrykker imidlertid at han ikke har lyst til at andre skal vite at han har vært innlagt med tvangsvedtak:

- *For jeg føler at det er jævlig vanskelig å leve med det at jeg har vært tvangsinnlagt, det ønsker jeg så jævlig å få bort fra mine papirer. Bare det å tenke på at når andre leser det at bare: ”Jøss, har han vært så syk at han har trengt å dra inn på tvang?” Så syk har jeg ikke vært og så syk var jeg heller ikke når det skjedde.*

Erik forteller at han ikke liker å bli sett sammen med enkelte av de andre pasientene ved institusjonen:

- *På diverse utflukter så kjenner jeg litt på det, når vi kjører stor bil til butikken så kjenner jeg det at nå vil jeg egentlig gå for meg selv eller med dem jeg velger selv da, bare sånn litt unna enkelte da, det vil jeg jo.*

Ambivalens knyttet til å slutte med rusmidler. Alle informantene forteller at de ønsker å endre rusbruken sin på en eller annen måte. To av informantene formidler et ønske om å bli helt rusfri. Erik uttrykker det på denne måten:

- *Ja, har et sterkt ønske om å bli rusfri. Jeg er rett og slett bare dritlei.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Maya ytrer at hun også ønsker å bli rusfri. Hun har siden forrige innleggelse hatt en lang periode i rusfrihet, men hun startet å ruse seg igjen etter at hun kom inn i et voldelig parforhold:

- *Ja, altså jeg var jo rusfri, den eneste grunnen til at jeg har rusa meg nå er fordi jeg har vært i et voldelig forhold (...) Med en svært sjalu person som også blir veldig veldig sint liksom. Så jeg trodde jo ikke selv at jeg skulle begynne å ruse meg igjen, for jeg var jo som sagt på veldig god vei da. Så ja, jeg har et ønske om å bli rusfri.*

Fire av informantene forteller imidlertid at de har store vansker med å se for seg å være rusfri, eller at de ikke ønsker å slutte med alle rusmidler. Lars meddeler at han ikke ønsker å slutte med hasj og alkohol:

- *Jeg mener sjøl at jeg kan godt og enkelt slutte på alt annet enn hasj og alkohol da. Det er ikke noe problem for meg for amfetamin er på en måte det som er mest anna enn alkohol og hasj da. Som jeg vil kutte ut og det blir jeg jo skitdårlig på da. Så det er jo lett da. Jeg er jo ikke avhengig av det.*

Julia formidler at hun ikke ønsker å slutte med alkohol, selv om hun sier at det er lettere å bruke andre stoffer etter at man drikker:

- *Men sånn alkohol, det kommer jeg ikke til å holde meg unna. Det har jeg ikke hatt et problem med heller. Men det som er veldig ofte da, det er at hvis du drikker alkohol, så er det lettere å gå til andre ting også. Men jeg føler at jeg har blitt veldig sterk da, så jeg klarer det jeg vil klare. Vil man ruse seg, så ruser man seg. Det er liksom et valg man må ta.*

Bjørnar uttrykker at han ikke har bestemt seg for om han ønsker å slutte med hasj:

- *Ja, det er jo der jeg sitter og vipper ennå, for at hasj har hjulpet meg mye i livet da, på grunn av ADHD, å få til å stresse ned og bare, godt å røyke seg en for å slappe av og ikke ha så mye kaos i hodet da.*

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke den psykologiske oppfattelsen av tvangsvedtak hos inneliggende pasienter i TSB. Basert på en tematisk analyse ble følgende tema identifisert: 1) Tvang, 2) Behandling, og 3) Bedringsprosesser. Resultatene viste at informantene hovedsakelig opplevde psykologiske konsekvenser av tvang i form av emosjonelt ubehag og opplevelse av å bli kontrollert. Flere reagerte på at de ikke var inkludert i beslutningsprosessen før tvangsinnleggelsen, og flere mente at de var mangelfullt informert når de ble hentet til institusjonen. I tillegg reagerte flere negativt på at de ble hentet til institusjonen med uniformert politi og NAV-kontakt. Informantene rapporterte om en viss selvbestemmelse under strenge rammer, men noen følte seg umyndiggjort. Når det gjelder den psykiske helsen fortalte samtlige informanter om alvorlige psykiske lidelser i tillegg til rusmiddelavhengighet. Informantene mottok en rekke oppfølgings – og behandlingstilbud, som et flertall virket å være fornøyd med. Selv om informantene var innlagt med tvangsvedtak rapporterte likevel alle om et godt forhold til personalet ved institusjonen. I tillegg fortalte alle utenom en informant om gode relasjoner til medpasienter. Når det gjelder bedringsprosesser fortalte informantene at de opplevde bedring på flere områder, i form av mestring, motivasjon for endring, bedring og støtte i nettverket. Likevel fortalte informantene om barrierer som kom i veien for bedring, som tvang, stigmatisering, ambivalens til å slutte med rusmidler og personer i nettverket som var negative påvirkninger med tanke på rus.

Oppfattelse av tvang

Informantene fortalte i hovedsak om psykologiske oppfattelser av tvang. Flere fortalte om et emosjonelt ubehag i form av sinne, tristhet og oppfattelse av hjelpeløshet. I tillegg rapporterte flere om å bli kontrollert i form av overvåkning og det å bli nektet frihet til å gjøre det de ønsket. Ingen av informantene rapporterte å bli utsatt for fysisk tilbakeholdelse eller tvangsbehandling, som f.eks. medisiner. I tillegg beskrives opplevelsen av tvangsvedtaket i sterke ordelag. Blant annet beskriver Øystein det som et overgrep. Flere av informantene reagerte på akkumulerte negative hendelser, i form av å få avslag på forespørsler og å bli nektet ting som f.eks. utgang fra institusjonen uten følge av personal, utgang når de selv ønsker å gå ut eller at informantene ikke fikk lov til å inneha bestemte produkter som energidrikker eller smertestillende medisiner. Disse funnene understøttes av en studie av Nytingnes et al. (2016) hvor pasientene beskrev tvangsvedtak som noe ydmykende, undertrykkende og totalitært. En interessant forskjell mellom de to studiene gjelder typen tvang de har opplevd. I den

”DU MÅ BLI MED OSS.”

foreliggende studien fortalte informantene i hovedsak om psykologiske opplevelser av tvang, mens de i Nytingnes et al. (2016) sin studie opplevde mer tvangsbehandling, som f.eks. tvangsmedisinering. Dette kan imidlertid skyldes forskjeller mellom HOTL og psykisk helsevernloven. Tvangsvedtak i henhold til HOTL hjemler tilbakeholdelse, ikke tvangsbehandling. Det vil si at man ikke har myndighet til å tvangsmedisinere eller å bruke mekaniske tvangsmidler (Kristensen, Opsal & Clausen, 2018; Lossius, 2016).

Ifølge Opsal et al. (2016) har det vært vanlig å tenke at pasienter som er innlagt uten et lovmessig mandat er der helt frivillig, mens pasienter med et tvangsvedtak er fullstendig tvunget og er der helt mot sin vilje. Informantene i den foreliggende studien rapporterte i hovedsak om at den oppfattede tvangen kom fra eksterne aktører. Den opplevde tvangsbruken ble rapportert i form av å bli hentet med makt av politiet og opplevelse av kontroll og manglende autonomi på institusjonen. Det er få beskrivelser av internt press for å være i behandling. Dette understøttes av funnene til Opsal et al. (2016) som sammenlignet oppfattelse av tvang hos pasienter som var tvangsinnlagt med pasienter som var frivillig innlagt i TSB. De fant at de frivillig innlagte rapporterte om mest tvang fra interne kilder (bekymring med tanke på egen helsetilstand, økonomi, sosiale relasjoner), mens de tvangsinnlagte fortalte om høyere opplevd tvang fra eksterne kilder. Lignende funn rapporteres også i studien av Iversen et al. (2002), der både tvangsinnlagte og frivillig innlagte fortalte om opplevd tvang under innleggelse. Selv om den foreliggende studien ikke har sammenlignet pasienter som er frivillig innlagt med pasienter som er tvangsinnlagt, viste det seg likevel at to av informantene ikke opplevde tvangsbruk og i det hele tatt var usikre på om de var innlagt med tvangsvedtak (Erik og Bjørnar).

Det empiriske materialet peker mot at prosessen fram til innleggelsen har vært en vond opplevelse for flere av informantene, der flere av informantene forteller at de ikke opplever å ha fått mulighet til å diskutere en innleggelse eller alternative hjelpetilbud. Et annet funn er at flere av informantene oppfattet det som belastende at det i fylkesnemnd-saken ble samlet mange negative opplysninger, fra både hjelpeapparatet og andre, uten at informantene fikk sagt sin mening om det. Et eksempel på dette er Maya som forteller at mange av opplysningene i fylkesnemnda kom fra kjæresten hennes, og at disse opplysningene var basert på løgner. Fire av deltakerne i denne studien reagerte svært negativt på måten de ble hentet med makt til institusjonen, der NAV-konsulent ofte ble fulgt av uniformert politi og ambulanse. Disse funnene understøttes av Lundeberg og Mjåland (2010) sin kvalitative studie, hvor det ble påpekt at negative karakteristikk fra fylkesnemnda i flere tilfeller fulgte pasientene gjennom behandlingsforløpet. Flere av informantene i deres studie reagerte også sterkt på å bli hentet av uniformert politi. Forskerne intervjuet pasienter en periode etter innleggelse med tvangsvedtak,

”DU MÅ BLI MED OSS.”

mens informantene i den foreliggende studien er intervjuet under innleggelse. Dette kan indikere at opplevelsene til pasientene under innleggelse og etter innleggelse har flere likheter.

Autonomi. Når det gjelder opplevelsen av autonomi, fortalte flere av informantene at de følte seg umyndiggjort og ikke opplevde å bli tatt på alvor som voksne individer. I tillegg reagerte mange på reguleringer bestemt av andre og reguleringer i miljøet, noe som kompliserte opprettholdelse av egen selvbestemmelse. Ifølge Hoffmann (2002) er pasientautonomi et av de mest fremtredende etiske prinsipper for moderne helsehjelp. Det at andre personer har gjort et vedtak og bestemt at en person skal føres til en institusjon og må oppholde seg der en bestemt tid, kan være vanskelig å forene med individets rett til å ta egne valg basert på egne vurderinger. Imidlertid kan det argumenteres for at tvungen helsehjelp kan rettferdiggjøres dersom det er et gode for samfunnet, for eksempel å beskytte fosteret fra skader forårsaket av morens rusavhengighet, eller å hjelpe noen som ikke har mulighet til å ta vare på seg selv (Caplan, 2006).

Flere av informantene fortalte også om et strengt regime i starten, med sterk ekstern regulering, men at det gradvis ble åpnet opp for at de selv skulle kunne bestemme og ta egne valg. Caplan (2006) fremmet også et perspektiv som kan være relevant når det gjelder tvungen hjelp for rusmiddelavhengige: Personer som er avhengige av rusmidler kan ha manglende kapasitet til å ta selvbestemte eller autonome valg for seg selv, fordi avhengigheten bokstavelig talt tvinger dem til å oppføre seg på en bestemt måte. Hvis dette er tilfelle er det mulig å rettferdiggjøre tvungen tilbakeholdelse i institusjon for bestemte perioder, slik at man kan gjenopprette individets kapasitet for autonomi. I den foreliggende studien fortalte flere informanter at en av de positive opplevelsene de har hatt i løpet av innleggelsen var at de har hatt mulighet til å ta gode valg for seg selv med tanke på fremtiden. Dette gjaldt utdanning, arbeid, forhold til familie og nettverk for å nevne noe.

I henhold til selvbestemmelsesteorien kan motivasjon fasiliteres dersom man i den sosiale konteksten støtter opp under klientenes behov for autonomi ved å ta deres perspektiv, minimere ekstern kontroll, og tilby muligheter for å ta egne valg (Ryan & Deci, 2000). Det finnes imidlertid flere eksterne kilder til press om å oppsøke behandling i tillegg til rettsvesenet, slik som familie og sosialt nettverk eller arbeidsgiver (Wild et al., 2006). Informantene i den foreliggende studien forteller om eksternt press fra offentlige instanser, men flere fortalte også at familie og personer i nettverket ønsket en tvangsinnleggelse. Likevel vil ikke eksternt press til å oppsøke behandling nødvendigvis bety at pasienter ikke er motivert for behandling. Wild et al. (2006) fant at engasjement i egen behandling var avhengig av oppfattelsen om de identifiserte seg med målene for behandlingen og om de hadde gjort et personlig valg om å

”DU MÅ BLI MED OSS.”

delta. Dette kan være en del av forklaringen til at informantene i den foreliggende studien hadde et godt forhold til personalet ved institusjonen og fortalte om flere bedringsprosesser selv om de var tvunget til innleggelse av eksterne aktører. En alternativ forklaring kan være at informantene har gjenfunnet kontroll og selvbestemmelse over seg selv etter avrusning og avstand til rus ved institusjonen (Caplan, 2006; Hoffmann, 2002).

Behandling

Alle pasienter utenom en rapporterte at de mottok behandlingstilbud ved institusjonen de var innlagt ved. Tilbudene varierte fra miljøterapi til psykologisk og medisinsk behandling. Selv om et flertall i utgangspunktet var kritiske til tvangsvedtaket, rapporterte likevel alle om positive konsekvenser og bedring på ett eller flere områder etter at de ble innlagt. Flere av informantene fortalte at manglende påvirkning og negative forhold før og under innleggelse hadde gått ut over tilliten til behandlingsapparatet. Et relativt overraskende funn var derfor at selv om informantene var innlagt mot sin vilje, rapporterte samtlige å ha et godt forhold til personalet og behandlere ved institusjonen. Dette kan tyde på at personalgruppen ved institusjonene til tross for tvungen tilbakeholdelse av informantene, klarte å danne en terapeutisk allianse og tillit. Dette kan ha flere årsaker, men en forklaring kan være god kompetanse hos institusjonene som tar i mot pasientene med tvangsvedtak. Mjåland og Lundeberg (2010) hadde lignende funn i sin studie. Forskerne hevdet der at institusjonsoppholdets kvalitet var av stor betydning for å minske de negative opplevelsene av tvang.

Et annet psykososialt aspekt ved innleggelse gjelder forholdet til medpasienter. Samtlige informanter med unntak av en fortalte at de hadde et godt forhold til medpasienter. Både forholdet til personalet og til medpasienter kan være viktig for hvordan pasienter oppfatter behandlingen. I en studie av Nordfjærn, Rundmo og Hole (2010) fant de at for pasienter innlagt i TSB var både terapeutisk allianse med behandlere og gjensidig påvirkning med medpasienter viktige for hvordan de oppfattet behandlingen. Dette kan tyde på at også relasjonen som dannes mellom pasientene er viktig for bedring, og ikke kun den terapeutiske alliansen med behandlere.

Oppfølging. Alle informantene i studien mottok kommunale oppfølgingstjenester. Flere av informantene rapporterte at de var fornøyde med oppfølgingstilbudet og samarbeid mellom etatene. Kritikken mot oppfølgingsapparat var stort sett forankret i at de bidro med opplysninger som medvirket til at tvangsvedtaket ble fattet i fylkesnemnda for barnevern - og sosiale saker. Pasareanu et al. (2017) viste at pasienter som var frivillig innlagt rapporterte om mindre psykiske vansker ved oppfølging 6 måneder etter innleggelse, mens

”DU MÅ BLI MED OSS.”

gruppen som var tvangsinnlagt hadde tilbakefall til nivået de rapporterte om ved innleggelse. Dette kan tyde på at de som er tvangsinnlagt kan ha behov for bedre ettervern og oppfølgingstilbud. Oppfølging av personer som har vært innlagt med tvangsvedtak kan vise seg å ha gunstige effekter. I en svensk randomisert kontrollert studie av Larsson Lindahl, Berglund og Tønnesen (2012) vurderte de effekten av oppfølgingstiltak etter tvangsinnleggelse for rusmiddelavhengighet. De fant at pasienter i oppfølgingsgruppen var rusfri i større grad enn kontrollgruppen, men at de brukte hjelpetilbud i like stor grad. En annen studie viste at misnøye med oppfølgingsprogram, behandlere og sosiale tjenester kan være viktige årsaker til at rusmiddelavhengige brukere faller fra før behandlingen er fullført (Laudet, Stanick & Sands, 2009). Med andre ord kan det være viktig med gode oppfølgingstjenester for denne pasientgruppens helse og livskvalitet. Det at flere av informantene fortalte at de var fornøyde med sitt oppfølgingstilbud, og at alle benyttet seg av ett eller flere tilbud, kan indikere at tjenestene de mottok var av god kvalitet.

Psykisk helse og rus. Alle utenom en informant hadde tidligere vært innlagt i TSB eller psykisk helsevern. Det er fra tidligere kjent at det er høy komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser (Hole, 2014; Lossius, 2016; Opsal et al., 2011). Et interessant funn i analysen gjaldt den psykiske helsen til informantene. Selv om de var innlagt i TSB, rapporterte alle informanter om alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, rusutløste psykoser, AD/HD, PTSD, ulike angstlidelser, og depresjon. Et annet funn er at samtlige av informantene i den foreliggende studien rapporterte om misbruk av to eller flere rusmidler. Informantene fortalte først og fremst om problemer med illegale rusmidler, og ingen fortalte at alkohol var et rusmiddel de hadde vansker med. Lignende funn ble også rapportert i studien til Opsal et al. (2011). Forskerne fant at 33.2% av den totale pasientpopulasjonen i akuttpsykiatrien misbrakte alkohol eller illegale rusmidler før innleggelse. I tillegg fant forskerne at pasienter som var innlagt med tvangsvedtak i akuttpsykiatrien oftere var avhengig av flere rusmidler samtidig, og i større grad misbrakte illegale rusmidler. De fant også at blant pasientene med rusavhengighet som var innlagt frivillig i større grad misbrakte alkohol. Samlet kan det dermed fremstå som at flere av pasientene som innlegges i TSB og psykisk helsevern kan ha lignende problematikk, med både alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet.

Bedringsprosesser

Bedringsprosesser var et gjennomgående tema i alle intervjuer. Informantene fortalte om bedring, motivasjon for endring, mestringserfaring og støtte i nettverket som fasilitatorer for bedring. Informantene opplevde at de hadde oppnådd forbedringer på flere områder, som

”DU MÅ BLI MED OSS.”

f.eks. mottok alle utenom en behandling ved institusjonen, ulike typer oppfølging, arbeidsbistand, og hjelp til samarbeid med det sosiale nettverket. Det var store forskjeller når det gjaldt hvilken type bedring informantene rapporterte om. Noen opplevde bedring på mange områder, mens en informant bare nevnte ett. Eksempler på dette var Julia, som rapporterte om økt livskvalitet og mindre psykiske plager etter at hun fikk behandling med medisiner, Erik som rapporterte om mindre sosial angst og økt deltakelse i samfunnet i form av arbeid og gjenopptatt kontakt med familie og venner, Øystein som fortalte at han hadde tatt flere gode valg for fremtiden sin, samt Bjørnar som hadde fått seg leilighet og fast jobb. I motsetning til dette var det en informant som ikke rapporterte om noen form for bedring, men heller om en forverring av psykiske plager (Lars). Studien utfyller annen nyere norsk forskning på tvangsvedtak innenfor TSB, der man har sett at livskvaliteten kan bedres (Pasareanu et al., 2015), rusbruk kan reduseres (Pasareanu et al., 2016), samt en forbedring av psykiske plager ved utskrivelse, men ikke ved oppfølging 6 måneder etter (Pasareanu et al., 2017).

På den andre siden fortalte også informantene om faktorer som kom i veien for bedring. Som barrierer nevnte informantene negative påvirkninger i nettverket, tvang, stigmatisering og ambivalens til å slutte med rusmidler. Ifølge Slade et al. (2014) jobber tvangsvedtak mot flere av målene i en bedringsprosess. Dette kan være å gjenskape et meningsfylt liv – en prosess som er basert på selvbestemmelse og respekt for individet som en borger i samfunnet. Et spørsmål er dermed om tvangsvedtak kommer i veien for bedringsprosesser, eller om bedringsprosesser kan forekomme samtidig med de negative følgene av et tvangsvedtak. Et interessant funn i analysen var at selv om flere av informantene opplevde tvangsvedtaket som noe negativt og opplevde flere barrierer mot bedring, likevel rapporterte om bedring på ulike områder. Intervjuet med Øystein belyste denne diskrepansen, da han fremstod som svært misfornøyd med tvangsvedtaket, men likevel fortalte om bedring på flere områder, gode relasjoner til andre på institusjonen, samt at han hadde tatt flere gode valg for seg selv under innleggelsen. Dette understøttes av den kvalitative studien til Lundeborg og Mjåland (2010), der de beskrev at tvangsvedtak kan være et konstruktivt brudd i ruskarrieren, men samtidig skape mistillit og ødelegge behandlingsallianser. Samlet kan funnene tyde på at bedringsprosesser kan være mulig selv om en person blir innlagt med tvangsvedtak.

Styrker og begrensninger i studien

Styrkene til denne studien er at det er den første norske kvalitative studien som vurderer psykologisk oppfattelse av tvangsvedtak hos inneliggende pasienter i TSB. På grunn av dette har studien hatt et utforskende design, noe som kan bidra til å danne ny teori og kan bidra til å

”DU MÅ BLI MED OSS.”

legge grunnlaget for videre forskning. En styrke med den valgte tilnærmingen er at analysene får frem detaljert informasjon på individnivå uten å identifisere aktuelle personer, noe som kan bidra til ny og uventet innsikt som supplerer kunnskapen på gruppenivå etablert i kvantitative studier. En annen styrke er at studien tar i betraktning informantenes subjektive erfaringer og at den bidrar med rikholdige beskrivelser av komplekse fenomener. Slike beskrivelser kan være nyttige for klinikere, som ofte møter problemstillinger som er mer komplekse enn de som omhandles i forskningslitteraturen.

Samtidig har studien flere begrensninger. Ved å kun benytte seg av én analysetilnærming risikerer man å gå glipp av ulike perspektiver ved intervjuene. Det kunne ha vært fordelaktig å triangulere analysetilnærminger, ved for eksempel å bruke diskursanalyse eller fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) på et eller flere av intervjuene, for å undersøke om dette ville tilført nye perspektiver. En annen begrensning er at siden det har vært benyttet et strategisk utvalg av kun seks pasienter, er det vanskelig å vite om funnene er overførbare til andre inneliggende pasienter med tvangsvedtak i TSB. Imidlertid var ikke generalisering til populasjonen av pasienter med tvangsvedtak en del av formålet med studien, men å oppnå en dypere forståelse av hvordan informantene oppfattet psykologiske faktorer knyttet til tvangsvedtaket. En annen svakhet med studien er at bedringsprosesser kun er vurdert på kort sikt og under strenge ytre rammer i en døgninstitusjon. Dette er en setting som er svært ulik en hverdag uten tett oppfølging og behandling. Det er derfor ingen forutsetninger for å si noe om bedringsprosessene vedlikeholdes når informantene drar fra institusjonen etter tvangsvedtaket. En annen mulig svakhet er at det kun ble intervjuet inneliggende pasienter. Dermed mangler perspektivene fra de som har fullført behandlingen, samt de pasientene som har droppet ut før de har fullført. For fremtidig forskning kan det være gunstig å inkludere begge disse gruppene i tillegg for å få frem bredere perspektiver.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Konklusjon

Denne studien har undersøkt flere aspekter ved den psykologiske oppfattelsen til inneliggende pasienter med tvangsvedtak i TSB. Over halvparten av informantene (fire av seks) fortalte at de opplevde tvangsbruk. De fortalte hovedsakelig om psykologiske opplevelser (emosjonelt ubehag, og opplevelse av å bli kontrollert) av tvang. Prosessen fram mot innleggelse virker også å ha vært belastende for flere av informantene (fire av seks). Spesifikt gjelder det at de opplever å ikke ha blitt hørt når vedtaket blir iverksatt, at det har blitt samlet uriktige og negative opplysninger om dem i fylkesnemnd-sakene, og at flere har blitt hentet til institusjonen med uniformert politi og ambulanse. Når det gjelder autonomi fortalte flere av pasientene at de opplevde en viss selvbestemmelse, men hadde strenge rammer ved institusjonen (fem av seks). I tillegg fortalte tre av informantene at de opplevde å mangle myndighet over seg selv. Et relativt overraskende funn var at samtlige informanter rapporterte om et godt forhold til de ansatte ved institusjonen, selv om de oppholdt seg der med tvangsvedtak. Alle informantene fortalte at de slet med alvorlige psykiske lidelser i tillegg til rusavhengighet. De fortalte også om flere typer oppfølgingstjenester utenom institusjonen som flere var fornøyde med. Alle utenom en mottok psykologisk eller medisinsk behandling ved institusjonen. Endring av rusbruk virker å være bare ett av flere domener hvor det er muligheter for bedring for disse informantene. Det kan virke som at det ikke er en motsetning mellom tvangsvedtak og bedringsprosesser.

Implikasjoner av funnene

Denne og flere andre norske studier har vist at det er høy komorbiditet mellom rusproblematikk og psykiske lidelser. For at psykologer og andre fagpersoner skal kunne hjelpe personer med kombinerte rus- og psykiatriproblemer som blir innlagt med tvangsvedtak, er det viktig å forstå hvordan en slik innleggelse oppfattes fra deres perspektiv. Opsal et al. (2016) vektla viktigheten av at terapeuter forstår opplevelsen av tvangsvedtak for å kunne planlegge behandling og følge med på fremgangen til pasienten. Funnene fra den foreliggende studien tilføyer kvalitative aspekter til dette feltet og presenterer perspektivene til de som opplever å bli tilbakeholdt i institusjon med tvangsvedtak. Dette kan benyttes i klinisk praksis. Et konkret eksempel på tiltak rettet mot TSB kan være at en må ha personell med kompetanse på psykiske lidelser i enhetene som tar imot pasienter med tvangsvedtak. Et annet forslag kan være å fokusere på andre livsområder der pasientene kan oppnå bedring, selv om tvangsvedtaket medfører negative konsekvenser for andre livsområder.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Funnene fra studien kan også være med på å sikre at offentlige beslutningstakere har et teoretisk grunnlag å basere sine avgjørelser på, noe som er viktig siden tvangsvedtak har store konsekvenser for individene som blir utsatt for det. Et eksempel på en tilpasning man kunne testet ut i fremtiden basert på funn fra denne studien, gjelder hvordan denne pasientgruppen blir hentet til institusjonen. Et flertall opplevde det å bli hentet av uniformert politi som en stor påkjenning. I fremtidige studier kan man vurdere ulike tilnærminger for å hente pasientene med tvangsvedtak til institusjonen, for å undersøke om man kan gjøre det på en mer skånsom måte for pasientene.

En annen tilpasning som er relevant for behandlere og beslutningstakere gjelder en forbedring av kommunikasjon før innleggelse, da flere informanter ikke mener at de har fått nødvendig informasjon eller mulighet til å si sin mening før innleggelse. Et funn fra studien til Wild et al. (2006) var at pasienter som var mer engasjert i sin egen behandling oppfattet mindre tvang. Ved å forbedre kommunikasjonen for å forsøke å gjøre innleggelsen til klientenes eget valg, kan det tenkes å øke motivasjonen for egen behandling. Også i henhold til SDT kan motivasjon fasiliteres dersom man i den sosiale konteksten støtter opp under klientenes behov og tilbyr muligheter for å ta egne valg (Ryan & Deci, 2000).

Resultatene kan være et bidrag til forskningsgrunnlaget på dette området. Tvangsvedtak representerer komplekse saker hvor flere livsområder hos personene påvirkes, tiltaket varer over lang tid og mange ulike fagpersoner er involvert. For å studere slike komplekse fenomener kan metodetriangulering være et redskap for å studere flere ulike sider av sakene. Triangulering kan innebære både å bruke ulike forskningsmetoder, men også forskjellige datakilder og flere forskere med varierte teoretiske bakgrunner (Røykenes, 2009). Et eksempel kan være mixed methods, der man integrerer kvalitative og kvantitative data. Dette kan gi en mer komplett forståelse av temaet man studerer (Andersen, 2018). Funnene fra denne studien kan senere utforskes med et større og mer representativt utvalg og med kvantitative metoder for å finne mer statistiske generaliserbare resultater for denne gruppen. I tillegg kan noen av funnene peke på hvilke komponenter som kan være viktige å operasjonalisere og utvikle mål på i et spørreskjema som er velegnet for målgruppen. Videre kan det for fremtidig forskning være gunstig å inkludere flere grupper, for eksempel pasienter som har fullført innleggelse etter tvangsvedtak og pasienter som har droppet ut eller på andre måter ikke har fått fullført oppholdet. Ved å inkludere disse gruppene kan man i større grad kartlegge hva som skjer når pasientene forlater institusjonene. Kunnskap om ulike forhold under og etter innleggelse kan brukes for å i fremtiden kunne fremme bedringsprosesser hos denne pasientgruppen og bidra til mer koordinerte tjenester.

Referanser

- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660.
<https://doi.org/10.1177/0269881115581980>
- Andersen, J. (2018). “Mixed methods”- design i helseforskning. *Sykepleien*.
DOI:[10.4220/Sykepleiens.2017.64738](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738)
- Andreas, J. B., Lauritzen, G., & Nordfjærn, T. (2015). Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 48, 71-78.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.001>
- Bramnes, J. G., & Madah-Amiri, D. (2017). Bruk av rusmidler på ulike måter–ulik risiko. Oslo: Senter for rus -og avhengighetsforskning. Hentet 15/11-2018 fra
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/notat---bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser - en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet 1/11-2018 fra
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2005). *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling, 2.utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 31(2), 117-120.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.009>

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I Smith, J.A. (Red). *Qualitative Psychology*. (3.utg, s.222-249). London: Sage Publications.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61138-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0)
- Engerdahl, I. S., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2016). Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(2), 102-10. Hentet 20/10-2018 fra:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=457512&a=3
- Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Fed. Probation*, 62, 3.
- Furuli, J., & Eilertsen, S. (2001). “Har tvang effekt?” I *Rus & avhengighet*. 5.2001. S. 26-29. Hentet 15/10-2018 fra: https://www.idunn.no/file/ci/2824922/Har_tvang_effekt.pdf
- Gerdner, A., & Berglund, M. (2009). *Översikt om tvångsvård vid missbruk–effekt och kvalitet*. Socialdepartementet. Hentet 1/10-2018 fra:
https://www.researchgate.net/publication/279685974_Oversikt_om_tvangsvard_vid_missbruk_-_effekt_och_kvalitet
- Hansen, F., & Svenkerud, S. (2006). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST §6-2a i perioden 1996-2005*. Skien: Borgestadklinikken.
- Helsedirektoratet. (2016). *Tvang overfor personer med rusmiddelproblemer*. Hentet 15/1-2018, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-tvangstiltak-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2011). *Helse - og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige*. Hentet 30/01.-2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_10#§10-7

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Helsedirektoratet. (2017). *Alkohol – lokalt folkehelsearbeid. Veivisere i lokale folkehelseiltak*. Hentet 12/11-2018 fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/alkohol-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>

Helse - og omsorgsdepartementet. (2015) *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Hentet 16/10-2018 fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Hoffmann, B. (2002). *Pasientautonomi som etisk rettesnor-en kritisk gjennomgang*.

Sykepleien.no. Hentet 8/11-2018 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettensnor-en-kritisk-gjennomgang>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Husum, T.L., & Hjort, H. (2009). *Menneskerettigheter i psykisk helsevern*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1169-1174.

International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition. Geneva. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016. Hentet 3/3-2018 fra: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

Israelsson, M., & Gerdner, A. (2010). Compulsory commitment to care of substance misusers—a worldwide comparative analysis of the legislation. *The Open Addiction Journal*, 3(1). DOI: [10.2174/1874941001003010117](https://doi.org/10.2174/1874941001003010117)

Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433-439. <https://doi.org/10.1080/08039480260389352>

Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Substance use & misuse, 40(12), 1777-1795.

<https://doi.org/10.1080/10826080500260891>

Kristensen, Ø., Opsal, A., & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling?. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. Hentet 10/11-2018 fra: <https://tidsskriftet.no/2018/04/kronikk/tvangsinnleggelse-rusbehandling>

Kristiansen, R. (2015). Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter HOT § 10-3 i perioden 2011-2014 - sammenlignet med funnene fra 1996-2010. Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken (KoRus – Sør). Hentet 2/11-2018 fra: <https://www.korus-sor.no/publikasjoner/gravide-innlagt-pa-borgestadklinikken-hot-%C2%A7-10-3-perioden-2011-2014-sammenlignet-funnene-1996-2010/>

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

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Oslo: Tapir.

Laudet, A. B., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305-311. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399968>

Laudet, A. B., Stanick, V., & Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 37(2), 182-190. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.001>

Larsson Lindahl, M., Berglund, M., & Tønnesen, H. (2013). Case management in aftercare of involuntarily committed patients with substance abuse. A randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(3), 197-203. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.704068>

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Lossius, K. (2016). Rusmiddelavhengighet. I R, Hagen & L.E.O, Kennair (Red). *Psykiske Lidelser*. (1. Utg, s. 83-97). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lundeberg, I.R., Mjåland, K., Søvig, K.H., Nilsen, E., & Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Hentet 15/1-2018 fra https://uni.no/media/manual_upload/269_rapport_2_2010_lundeberg_mjaland_sovig_nilssen_og_ravneberg.pdf

Lundeberg, I.R., Mjåland, K., & Søvig, K.H. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag, 4. Utg. Oslo: Universitetsforlaget*.

McLellan AT., Lewis DC., O'Brien CP., & Kleber, HD. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J Am Med Assoc*. 2000;284:1689–95. doi:10.1001/jama.284.13.1689

Mørland, J. (2003). Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *I: Tidsskrift for norsk lægeforening*, (2). Hentet 9/11-2018 fra: <https://tidsskriftet.no/2003/01/tema-alkohol/biologiske-virkningsmekanismer-og-noen-kliniske-effekter-av-alkohol>

Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(1), 46-64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01477.x>

Nytingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). ‘It's unbelievably humiliating’—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>

Opsal, A., Kristensen, Ø., Ruud, T., Larsen, T. K., Gråwe, R. W., & Clausen, T. (2011). Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric

”DU MÅ BLI MED OSS.”

wards: a national cross-sectional study. *Norsk Epidemiologi*, 21(1). DOI: <https://doi.org/10.5324/nje.v21i1.1430>

Opsal, A., Kristensen, Ø., Larsen, T. K., Syversen, G., Rudshaug, B. E. A., Gerdner, A., & Clausen, T. (2013). Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 13(1), 57. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-57>

Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC health services research*, 16(1), 656. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>

Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1. DOI 10.1186/s12955-015-0231-7

Pasareanu, A. R., Vederhus, J. K., Opsal, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2017). Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions. *BMC health services research*, 17(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1936-y>

Pasareanu, A. R., Vederhus, J. K., Opsal, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC health services research*, 16(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6>

Pedersen, P.B., & Eide, W.D. (2018). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016*. Rapport-IS 2687. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 29/10-2018 fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS_2687_Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202016.pdf

Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T., & Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research & Health*.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?. *Journal of personality*, 74(6), 1557-1586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>

Røykenes, K. (2009). Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien*. [10.4220/sykepleienf.2008.0081](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0081)

Sandvig, A. (2000). *Tvang i Tyrili. En undersøkelse av plasseringer etter lov om sosiale tjenester §§6-2 og 6-2a i perioden 1995-1999*. Hentet 6/1-2019 fra: <https://m.tyrili.no/getfile.php/133647-1498116179/Intranett/Interne%20PDF%20er/Tyriliutdanning/Sandvig%201999.pdf>

Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x>

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>

Skretting, A., Lund, K. E., & Bye, E. K. (2014). *Rusmidler i Norge 2013*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet 10/11- 2018 fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rusmidler_i_norge2013.pdf

Urbanoski, K. A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduction Journal*, 7(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-13>

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Verdens Helseorganisasjon. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

Wild, T. C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101(1), 40-49. **DOI:** 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, 31(10), 1858-1872. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>

Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23(1), 81-95. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00034-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00034-8)

Wild, T. C., Roberts, A. B., & Cooper, E. L. (2002). Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research*, 8(2), 84-93.
<https://doi.org/10.1159/000052059>

Wild, T. C., & Wolfe, J. (2009). The clinical course of addiction treatment: the role of nonspecific therapeutic factors. *Evidence-based addiction treatment*, 21. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374348-0.00002-1>

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Vedlegg

Vedlegg A: Informasjon om vedtak fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt). Inneholder den opprinnelige godkjenningen, samt en godkjent endringsmelding.



Region:

REK midt

Trond Nordfjærn NTNU

Saksbehandler:

Marit Hovdal Moan

Telefon:

73597504

Vår dato:

10.04.2018

Deres dato:

Vår referanse:

2018/296/REK midt

Deres referanse:

2018/296 En kvalitativ undersøkelse av tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektleder: Trond Nordfjærn

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 21.03.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Vurdering

Komiteens prosjektsammendrag

Hensikten med studien er å undersøke den psykologiske opplevelsen (tankeprosesser,

”DU MÅ BLI MED OSS.”

emosjonell tilstand og motivasjon) til personer som er innlagt med tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette vil bli undersøkt i en kvalitativ studie med et strategisk utvalg av pasienter som er innlagt med tvangsvedtak i TSB. Datainnsamlingen vil foregå ved semistrukturerte intervjuer og analysen vil bli gjort med tematisk analyse. Siden dette er en gruppe som er lite studert fra før av, vil det legges vekt på å få fram informantenes egne oppfatninger og perspektiver knyttet til tvangsvedtakene og innleggelsen. 5-10 personer som er eller nylig har vært innlagt med tvangsvedtak fra helse - og omsorgstjenesteloven planlegges rekruttert. Studien er samtykkebasert, og inngår som del av en hovedoppgave i psykologi.

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring, samt tilleggsinformasjon om studentens erfaring med å foreta forskningsintervju, og studentens tilknytning til en av institusjonene man planlegger å rekruttere deltakere fra. Komiteen ikke har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet, men ber om enkelte endringer i informasjonsskrivet. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Forbedring av informasjonsskrivet

Komiteen ber om at informasjon om fordelene ved å delta i studien tones ned, og at informasjon om at deltakere kompenseres med NOK 200 flyttes lenger ned i skrevet, under overskriften «Kompensasjon for deltakelse».

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de

13.02.2018 Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Besøksadresse: E-post: rek-midt@mh.ntnu.no All post og e-post som inngår i Fakultet for medisin og Web: <http://helseforskning.etikkom.no/saksbehandlingen>, bes adressert til REK

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

helsevitenskap Mauritz Hansens gate 2, Øya helsehus

midt og ikke til enkelte personer

1.

bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.

2. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2018/296" i emnefeltet. Prosjektet kan ikke igangsettes før REK midt bekrefter at informasjonsskrivet er endret i henhold til komiteens merknader.

3. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.

”DU MÅ BLI MED OSS.”

4. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
5. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteens beslutning var enstemmig.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm Professor dr.med. / Overlege Leder, REK Midt

Kopi til: postmottak@su.ntnu.no; rek-midt@medisin.ntnu.no

Marit Hovdal Moan seniorrådgiver

”DU MÅ BLI MED OSS.”



Region:

REK midt

Trond Nordfjærn NTNU

Saksbehandler:

Marit Hovdal Moan

Telefon:

73597504

Vår dato:

08.05.2018

Deres dato:

26.04.2018

Vår referanse:

2018/296/REK midt

Deres referanse:

2018/296 En kvalitativ undersøkelse av tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektleder: Trond Nordfjærn

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 26.04.2018 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av sekretariat for REK midt på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Prosjektleder søkte om følgende endringer:

6. Ny prosjektmedarbeider (Bernt Marius Gladhaug Molnes - student)
7. Studien utvides til flere enheter enn opprinnelig tiltenkt. Antall deltagere vil være det samme som oppgitt i opprinnelig søknad (n= 5-10 pasienter). Endringen gjelder regionene det vil rekrutteres deltagere fra.
8. Forskningsprotokollen og informasjonsskrivet er revidert i henhold til endring beskrevet under punkt 2.

Vurdering

”DU MÅ BLI MED OSS.”

REK midt har vurdert søknad om prosjektendring, og har ingen forskningsetiske innvendinger mot endringen av prosjektet. Hensynet til deltakernes velferd og integritet er fremdeles godt ivaretatt. Vi minner om at prosjektet må gjennomføres i henhold til tidligere vedtak i saken.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo sekretariatsleder, REK-midt

Besøksadresse:

Fakultet for medisin og helsevitenskap Mauritz Hansens gate 2, Øya helsehus

Telefon: 73597511 **E-post:** rek-midt@mh.ntnu.no **Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Marit Hovdal Moan seniorrådgiver

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

Kopi til: postmottak@su.ntnu.no

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Vedlegg B: Informasjonsskriv til deltakere



Kunnskap for en bedre verden

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

En kvalitativ undersøkelse av tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dette er en henvendelse om å delta i et forskningsprosjekt som har som formål å undersøke hvordan det er å være innlagt med tvangsvedtak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi ønsker i denne studien å få mer kunnskap om de psykososiale utfordringene som et slikt tvangsvedtak medfører. Siden du har vært eller er tilknyttet et behandlingsstedene som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er du en av dem som blir forespurt om deltakelse. Prosjektansvarlig er ansatt på NTNU, og intervjuet som gjennomføres vil bli utført av en student på profesjonsstudiet i psykologi på NTNU. Materialet fra intervjuet vil bli brukt til å skrive en hovedoppgave og en artikkel til relevante nasjonale tidsskrifter.

Hva innebærer prosjektet?

Dette prosjektet er et selvstendig forskningsarbeid som ikke er del av behandlingen eller tiltakene du har ved behandlingsinstitusjonen. Deltakelse i prosjektet innebærer å delta i et enkelt intervju som vil vare i mellom 1 til 2 timer. Intervjuene vil finne sted på behandlingsinstitusjonen der du er eller nylig har vært innlagt, i tidsrommet mellom mars og august 2018. Intervjuet krever ingen forberedelse eller etterarbeid. Spørsmålene vil være åpne og vil fokusere på å få fram dine opplevelser knyttet til tvangsvedtaket og innleggelse. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker av praktiske hensyn. Hva som skjer med informasjonen om deg får du forklart nedenfor.

Mulige fordeler og ulemper

”DU MÅ BLI MED OSS.”

En fordel med deltakelse er at du vil få mulighet til å gi tilbakemeldinger om dine egne opplevelser og bidra med dine egne vurderinger av tvangsvedtaket. Dette kan bidra til å øke kunnskapsnivået og er et bidrag til forskningen.

En mulig ulempe med å delta er at du må sette av 1-2 timer for å få gjennomført intervjuet. Det kan også være utfordrende å snakke om et vanskelig tema foran en ukjent intervjuer.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektmedarbeider Bernt Marius Molnes på email: bmmolnes@stud.ntnu.no, eller telefon: 48220887.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker og vil bli omgjort til skriftlig materiale. Lydopptakene vil bli overført til en datamaskin i et passordbeskyttet og kryptert nettverk. Lydopptakene vil være innelåst og oppbevart atskilt fra annet skriftlig materiale. Samtlige opplysninger vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i publikasjoner. Av kontrollhensyn vil data slettes 5 år etter prosjektslutt.

Kompensasjon for deltakelse

Deltakelse i intervjuet vil kompenseres med kroner 200,-

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [2018/296/REK midt].

”DU MÅ BLI MED OSS.”

Vedlegg C: Samtykkeskjema til deltakere

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg D: Semi-strukturert intervjuguide

Intervjuguide

1. Generell informasjon

- Fortell litt om temaet for samtalen, som bakgrunn og formål.
- Fortell om hva intervjuet skal brukes til. Forklare om taushetsplikt, konfidensialitet, samtykke og at de har mulighet til å trekke seg når som helst uten å begrunne det. Informere om lydopptak.
- Spørre om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål
- Kan du starte med å fortelle litt om deg selv?
 - Kjønn, alder, utdanningsnivå, hovedbeskjeftigelse.
- Hva var årsaken til at du kom/ble sendt hit?

2. Spørsmål om rus og psykisk helse

- Kan du fortelle om din rushistorie?
 - Når startet du å ruse deg?
 - Var det noen spesiell grunn til at du startet?
 - Hvilke rusmidler har du vansker med?
 - Hvilke effekter tror du rusbruk har hatt for deg? Sosialt, psykologisk, fysiologisk/somatisk.
 - Har du noe ønske om å bli rusfri?
 - Har andre personer ønsket at du skal bli rusfri?
- Spørsmål om psykisk helse, dersom det ikke har kommet opp ved spørsmålene ovenfor (årsak til rusbruk, effekter osv.)
-

3. Spørsmål om tidligere behandling og behandlingsinstitusjonen

- Har du noen tidligere erfaring med behandling/ innleggelse?
- Blir du fulgt opp av andre etater? (For eksempel kommunale tjenester eller psykisk helsevern.)
- Hvordan opplever du behandlingsinstitusjonen du er ved nå?
 - Mottar du medisinsk/psykoterapeutisk behandling på institusjonen?
 - Har du opplevd bedring etter at du kom hit?

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- Hvordan er forholdet ditt til personalet?
 - Behandler de deg på samme måte som andre pasienter?
- Hvordan er forholdet ditt til andre pasienter på avdelingen?
 - Har dere samme problemer/vansker?
 - Hvordan går dere overens?
 - Hva fungerer bra? Hva er utfordringene?
- Hvordan opplever du samarbeidet mellom de ulike offentlige instansene? Er det tilbud på plass til etter du er ferdig med tvangsvedtaket? (Tilbud som bolig, arbeid osv).

4. Spørsmål om tvang

- Hvilke erfaringer har du med offentlig tvangsbruk?
- Hva var årsaken til tvangsvedtaket?
 - Hvordan har du blitt informert i løpet av prosessen?
 - Opplever du at din mening blir hørt?
 - På hvilke måter blir/ble du utsatt for tvangsbruk?
 - Hvordan oppfattet du denne tvangsbruken?
 - Har du opplevd noe i forbindelse med vedtaket som krenkende?
 - Har du opplevd å bli “nektet” ting?
 - Opplever du å gå glipp av mye?
 - Autonomi/brukermedvirkning
 - Opplever du at du får bestemme over deg selv?
 - Tas ønskene dine på alvor?
 - Opplever du at du har noen innflytelse på behandlingen?
 - Har tvangsinnleggelsen hatt positive effekter?

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- Hva tror du ville ha skjedd dersom du ikke ble innlagt?
- Har tvangsinnleggelsen hatt negative effekter?
- Hva kunne behandlingseenheten gjort for å tilpasse behandlingen for pasienter på tvangsvedtak?

5. Spørsmål om motivasjon

- Har du motivasjon til å endre på rusbruken din?
 - Har oppholdet ført til endring i motivasjon til å endre rusbruken?
- Opplever du at det er du selv som ønsker endring, eller at det er noe som blir ønsket av andre? (Indre/ytre motivasjon.)

6. Spørsmål om opplevd kontroll/mestringstro/mestring

- Opplever du å ha kontroll/ kunne ta valg for deg selv? For eksempel valg av aktiviteter, utgang, besøk, interesser osv.
- Opplever du mestring etter du ble innlagt? (Mestring og håndtering av spesifikke ferdigheter, men også omfattende utfordringer som stress, sykdom, livskriser og konflikter.)

7. Spørsmål knyttet til identitet og tilhørighet ved institusjonen

- Hvordan passer du inn på avdelingen?
- Opplever du det stigmatiserende å være innlagt på en rusavdeling?

8. Spørsmål om forhold til sosiale forhold

- Hva tenker familie og omgangskrets om at du ruser deg?
 - Hva tenker de om tvangsinnleggelsen?
 - Involveres de i behandlingen?
 - Hvis ja: på hvilken måte?
 - Hvis nei: Hadde det vært ønskelig?

9. Debriefing

- Hvordan har dette intervjuet vært for deg?

”DU MÅ BLI MED OSS.”

- Oppsummere funn
 - Er det noe du vil legge til?

10. Utdeling av gave (200kr).

