

De tvangsinnlagte

*En kvantitativ undersøkelse av pasienter
innlagt på tvang etter
Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2*

Ingrid Marie Ellingsen



Masteroppgave ved Institutt for klinisk medisin/Det medisinske
fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

17. oktober 2016.

De tvangsinnlagte

En artikkel basert på en kvantitativ undersøkelse av 26 pasienter innlagt på tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 ved en bestemt institusjon i tidsrommet mars 2013-januar 2014.

© Forfatter: Ingrid Marie Ellingsen

År: 2016

Tittel: De tvangsinnlagte

Forfatter: Ingrid Marie Ellingsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

En kvantitativ studie som ser på egenrapporteringer om fysisk og psykisk helse, samt psykososiale faktorer hos pasienter som legges inn etter Helse- og Omsorgstjenesteloven § 10-2. Dette er en tvangsparagraf som gir grunnlag for at rusmiddelavhengige, uten eget samtykke, kan holdes tilbake i institusjon i inntil tre måneder. Jeg har brukt data innsamlet ved hjelp av Kvalitetsregisteret for rusbehandling for å gjennomføre studien.

I studien fant jeg at deltagerne var omtrent samsvarende med tidligere forskning når det kom til kjønn, alder og rusmiddelbruk. Flertallet har et injiserende blandingsmisbruk. De har mangelfull skolegang, psykiske problemer og omfattende behandlingserfaring. Flere har også tidligere erfaring med tvangsinnleggelse. En del av gruppen oppgir å ha vanskelige boforhold. Et flertall av pasientene opplever å ha ok eller god fysisk helse.

Summary

A quantitative study looking at self-reporting of physical and mental health together with psychosocial factors in patients admitted to hospital involuntarily after the Social Services Act § 10-2. This is a paragraph that gives permission to keep a person with substance use disorder in institution for three months without their consent. I have used data collected through a system called Quality register for substance abuse treatment to implement this study.

In this study I found that age, sex and substance abuse among the participants matched quite well with earlier studies. The majority has a mixed use of injecting substances. They also lack schooling, have mental issues and an extensive experience with treatment.

Several of the patients also have earlier experiences with involuntary stays in institutions. Again others participants also have difficult living conditions. A majority of the patients think they have ok or good physical health.

Forord

Denne artikkelen er sluttresultatet etter tre år på studiet «Mastergrad i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer». Arbeidet med masteroppgaven har vært både spennende, lærerikt og utfordrende. Det er mange mennesker som fortjener en stor takk nå når jeg nærmer meg slutten.

Først av alle vil jeg takke min fantastisk dyktige veileder Ingrid Rindal Lundeberg. Tusen takk for all hjelp og støtte, gode tips og råd, faglige diskusjoner og ikke minst at jeg alltid har fått ny inspirasjon etter veiledningene med deg. En stor takk går også til mine medstudenter for herlige minner fra studietiden, samt god støtte underveis i masteroppgaveskrivingen.

Videre ønsker jeg å takke jobben min og prosjektleder i det opprinnelige prosjektet. Takk for at dere har gitt meg muligheten til å fordype meg i et av temaene jeg synes er mest spennende og har latt meg få anledning til å fullføre prosjektet jeg ønsket. En spesiell takk for tilliten til prosjektleder, det har vært utrolig spennende og lærerikt å være med i hele denne prosessen. En takk for samarbeidet går også til mine to medarbeidere fra det det prosjektet, det var veldig lærerikt å jobbe sammen med dere.

Sist, men ikke minst, fortjener min familie, min kjæreste, mine kollegaer og mine venner en stor takk for å ha holdt ut med meg denne tiden. Takk for alle gode ord og at dere ikke har gitt meg opp.

Ingrid

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Summary	VI
De tvangsinnlagte	1
Introduksjon	1
Tidligere forskning	3
Metode	4
Metodiske begrensninger	7
Etske vurderinger	8
Analyser	9
Diskusjon	12
Konklusjon	16
Litteraturliste	18
Sammendrag	24
Summary	25
Refleksjonsnotat	26
1.0 Innledning	26
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema	26
1.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven	28
1.1.3 Etske vurderinger	30
2.0 Metode	31
3.0 Diskusjon	34
4.0 Konklusjon	38
Litteraturliste	39
Vedlegg 1 – skriftlig informasjon	41
Vedlegg 2 – tabeller	42
Vedlegg 3 – Forfatterveiledning	45

No table of figures entries found.

De tvangsinnlagte

Introduksjon

Frivillighet er i de fleste tilfeller utgangspunktet når mennesker har behov for avrusning og behandling innen rusfeltet. Ideelt sett betyr dette at vedkommende selv har innsett at han eller hun trenger hjelp og oppsøker de instanser man trenger for å få dette (Hole, 2014). Mange rusmiddelavhengige opplever likevel en sterk ambivalens til behandling, og er gjerne i tvil om egen evne og vilje til endring. I Norge har vi mulighet til å tvangsinnlegge personer som står i fare for å skade egen fysiske eller psykiske helse grunnet rusmiddelbruk, og det har vært en markant økning i bruken av tvangsvedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-2 de siste årene (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

I samfunnet vårt er en av de grunnleggende verdiene at vi har rett til å bestemme over oss selv, altså at vi har autonomi i eget liv. Det betyr at vi i utgangspunktet har rett til å bestemme over eget liv og helse. Dersom denne selvbestemmelsesretten skal bety noe må det også innebære at man kan ta valg som samfunnet for øvrig mener kan være skadelig. Å styrke menneskets autonomi har blitt tillagt stor vekt når man snakker om forholdet mellom hjelpeapparatet og brukerne. Når hjelpeapparatet griper inn og fatter et tvangsvedtak med det formål å hjelpe en rusmiddelavhengig, uten samtykke fra den det gjelder og mot vedkommendes eget ønske, kalles dette paternalisme og begrunnes med at dette vil være til det beste for den det gjelder. En tvangsinnleggelse er en sterk inngripen i livet til et menneske, og det er derfor av stor betydning at kunnskap om tvangsinnleggelser formidles for at man skal kunne øke kvaliteten på innholdet pasientene får under tvangsoppholdet (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

For at en pasient skal kunne legges inn etter HOL § 10-2 foreligger det i lovteksten et krav om et omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk som fører til en helsekonsekvens av negativ art for personen. Dette betyr at lovbestemmelsen lager forutsetning om et skadevilkår.

Paragrafen kan altså kun brukes til innleggelse av et menneske dersom han eller hun utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare. I tillegg er det et krav at frivillige hjelpetiltak skal være prøvd, men ikke funnet tilstrekkelig. En tvangsinnleggelse etter HOL § 10-2 kan vare i inntil tre måneder (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Hensikten med bruk av tvang er både tilbakehold og skjerming fra bruk av rusmidler, men det er også en mulighet for å kartlegge

pasienten, samt å motivere for en endring, for eksempel i form av videre frivillig behandling (Hole, 2014).

Tvang er et inngrepende tiltak og forskning på tvangsbruk kan bidra til bedre kvalitet og faglig forsvarlighet. En norsk studie som sammenlignet to grupper hvor 65 personer var innlagt på tvang etter HOL og 137 var frivillig innlagt til rusbehandling, beskriver en voksende etisk bekymring rundt det å legge inn mennesker mot sin vilje. Dette blant annet fordi det å frata mennesker deres autonomi kan oppleves som en traumatisk hendelse som igjen kan resultere i en krise for den som tvangsinnlegges. I studien konkluderes det med et behov for å øke oppmerksomheten på pasienter som innlegges i institusjon uten eget samtykke. Dette for bedre å kunne møte de behovene denne komplekse pasientgruppen har med tanke på rusmiddelavhengigheten, fysisk og psykisk helse (Opsal, Kristensen, Larsen, Syversen, Rudshaug, Gerdner & Clausen, 2013). Jeg ønsker med denne artikkelen å øke kunnskapen om gruppen ved hjelp av pasientenes egenrapporterte data. Å øke kunnskapen vil kunne føre til bedre brukermedvirkning og et mer individuelt tilrettelagt behandlingsforløp for pasientene. Dette vil igjen kunne bidra til at tvangsoppholdet oppleves minst mulig tvangsmessig. Jeg har med bakgrunn i en spørreundersøkelse (kvalitetsregisteret) av pasienter innlagt på tvang i perioden 2013-2014 om deres bakgrunn og opplevelse av helse, laget meg problemstillingen: *Hva kjennetegner rusmiddelavhengige innlagt på tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2?* Mitt mål er å bidra til økt oppmerksomhet på pasientenes egenopplevde situasjon med tanke på helsetilstand, samt faktorer som behandlingserfaring, utdanning og bolig. Jeg ønsker i tillegg å se om det er særskilte forskjeller mellom kjønnene som kan ha betydning for behandlingen. Grunnen til dette valget er at forskningen viser at det er flere kvinner enn menn som blir tvangsinnlagt, dette til tross for at det er langt flere menn i målgruppen for paragrafen. Jeg ønsker å se om det er spesielle faktorer som skiller seg ut mellom kjønnene som kan gi en forståelse av hvorfor det er slik. Gerdner og Berglund (2009) understreker at kvaliteten på tvangsoppholdet er av særdeles stor betydning for å minimalisere de negative opplevelsene av tvang som gjerne kan forekomme hos den som innlegges mot sin vilje.

Videre i oppgaven vil det bli gitt en gjennomgang av hva tidligere forskning sier, før jeg gjør rede for metoden som er brukt for å skrive denne artikkelen og besvare problemstillingen. I metodekapittelet blir kvalitetsregisteret beskrevet nærmere, samt at jeg vil forklare hvordan jeg har gått fram for å innhente og behandle dataene. Det vil bli redegjort for de metodiske begrensningene som foreligger, samt at jeg vil vise noen av de etiske vurderingene vi stod

ovenfor. Deretter kommer en egen analysedel hvor jeg beskriver funnene mine, før en egen diskusjonsdel hvor jeg sammenligner mine funn med tidligere forskning og forsøker å svare på problemstillingen. Jeg skal finne ut hva som kjennetegner de tvangsinnlagte i en helseregion i Norge og diskutere hvilke konsekvenser dette kan ha for behandlingsapparatet.

Tidligere forskning

I 2010 ble det publisert en studie over omfang av tvangsbruk, hvordan tvangsparagrafen ble forstått og praktisert og hvilke konsekvenser dette hadde for de som var innlagt. Rapporten viste en klart økende tendens i bruken av tvangsparagrafen. I 2001 ble det fattet 39 vedtak etter HOL § 10-2. I 2013 hadde tallet på vedtak økt til 159. Til tross for økningen brukes paragrafen fortsatt i begrenset grad sett ut fra den potensielle målgruppen. Denne evalueringen hadde som hensikt å få belyst erfaringer med og å få dokumentert praktiseringen av tvangsbestemmelsene. Det ble foretatt en kartlegging av sosialtjenestens rolle i prosessen rundt en tvangssak, samt analyser av kjennetegn fra vedtakene og fylkesnemdprosessen. Det ble også undersøkt hvordan helseforetakene forvaltet sitt sørge-for-ansvar, i tillegg til at det ble gjort en case-studie som så på 4 ulike behandlingstilstander og hvordan de gjennomførte og organiserte tilbakeholdning i institusjon. Det ble også sett på effekten av tvang ut fra de rusavhengiges erfaringer, samt på forskningslitteratur. I denne omfattende evalueringen kom det fram at gjennomsnittsalderen på de som tvangsinnlegges etter HOL § 10-2 er 29 år. Kun et mindretall av gruppen har alkohol som hovedrusmiddel, det er narkotiske stoffer som dominerer. De med alkoholrelaterte problemer har i hovedsak høyere alder enn de med narkotikarelaterte problemer. De med blandingsforbruk ligger i en mellomposisjon. I 2008 var 51,5 % av de som ble tvangsinnlagt jenter. Dette er påfallende med tanke på at det er langt flere menn enn kvinner i målgruppen for paragrafen. Videre kan man se en utvikling i at pasienter med dobbeltdiagnose, samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet, i større grad innlegges etter dette lovverket (Lundeberg, Mjåland, Søvig, Nilssen & Ravneberg, 2010).

I likhet med evalueringsrapporten fra 2010 beskriver også Opsal m.fl. (2013) at det er flere kvinner enn menn som tvangsinnlegges etter HOL § 10-2. Kvinnene hadde i større grad enn menn oppsøkt lege/hjelpeapparat i tiden før innleggelse, men de hadde i mindre grad komborvide psykiske lidelser. I denne studien fant de også at pasientene som var

tvangsinnlagt i større grad injiserte illegale rusmidler, hadde blandingsmisbruk og at de gjennom livet hadde opplevd flere overdoser enn de som ble innlagt frivillig.

Gerdner og Berglund (2009) har gjort omfattende forskning på tvang i Skandinavia. Forskning fra Sverige, hvor de benytter tvang ovenfor rusmiddelavhengige i langt større grad enn vi gjør i Norge, viser at en strukturert oppfølging av den enkelte etter et tvangsopphold i stor grad er avgjørende for hva resultatene av tvangen blir. Like fullt er det fortsatt betydelige samarbeidsutfordringer mellom ulike instanser og nivå på rusfeltet i Norge. Ikke minst gjør dette seg gjeldende i saker som omhandler bruk av tvang (Mjåland, 2008 og Lundeberg og Mjåland, 2009).

Oppsummert viser altså tidligere forskning at gjennomsnittsalderen på gruppen som tvangsinnlegges er 29 år, det er flere kvinner enn menn som tvangsinnlegges etter HOL § 10-2. Narkotiske stoffer dominerer som hovedrusmiddel og det er mange som injiserer stoffene. Et lite mindretall av menneskene som legges inn etter paragrafen bruker kun alkohol, i gjennomsnitt har de høyere alder enn gruppen for øvrig. Det er en økende tendens at mennesker med komorbide psykiske lidelser legges inn, dette gjelder spesielt blant menn. De studiene jeg har gjennomgått har alle vist til et behov for mer forskning på gruppen av pasienter som er innlagt etter HOL § 10-2.

Metode

Studien jeg har gjennomført er en kvantitativ deskriptiv tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie kan forklares som at man innhenter, bearbeider og analyserer informasjon om et tema gitt fra et tidspunkt til et annet (Arai, Friborg, Hagtvet, Handegård, Jacobsen, Lie & Mørch, 2010, s.233). Denne studien er basert på data samlet inn gjennom Kvalitetsregisteret for behandling av ruslidelser, et register som er utviklet av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning. Registeret er på sikt tenkt å bli et nasjonalt register for alle typer rusbehandling, både frivillig og tvang. Registeret er tenkt å følge pasientene i ulike behandlingssekvenser slik at man på sikt kan si noe om hva som fungerer for de ulike pasientene i behandling. Spørsmålene endrer seg noe fra førstegangsregistrering til oppfølgingsregistreringene. Alle mine deltagere var med for første gang.

Registeret bygger i stor grad på egenrapportering fra pasientene og er basert på Patient Reported Outcome Measures (PROM). PROM ble utviklet som følge av en manglende forståelse fra klinikere for pasientens opplevelse av sykdom og behandling. I løpet av de siste 30 årene har det derfor blitt utviklet et system for å kunne måle egenrapporterte data fra pasientene på områdene fysisk og psykisk helse, sosial nettverk, symptomstatus og generell velvære (Nelson, Eftimovska, Lind, Hager, Wasson & Lindblad, 2015). Det vil si at alle data som er samlet inn i denne studien er det deltagerne i studien selv har rapportert.

Kvalitetsregistre sitt hovedformål er å dokumentere kvaliteten av den kliniske behandlingen som gis. I tillegg skal slike registre kunne brukes i systematisk kvalitetsforbedring av de ulike tjenestene, men også forskningsgrunnlaget man kan få gjennom bruken av slike registre er et viktig formål (Arntzen, 2014).

Kvalitetsregisteret er godkjent av personvernombudet i helseforetaket. Registeret er ikke validert, men er godkjent av datatilsynet og har nå vært prøvd ut i over fire år. Registeret er jevnlig evaluert gjennom utprøvingen. Siden kvalitetsregisteret bygger på PROM som er prøvd ut over lengre tid og hvor forskning viser at ved å bruke opplysningene fra PROM systematisk, kan dette bedre forholdet mellom behandler og pasient (Nelson m.fl., 2015), kan man anslå reliabiliteten til å være god. Det er likevel av betydning å huske at dataene som presenteres i denne artikkelen først og fremst kan si noe om hvem pasientgruppen var ved den aktuelle institusjonen i 2013-2014. Utvalget i denne artikkelen omfatter samtlige av de som ble tvangsinnlagt etter HOL § 10-2 i denne perioden i dette foretaket. Til sammenligning ble 157 pasienter innlagt etter HOL § 10-2 på landsbasis i 2013. Det er store variasjoner i antall saker i de ulike regionene i landet (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Mitt utvalg vil derfor ikke være representativt, men vil likevel kunne være med på å danne et grunnlag for hypoteser om fellestrekk for pasientgruppen og grunnlaget for bruken av tvangsvedtak. Man kan dermed si at dataene som er innhentet i denne studien har intern validitet (Arai m.fl., 2010, s.216).

Arbeidet med denne artikkelen oppstod gjennom et annet prosjekt. I 2012 startet kvalitetssikringsprosjektet «Pasienters liv etter behandling ved institusjon A 2013-2014». Institusjonens navn er her anonymisert av personvern hensyn. Sammen med to andre var jeg heldig og fikk være med å hente inn data til dette prosjektet. Vi fikk opplæring i bruk av kvalitetsregisteret og fikk avsatt tid til å jobbe med prosjektet i arbeidstiden. Vi fikk ansvaret for å rekruttere deltagerne, samt å gjennomføre intervjuene. Allerede på denne tiden oppstod

mitt ønske om å bruke disse dataene i min masteroppgave. Prosjektleder for daværende kvalitetssikringsprosjekt sendte meldeskjema til personvernombudet. Prosjektet fikk godkjenningen i midten av februar 2013. Da startet arbeidet med å rekruttere pasientene for fullt og vi startet med registreringene tidlig i mars 2013. Deltagerne i prosjektet fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, se vedlegg 1. De signerte et samtykkeskjema før første registrering. Alle deltagerne ble informert om at de kunne trekke seg fra prosjektet og be om at data om dem ble slettet når som helst.

Dataene som ble innsamlet gjennom prosjektet ble lagret på et sikkert område, dette var i tråd med retningslinjene fra personvernombudet. Kun prosjektleder hadde tilgang til oversikt over respondent og kandidatnummer og disse opplysningene var lagret på et eget sikkert område. Denne informasjonen ble slettet da prosjektet ble avsluttet i februar 2015 og dataene er nå anonymisert. I forbindelse med godkjenning av mitt prosjekt tok jeg kontakt med personvernombudet for å høre om man trengte ytterligere samtykke derfra. Jeg fikk til svar at jeg kunne bruke dataene fordi de er anonymisert av prosjektleder og personopplysningene ikke er tilgjengelige. Jeg trengte derfor ikke annen godkjenning fra personvernombudet. Jeg har tillatelse til å bruke dataene fra prosjektleder for det opprinnelige prosjektet, samt fra avdelingen jeg jobber på.

Inklusjonskriteriene i min undersøkelse var at pasientene var innlagt etter HOL § 10-2 i perioden fra 01.03.13 til 31.01.14, og at intervjuene ble gjennomført i løpet av de to siste ukene pasienten var ved posten, altså etter omtrent 10 uker i institusjon. Både pasienter med alkoholavhengighet og rusmiddelavhengighet ble inkludert. Av 30 innlagte pasienter i perioden ønsket 27 å delta i undersøkelsen. En pasient ble ikke spurt om å delta grunnet en tverrfaglig helhetsvurdering av pasients psykiske helsetilstand. To pasienter ønsket ikke å delta. En av deltagerne var innlagt etter HOL § 10-3, og er dermed ikke inkludert i denne studien. Dette gir en svarrate på 87%. Tema som ble tatt opp i spørreskjemaet og som jeg har analysert ved hjelp av IBM SPSS Statistics 23 (SPSS), er blant annet hvilke forhold i livet pasienten selv mener har påvirket nåværende livssituasjon til å bli så akutt at det kommunale apparatet har fattet et tvangsvedtak. Kvalitetsregisteret er et omfattende spørreskjema som samler inn data på mange områder. Jeg har i analysekapittelet mitt valgt å se nærmere på fysisk og psykisk helse, utdanning, bolig, seksuell krenkelse og prostitusjon, samt saker med rettsvesenet når jeg ser nærmere på hvem gruppen er. I tillegg ser jeg på rusmiddeldebut og behandlingserfaring. På enkelte av variablene har jeg valgt å dele gruppen opp i eldre og

yngre, i disse tilfellene blir yngre regnet som 25 år og nedover, mens eldre regnes fra 26 år og oppover. Jeg har som tidligere nevnt også valgt å dele opp enkelte av variablene etter kjønn.

For å behandle dataene som ble hentet inn i undersøkelsen ble det laget en kodebok og dataene ble plottet inn i SPSS. Dette ble gjort av prosjektleder i det opprinnelige prosjektet. For å framstille dataanalysene jeg trenger for å besvare min problemstilling har jeg brukt krystabeller. Krystabeller brukes ofte for å se på sammenhenger mellom avhengige og uavhengige variabler. Jeg tolker funnene mine i diskusjonsdelen ved å se det opp mot forskningen som allerede finnes på området, for deretter å se om man kan finne ut hva som kjennetegner denne gruppen spesielt.

Metodiske begrensninger

Kvalitetsregisteret er et elektronisk spørreskjema og intervjuene ble gjennomført av u.t. og to andre prosjektmedarbeidere. Spørreskjemaet er standardisert og gir relativt lite rom for tolkning. Man må likevel ta høyde for at vi som intervjuet kan ha stilt spørsmål ulikt eller svart forskjellig dersom pasientene ba oss forklare spørsmålene. Videre må det også tas forbehold om at enkelte av informantene kan ha valgt å unngå å svare reelt på noen av spørsmålene, enten fordi dette er tema man ikke ønsker at andre skal vite om, eller fordi vi som intervjuet kjenner pasientene og at de derfor kan ha endret svarene sine. Man kan f.eks. tenke seg at det kan ha vært vanskelig dersom de skulle ha oppgitt svar som kunne blitt oppfattet som kritikkverdige ovenfor institusjonen til noen som jobbet der. Man må også ta høyde for at det kan være en mulig feilkilde i at da undersøkelsen fant sted var det over to måneder siden innleggelsen fant sted. Dette innebærer at man kan ha endret syn på egen helsetilstand på denne tiden. Man kan også tenke seg at enkelte husker mindre fra tiden før innleggelsen f.eks. grunnet massiv rusing, dette er det ikke tatt hensyn til i registeret utover at på enkelte spørsmål finner man svarkategorien «ikke aktuelt».

En utfordring metodemessig har vært at dataene ble innhentet underveis i en utprøvningsperiode av kvalitetsregisteret. Dette innebar at man underveis fikk endrete versjoner av registeret. I løpet av datainnsamlingsperioden kom det 6 endringer i registeret. I enkelte tilfeller vil jeg derfor mangle data fra noen av respondentene, rett og slett fordi spørsmålet er endret eller kommet til underveis. Jeg har valgt å bruke enkelte av variablene, selv om de ikke gir et fullstendig svar fra alle respondentene, fordi jeg anser de som hensiktsmessige for å svare på min problemstilling. Videre opplevde man ved en anledning at

data forsvant fra registeret i forbindelse med en oppdatering som ble gjort. Disse dataene ble plottet inn igjen, men man må likevel ta høyde for at det kan ha blitt gjort feil i den manuelle registreringen.

Svakheten med å bruke kvalitetsregisteret i mitt prosjekt, er at det er et spørreskjema som på sikt er tenkt å dekke all rusbehandling, altså både tvang og frivillig – døgnbehandling og poliklinisk oppfølging. Det er derfor ikke spurt om enkelte ting som kunne vært interessant med tanke på min pasientgruppe, f.eks. om de er innlagt etter HOL § 10-2 eller HOL § 10-2, 4. ledd, altså på endelige vedtak eller midlertidige vedtak. Lovverket er lagt opp til at midlertidige vedtak skal være unntaket, men i praksis har dette blitt hovedregelen (Hole, 2014). Det er heller ikke spurt om grad av makt/tvang ved innleggelse eller om politiet bisto ved innleggelse. Dette er faktorer man kan tenke seg til at har stor betydning for videre behandlingsforløp med tanke på opplevelsen av tap av autonomi og prosessen med videre motivasjonsarbeid. Det er også verdt å merke seg at det ikke ble konkretisert hva som legges i begrepet overdose, noe som kan forklare det store spriket på spørsmålet om hvor mange overdoser de hadde hatt før innleggelsen. Noen av respondentene kan ha tenkt seg at det kun var overdoser som trengte behandling av helsepersonell som skulle telles, mens andre har hatt en annen definisjon av begrepet. Videre er det ikke definert hva den enkelte legger i å bli seksuelt krenket. Det var opp til den enkelte å svare på ut fra deres egen personlige opplevelse av om de var blitt utsatt for seksuell krenkelse eller ikke.

Etiske vurderinger

Pasientene fikk skriftlig informasjon om det opprinnelige prosjektet som var et kvalitetssikringsprosjekt hvor formålet var å se hvordan pasientene hadde opplevd oppholdet ved den spesifikke avdelingen. De ble også informert skriftlig og muntlig om at deltagelsen ikke ville ha negative ringvirkninger for dem, med unntak av at prosjektmedarbeider og pasienten måtte bruke litt tid på gjennomføringen. Opplysningene fra registreringene ble anonymisert ved hjelp av datateknologi. De ble informert om at opplysningene som ble gitt kunne bidra til å øke kvaliteten på tilbudet som gis til pasientgruppen og at det vil være med på å gi oss mer systematisk informasjon om behandlingen. Deltagerne fikk på forhånd informasjon om hvilke tema det ville bli spurt om i registreringen, og informert om at opplysningene som ble gitt kunne brukes til kvalitetsforbedring av behandlingen, slik jeg

ønsker å gjøre i dette prosjektet. De skrev under på samtykkeskjema før registreringene begynte.

Mange av pasientene ga underveis i registreringene uttrykk for at de følte de nå kunne bidra med å gi tilbakemelding til avdelingen. Flere uttrykte at de følte dette var god brukermedvirkning og tenkte grundig gjennom spørsmålene de skulle svare på. Et etisk dilemma er at deltagerne fikk et gavekort på 400 kr for å delta. Det ble på forhånd gjort en vurdering rundt dette og hensikten var at de skulle få en form for lønn for det arbeidet de gjorde, på lik linje med hva som er vanlig ellers i samfunnet. Man kan likevel tenke seg at dette kan ha påvirket noen av respondentene som kanskje ellers ikke ville ønsket det, til å delta. Man kan også tenke seg at det at vi som intervjuet er ansatt ved den aktuelle avdelingen og har jobbet tett opp mot dem i mange uker, kan ha påvirket noen av svarene som ble gitt.

Et annet etisk dilemma vi diskuterte før vi startet registreringene var hvordan pasientene ville oppleve det å bli spurt om potensielt traumatiserende hendelser og i hvilken grad det hadde påvirket dem. Alle hadde derfor anledning til å be om samtale med en av prosjektmedarbeiderne eller psykolog i avdelingen i etterkant om de skulle ha behov for det.

Analyser

I mitt utvalg var det 26 pasienter fordelt på femten kvinner og elleve menn.

Gjennomsnittsalderen hos respondentene var 28 år. Både gjennomsnittsalder og kjønnsfordeling er omtrent tilsvarende med forskning fra tidligere, som viser at gjennomsnittsalderen hos de som legges inn på tvang er 29 år og at det er flest jenter som legges inn etter denne paragrafen (Opsal m.fl., 2012, Lundeberg m.fl., 2010). I denne undersøkelsen hadde kvinnene en noe lavere gjennomsnittsalder med 26 år, mens mennene hadde en gjennomsnittsalder på 32 år. Den yngste deltageren var nitten år, den eldste var 52 år. Det var tolv respondenter i gruppen 25 år og yngre. Alle deltagerne var født i Norge.

Nesten 92% av de spurte (N=24) var enslige da undersøkelsen fant sted. Felles for nesten alle deltagerne var at de hadde et blandingsmisbruk og erfaring med injisering, en deltager oppgir å kun ha brukt alkohol. Tidligere forskning viser at tvang brukes i liten grad ovenfor mennesker med alkoholavhengighet (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014), noe dette kan være med på å underbygge. Ved innleggelse etter HOL § 10-2 er ofte hyppige overdoser oppgitt som en årsak for innleggelse. I denne studien fikk deltagerne spørsmål om hvor mange overdoser de hadde hatt før innleggelse. Som tabell 1 viser oppgir nesten 35% at de

ikke har hatt overdoser. Resterende deltagere oppgir svar som varierer fra en overdose og opp til 100, dette er antall overdoser regnet uavhengig av type rusmiddel.

Et av kravene for innleggelse etter HOL § 10-2 er at den det gjelder skal utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare. Deltagerne (N=25) ble spurt om i hvilken grad de var tilfreds med egen fysisk helse, se tabell 2. Åtte respondenter oppga negativt svar (i svært liten grad eller i liten grad), åtte svarte nøytralt, mens ni deltagere svarte positivt (i stor grad eller i svært stor grad). Det er interessant at av de åtte som svarte negativt angående fysisk helse er syv av disse i gruppen over 25 år. Når det gjaldt psykisk helse oppga 69% (N=26) av deltagerne at de hadde minst et psykisk problem eller diagnose før innleggelsen. Av disse hadde 44 % angstlidelser. En tredjedel svarer at de har ADHD. Et lite mindretall oppgir at de har depresjonslidelser. En respondent oppgir å ha psykoseproblematikk. Studien viser altså at en overvekt av respondentene selv mener at de har utfordringer med psykisk helse, men at mange mener den fysiske helsetilstanden er relativt god.

Det er kjent at tidlig debut og videre eksperimentering med rusmidler kan utvikle seg til å bli et større og langvarig problem. Det har de siste årene derfor vært mye fokus på tidlig intervensjon hos ungdom når det er mistanke om at noen kan ha et problemfylt forhold til rusmidler (Helsedirektoratet, 2010). Når det gjelder alder for debut med rusmidler i gruppen jeg undersøkte, varierte denne fra ni til sytten år. Hos kvinnene varierte det mellom elleve og fjorten år, mens mennenes debutalder var spredt hele veien mellom ni og sytten. Hvilket rusmiddel som ble debutert med varierte også noe slik tabell 3 viser, men her er det verdt å merke seg at det store flertallet debuterte med alkohol slik det vanlige er i den øvrige del av befolkningen.

Videre ble deltagerne spurt om hva de mente var årsaken til rusmiddeldebuten, se tabell 4. Rusmidler gir ofte en form for velbehag hos oss mennesker. Det foreligger ofte en forventning fra andre om det å f.eks. nyte alkohol i sosiale sammenkomster (Hole, 2014). Man kan tenke seg til at påvirkning fra andre vil være spesielt sterkt i ungdomsårene og dette kan også mine funn tyde på. Hele 78 % svarer at deres begrunnelse for første utprøving av rusmidler var påvirkning fra andre eller nysgjerrighet/utprøving. I 2009 ga Helsedirektoratet ut en veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet. I denne beskrives det at ikke alle som viser tegn på å utvikle et mulig rusmiddelproblem får hjelp så tidlig som de trenger det. Det kan være vanskelig å gripe inn siden tegnene er små (Helsedirektoratet, 2009). Like fullt kan man tenke seg at ved en tidlig intervensjon kan rusmiddelbruken stoppes før det har gått for langt.

På spørsmål om rushistorikk oppgir 65 % (N = 26) at etter debut med rusmidler har de aldri hatt over et halvt år hvor de har vært rusfrie. Hos de øvrige deltagerne varierer det fra et halvt års rusfrihet og oppover. I dette materialet oppgir kvinnene noe lengre perioder med rusfrihet. To kvinner forteller at de har vært rusfri i seks år. Prosentmessig er det omtrent like mange kvinner og menn som har hatt perioder med rusfrihet. Det er store forskjeller i antall tidligere behandlingssekvenser. Dette inkluderer både døgnbehandling og poliklinisk oppfølging. Gjennomsnittet ligger på ni tidligere behandlingssekvenser, men antallet varierer fra 1 til 65. Kvinnene hadde noe mer erfaring med behandling, de hadde i gjennomsnitt elleve tidligere behandlingssekvenser. Mennene hadde i gjennomsnitt syv. En deltager hadde ingen tidligere erfaring fra rusbehandling. Hele 42% av deltagerne i undersøkelsen hadde vært innlagt på tvang tidligere, slik tabell 5 viser. Tre kvinner oppgir å ha vært innlagt under formell tvang fire ganger tidligere. Man kan tenke seg at noe av grunnen til at antallet tvangssaker øker også er som følge av reinnleggelser.

Risikofaktorer er et begrep som ofte brukes i forbindelse med mulig utvikling av og i behandling av et rusproblem. En risikofaktor defineres gjerne som en faktor som kan gi økt sannsynlighet for psykososial utvikling i negativ retning i framtiden (Helsedirektoratet, 2010). Deltagerne (N=16) ble spurt om de hadde opplevd å bli seksuelt krenket. Åtte kvinner svarte ja på dette, mens en svarte nei. Ingen menn oppga at de var blitt seksuelt krenket. Fire menn svarte at dette ikke var aktuelt, mens tre svarte nei på spørsmålet. Videre ble deltagerne (N=18) spurt om prostitusjon. Også her svarte fire menn at dette ikke var aktuelt, mens tre kvinner og en mann bekreftet at de hadde prostituert seg. Resterende, seks kvinner og fire menn, svarte nei på dette spørsmålet. Pasientene (N=26) i registeret ble også spurt om de hadde uavklarte saker hos politiet. Ifølge mine data hadde fem kvinner og seks menn uavklarte saker hos politiet. Respondentene (N=26) ble spurt om de ventet på soning, kun tre kvinner og to menn visste at de ventet på dette. Imidlertid oppgir også tre kvinner og to menn at dette ikke var avklart da undersøkelsen fant sted.

I samfunnet ser man ofte på bolig som en viktig indikator for den enkeltes livssituasjon. I denne studien oppga 55 % (N=20) at de hadde egen leid eller eid bolig. Femten prosent oppga at de har en midlertidig bolig, ti prosent bor fast hos familie, mens tjue prosent fortalte at de var uten fast bolig. Kjønnene er omtrent jevnt fordelt i disse fire kategoriene. I følge rapporten «Bolig og rus» er unge rusavhengige i en særlig utsatt situasjon når det kommer til det å få seg og å holde på en bolig (Dyb og Holm, 2015). For å se om dette samsvarer med mine funn

brakte jeg en krysstabell og så på kjønn, alder og hvilket bosted de hadde. I gruppen 25 år og yngre (N=9), oppga fem kvinner og en mann, til sammen 66,7%, at de hadde egen leid eller eid bolig. Alle deltagerne ble videre spurt om hvor tilfreds de var med egen bosituasjon, dette framkommer i tabell 6. Sju respondenter svarte at de var positive (kategoriene i stor grad eller i svært stor grad), en tredjedel var negative (i svært liten grad eller i liten grad), mens fire var nøytrale (verken eller). En respondent svarte i kategorien «ikke aktuelt», dette kan komme av at vedkommende er en av de som ikke har fast bolig.

Utdanning og arbeid er viktige områder for de fleste i samfunnet når vi skal definere hvem vi er og hva vi gjør. I denne studien ble deltagerne spurt om hvilket utdanningsnivå de hadde. Fjorten respondenter (N = 26) har oppgitt at de har utdanningsnivå fra grunnskole, mens ti svarer at de har videregående skole, se tabell 7. Når man ser på kjønnsforskjeller ser man at to tredjedeler av kvinnene utdanningsnivå fra grunnskole, mens en tredjedel har utdanningsnivå fra VGS. Hos mennene har 36% grunnskole, mens 46% har VGS. 18% av mennene hadde fagbrev. Videre ble det spurt om deltagerne (N=26) var i arbeid eller under utdanning ved registreringstidspunktet, 92 % av deltagerne svarte nei på dette. Dette betyr at i denne gruppen har menn et noe høyere utdanningsnivå, selv om begge kjønn har mangelfull skolegang. Arbeidsledigheten i gruppen er høy. Deltagerne (N=20) ble videre spurt om de hadde en meningsfull aktivitet i hverdagen, dette bekreftet 70% av respondentene. Det foreligger ikke opplysninger om hva slags aktiviteter dette er, det var opp til den enkelte å svare på om de hadde noe som ga mening for dem.

Jeg har nå gjennomgått hva som kjennetegner pasienter innlagt på tvang i en helseregion. Jeg vil nå se på hva dette sier om pasientenes livssituasjon og hva dette betyr for behandlingsapparatets oppfølging av pasientene.

Diskusjon

Som tidligere nevnt anses ofte rusavhengige som en gruppe mennesker med behov for hjelpetiltak på en rekke områder, og tjenestene må leveres av ulike tjenester på ulike nivå. Ikke minst gjelder dette den gruppen som tvangsinnlegges i institusjon, fordi dette er en særlig utsatt gruppe av rusmiddelavhengige, som ofte har en kaotisk livssituasjon med svært dårlig helse (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014).

I følge lovteksten skal man sette fysisk eller psykisk helse i fare grunnet omfattende og vedvarende rusmisbruk for å kunne legges inn etter HOL § 10-2. I denne undersøkelsen

oppgå nesten 70% av deltagerne at de hadde minst et psykisk problem eller diagnose ved innleggelsestidspunktet. Stadig flere pasienter med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse, tvangsinnlegges etter HOL § 10-2. Denne gruppen utgjør en særlig utfordring for hjelpeapparatet grunnet det komplekse sykdomsbildet (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). En av de metodiske begrensningene ved å bruke kvalitetsregisteret i denne undersøkelsen har vært at vi ikke har etterprøvd de opplysningene deltagerne ga oss. Pasientens vurdering av egen situasjon er uansett viktige med tanke på tilbudet man skal gi når en pasient legges inn på tvang. I følge Gerdner og Berglund (2009) er det av stor betydning å utrede og gi behandling under tvangsoppholdet for at tvangen skal ha effekt. Dette kan være en viktig indikator å ta med seg videre for hjelpeapparatet. HOL § 10-2 har ikke som formål å behandle pasientene, kun å tilrettelegge og motivere til videre behandling. Det er store forskjeller i hvordan ulike institusjoner i Norge praktiserer selve tvangen (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Med tanke på de utfordringene pasientene selv oppgir å ha, kan mange ha god nytte av et opphold som i tillegg til skjerming fra rusmidler har fokus på utredning og behandling, både med tanke på psykiske lidelser og på somatikk.

Grunnet den kompleksiteten disse menneskene ofte har med seg vil det også være betydningsfullt å få mer kjennskap til deres opplevelse av fysisk helse for å se om dette samsvarer med hjelpeapparatets opplevelse av gruppen. Når man ser på tallene for tilfredshet med egen helse hos deltagerne i denne undersøkelsen, viser det seg at to tredjedeler er nøytrale eller positive til egen fysiske helse før innleggelse etter HOL § 10-2. Med tanke på at loven sier at vedkommende skal utsette egen fysiske eller psykiske helse for fare grunnet rusmisbruk, er dette tallet kanskje overraskende høyt sett ut fra hjelpeapparatets perspektiv. Dersom pasienten selv opplever seg friskere enn det hjelpeapparatet mener, kan dette gi samarbeidsutfordringer og mangel på tillit videre. Opplevelsen av autonomi forsvinner og enkelte vil kanskje ha vanskeligheter med å se hvorfor det ble fattet vedtak om tvang. Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014) beskriver HOL § 10-2 som en vid lovbestemmelse, som ofte kan gi rom for tolkning ut fra hva hjelpeapparatet legger i begrepet «fare». Det har tidligere vært diskutert om man bør bruke begrepet «alvorlig fare», men pr. i dag er det altså nok å utsette sin «fysiske eller psykiske helse for fare» (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Disse tallene kan dermed altså tyde på at det er en diskrepans mellom hjelpeapparatets opplevelse av den rusavhengiges helse og hva vedkommende selv mener. Spesielt med tanke på at paragrafen fortsatt brukes i såpass begrenset grad at det er nærliggende å tenke at sosialtjenesten har hatt klare tanker om hvorfor det ble fattet tvangsvedtak i disse sakene.

Dette missamsvaret er et problem fordi det utfordrer motivasjonsarbeidet og opplevelsen av tvangsvedtaket kan bli ekstra krenkende for pasienten.

Mange av pasientene i denne undersøkelsen hadde mye behandlingserfaring. Flere hadde også tidligere erfaringer med tvang. I dette utvalget var gjennomsnittet på antall tidligere sekvenser i rusbehandling ni. Man kan tenke seg at med så mye behandlingserfaring vil mange ha gjort seg noen tanker om hva som kan fungere for dem og ikke. Som nevnt var dette førstegangsregistreringer og det ble derfor ikke spurt om dette, men det hadde vært interessant å se om noen hadde oppgitt å ha hatt effekt av tvang tidligere. Som tidligere nevnt kan man også tenke seg at noe av grunnen til økningen i tvangsinnleggelse kommer som følge av reinnleggelse. Videre oppgir over en tredjedel av respondentene å ha hatt lengre perioder med rusfrihet. Det foreligger ikke data på om dette var i forbindelse med eller etter behandling, men det er naturlig å tenke seg disse pasientene vil ha noen tanker om hva som kan hjelpe dem å oppnå rusfrihet igjen. En person i denne undersøkelsen oppgir å ikke ha vært i rusbehandling tidligere. I følge lovverket skal det ha vært forsøkt frivillig behandling før man igangsetter en tvangssak. Vi har ikke data på om det er forsøkt å motivere vedkommende til dette, men man kan kanskje stille spørsmålet på om det da er forsøkt frivillig behandling i tilstrekkelig grad.

Tallet på oppgitte overdoser varierte mellom null og hundre i mitt utvalg. Det er nærliggende å tenke at faren for overdoser henger sammen med det faktum at det er en økning i antallet innleggelse etter HOL § 10-2, 4. ledd, midlertidige vedtak (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014), som i utgangspunktet var tenkt kun å bli brukt unntaksvis. Det er naturlig å tenke at økningen kommer av at tvangsinnleggelse ofte blir igangsatt som livreddende tiltak, og at situasjonen for pasienten vurderes som akutt. Like fullt fører dette ofte til utfordringer fordi pasientens medvirkning i prosessen er fraværende og pasienten kan ende opp med å føle seg krenket og overkjørt av hjelpeapparatet. Dette kan igjen føre til en vanskelig start på innleggelsen med et dårlig samarbeidsforhold mellom pasienten og samarbeidspartnere, samt at det vanskeliggjør motivasjonsarbeidet (Hole, 2014).

Som nevnt er et av vilkårene i lovteksten at man skal tilrettelegge for videre behandling. Dette innebærer at man må jobbe for å finne den enkeltes motivasjon for videre rusfrihet og å oppnå en endring i livet. Man kan da tenke seg at det er uheldig å vente på soning eller ha uavklarte saker hos politiet når man blir lagt inn på tvang, slik flere av mine deltagere hadde. Dette kan føre til mye bekymring rundt hva fremtiden bringer, noen opplever kanskje at det ikke er noen

vits i å bli rusfri eller prøve å starte på et nytt liv siden man likevel skal inn og sone. Samtidig kan innleggelsen i en del tilfeller kunne bli brukt til pasientens fordel og gi muligheter for mildere straff i en eventuell straffesak. I denne forbindelse må man nevne at for de som har fått domfellelse i sine saker finnes det muligheter for soning i behandling gjennom Straffegjennomføringsloven § 12. Dette vil si at dersom man får innvilget soning i behandling etter søknad, kan man gjennomføre soningen samtidig som man får behandling i godkjent institusjon. Kriminalomsorg i frihet vil være en viktig samarbeidspartner i disse tilfellene.

Når det kommer til bolig tyder funnene i denne studien på at de som er innlagt på tvang ikke er verre stilt enn andre rusmiddelavhengige. I denne undersøkelsen oppga omtrent en fjerdedel at de bodde fast hos sin familie eller hadde midlertidig bolig. Man kan tenke seg at noen av disse også bor hos familie, i alle fall periodevis. Uavhengig av hvilket bosted de hadde oppga omtrent halvparten av respondentene at de var nøytrale eller positive til bostedet de hadde. Ni var negative, en svarte at det ikke var aktuelt. Ut fra disse tallene må en likevel kunne si at det er viktig å følge opp bosituasjon for de som blir innlagt på tvang, nettopp fordi det å inneha en stabil bolig vil kunne hjelpe til å oppnå stabilitet på øvrige områder i eget liv. Dette samsvarer med rapporten «Bolig og rus» som vektlegger at det er av stor betydning at det foreligger en trygg og stabil boligsituasjon når den rusmiddelavhengige er motivert for en endring i egen livssituasjon. I følge intervju som er gjort med brukere i denne rapporten oppgis dette som avgjørende for en del av de som ønsker å ta kontroll over rusbruken sin. Det vektlegges at mennesker med rusavhengighet trenger en bolig for å holde fast ved og bygge videre på den motivasjon for rusfrihet som gjerne er der når et behandlingsopplegg nærmer seg slutten (Dyb og Holm, 2015).

Tidligere forskning viser at det er flest kvinner som legges inn på tvang. Dette er også gjeldende i min studie. Det finnes flere hypoteser om hvorfor det er slik. Det at kvinner oftere oppgir at de blir utsatt for seksuelle overgrep eller at de utsetter seg for prostitusjon kan være en av grunnene til at det fattes flere tvangsvedtak på kvinner. I denne undersøkelsen viste det seg at åtte av ni kvinner bekreftet at de hadde blitt seksuelt krenket, mens tre av ni kvinner bekreftet at de hadde prostituert seg. Det er interessant at fire menn svarer i kategorien «ikke aktuelt» på spørsmålet om seksuell krenkelse. Ingen menn svarte bekræftende på dette spørsmålet. Man kan tenke seg at både prostitusjon og seksuell krenkelse er vanskelige tema, kanskje spesielt for menn, å svare på. En mann bekrefter imidlertid at han har prostituert seg. Det er beskrevet at over halvparten av kommuneansatte ser en sammenheng mellom det å få

hjelp til å komme seg ut av prostitusjon og antall tvangsinnleggelses for kvinner (Lundeberg, Mjåland og Høvig, 2014). Dårlig helsetilstand knyttet til seksuelle krenkelser kan være noe av grunnen til den høye andelen kvinner som legges inn etter HOL § 10-2.

Rusmiddelavhengige har mange risikofaktorer rundt seg (Helsedirektoratet, 2010). Det er vanskelig å si nøyaktig ut fra denne undersøkelsen hva som er utslagsgivende for at situasjonen ble som det ble, men man kan tenke seg til at her er det en kombinasjon av flere faktorer som blant annet inkluderer risiko- og beskyttelsesfaktorer. Videre forskning på gruppen, kanskje spesielt med tanke på deres opplevelse av egen situasjon og behandlingserfaring, kan kanskje gi oss i hjelpeapparatet en enda bedre forståelse av gruppen, noe som igjen kanskje kan gi pasientene en mindre tvangsmessig behandling og større opplevelse av autonomi, på tross av at de er innlagt mot egen vilje.

Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg likevel funnet tegn på at det kanskje kan være en forskjell på hvordan hjelpeapparatet ser på gruppen og hva de selv mener. Jeg spurte i min problemstilling om hva som kjennetegner rusmiddelavhengige innlagt på tvang etter HOL § 10-2. Det viser seg at en stor andel er fornøgd med egen fysisk helse, av de som er negative til egen fysisk helse er nesten alle i gruppen fra 26 år og eldre. Mange rapporterer at de har en eller flere psykiske lidelser. Omtrent halvparten av utvalget var nøytral eller positiv til egen boligsituasjon. Flere av respondentene har uavklarte saker hos politiet eller venter på soning, noe som kanskje kan påvirke motivasjon og ønske om endring. Mange av de som var tvangsinnlagte hadde mye behandlingserfaring fra før, flere hadde også gjentatt erfaring med tvangsinnleggelses. På tross av manglende skolegang og arbeidsvirksomhet oppga hele 70 % at de har en aktivitet de finner meningsfull i hverdagen

Ut fra disse egenrapporteringene, samt forskning som tidligere er gjort på området, kan man konkludere med at mange i denne gruppen har utfordringer på flere områder. Det er nærliggende å tenke at svært mange i denne gruppen trenger utredning og behandling. Med tanke på lovteksten i Helse- og omsorgstjenesteloven er dette et viktig poeng, siden lovverket ikke gir anledning til å tvinge noen til utredning og behandling. Man kan kun ta en person inn i institusjon for skjerming fra rusmidler og for tilrettelegging og motivering for videre behandling. Uavhengig av dette kan man likevel tenke seg at pasientgruppen vil nyte godt av

individuell utredning under tvangsoppholdet. Dette vil føre til bedre oppfølging og mer individuell tilrettelegging på de områdene pasientene opplever problemfylte.

Litteraturliste

- Arai, D., Friberg, O., Hagtvet, K.A., Handegård, B.H., Jacobsen, B.K., Lie, S. & Mørch, W-T. (2010) Kapittel 6 – Evaluering av tiltak. Kapittel 7 – Epidemiologi. I Martinussen, M. (red.) *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. (s. 199-250). Fagbokforlaget: Bergen.
- Arntzen, E. (2014) *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten*. Gyldendal akademisk: Oslo.
- Dyb, E. & Holm, A. (2015) *Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer*. Norsk institutt for by- og regionforskning: Oslo.
- Gerdner, A. og M. Berglund (2009). *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. Till Missbruksutredningen*. Hentet fra: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:292085/FULLTEXT01.pdf>
- Helsedirektoratet (2009). *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Helsedirektoratet: Oslo.
- Hole, R. (2014) *Forebygging og behandling av rusproblemer – en innføring*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Lundeberg, I.R. & Mjåland, K. (2009) *Grenser for tvang. Om sosialarbeidernes rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere*. Rapport 4-2009. Uni Rokkansenteret: Bergen.
- Lundeberg, I.R., Mjåland, K., Søvig, K.H., Nilssen, E. & Ravneberg, B. (2010) *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Uni Rokkansenteret: Bergen.
- Lundeberg, I.R., Mjåland, K., & Søvig, K.H. (2014) *Tvang i rusfeltet*. Gyldendal juridisk: Oslo.
- Mjåland, K. (2008) *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. (Masteroppgave). Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Nelson, E.C., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J.H. & Lindblad, S. (2015). Patient reported outcome measures in practice. *BMJ*. doi 10.1136/bmj.g7818

Opsal, A., Kristensen, Ø., Larsen, T.K., Syversen, G., Rudshaug, E.B.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*. 13-57. doi: 10.1186/1472-6963-13-57.

De tvangsinnlagte

*Refleksjonsnotat over artikkelen «De
tvangsinnlagte»*

Ingrid Marie Ellingsen



Masteroppgave ved Institutt for klinisk medisin/Det medisinske
fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

17. oktober 2016.

De tvangsinnlagte

Et refleksjonsnotat over artikkelen «De tvangsinnlagte» som er skrevet på bakgrunn av en kvantitativ undersøkelse av 26 pasienter innlagt på tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 ved en bestemt institusjon i tidsrommet mars 2013-januar 2014.

© Forfatter: Ingrid Marie Ellingsen

År: 2016

Tittel: De tvangsinnlagte.

Forfatter: Ingrid Marie Ellingsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Dette er et refleksjonsnotat over artikkelen «De tvangsinnlagte» som ble skrevet som min masteroppgave. Dette var en kvantitativ studie som så på egenrapporteringer om blant annet fysisk og psykisk helse, rusmiddeldebüt, bolig og utdanning hos pasienter innlagt på tvang etter Helse- og Omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-2. Dette er en tvangsparagraf som gir grunnlag for at rusmiddelavhengige, uten å ha gitt eget samtykke, kan holdes tilbake i institusjon i inntil tre måneder. Dataene jeg har brukt er innsamlet ved hjelp av Kvalitetsregisteret for behandling av ruslidelse.

Dette refleksjonsnotatet tar for seg bakgrunnen for valget av oppgaven, samt en introduksjon over tvangsparagrafene som kan benyttes. Det blir videre gitt en redegjørelse for etiske overveielser og metode før jeg avslutter med en diskusjon.

Summary

This is a reflection paper over the article “The involuntary admitted” which was written as my master thesis. This was a quantitative study that among other things, looked at self-reporting on physical and mental health, substance use debut, housing and education for patients who are involuntary admitted under the Norwegian Social Services act § 10-2. This is a compulsory section which provides a basis for people who has a substance use disorder, without having given their consent, to be detained in an institution for up to three months. The data I have used is collected with help by the “Quality register for treatment of substance use disorders”.

This reflection paper addresses the background for the chosen task and an introduction of compulsory sections that may be used. There will also be given an account of ethical considerations and methods, before I conclude with a discussion.

Refleksjonsnotat

1.0 Innledning

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge benytter de fleste voksne menn og kvinner en gang i blant. De fleste av oss forbinder dette med noe positivt. Imidlertid er det noen som utvikler et problematisk forhold til rusmidlene (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Rusavhengighet fører ofte til mye lidelse både for den det gjelder og for nettverket personen har rundt seg. Avhengighet kan forstås som et atferdsmessig syndrom som innebærer en sterk tanke om rusmiddelets betydning i personens liv, samtidig fører det ofte til dårlig selvkontroll. Videre er et av kriteriene for avhengighet det at man fortsetter å bruke rusmiddelet, på tross av de negative konsekvensene det fører med seg. Avhengigheten er i mange tilfeller også tilbakevendende (Bramness, 2012, s.5). Dersom en person står i fare for å skade egen fysiske eller psykiske helse grunnet rusmisbruk, kan det som beskrevet i artikkelen vurderes om man skal fatte et vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-2. Å legge inn noen i institusjon uten eget samtykke er en paternalistisk inngripen, man tenker at mennesket det gjelder vil bli skadelidende dersom man ikke foretar seg noe (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

Bruken av tvang er omdiskutert og temaet engasjerer oss. Overskrifter som «Rusmisbrukere blir redde av plutselig tvangsinnleggelse» og «Flere rusmiddelavhengige bør tvangsinnlegges» kan leses i avisene med jevne mellomrom. Grunnet at en tvangsinnleggelse er en så stor inngripen i livet til et menneske er det også mange etiske vurderinger i forbindelse med en tvangssak. Dette kommer jeg nærmere tilbake.

Etter å ha jobbet med pasienter innlagt etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-2 i over fem år, opplever jeg en endring i pasientgruppen. Endringen består i at man tidligere fikk pasienter hvor utfordringen i hovedsak omhandlet rusavhengighet, til at det nå i større grad innlegges pasienter som i tillegg til rusmiddelavhengighet har alvorlige somatiske lidelser, psykoseproblematikk, selvskadingsatferd og/eller forhøyet suicidalfare. En del er utestengt fra kommunale hjelpetilbud og botilbud grunnet f.eks. aggresjon og utagering, flere er også

uønsket ved frivillige behandlingstilstander grunnet deres tidligere erfaringer med pasienten. Samtidig har mange utfordringer med seg fra barndom og oppvekst. Mennesker med rusavhengighet kan etter min erfaring ofte være sårbare, og fellesnevneren for nesten alle er at man har mye å jobbe med underveis i oppholdet. Min opplevelse av denne endringen alene gir ikke et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om det har vært en generell utvikling på landsbasis, men det var denne opplevelsen som satte i gang tankeprosessen om å skrive om denne pasientgruppen i masteroppgaven min. Mine tanker om utviklingen vil være preget av mitt ståsted i min arbeidshverdag, og jeg kan ikke dra konklusjoner ut fra å observere et fåtall personer (Album, Hansen & Wiederberg, 2010).

Det har ikke vært forsket mye på bruken av tvang i Norge, men som beskrevet i artikkelen konkluderer de studiene som er gjort med et behov for mer informasjon. Flere av kildene mine framhever at man må tilstrebe at graden av makt og tvang blir redusert, dette vil ha mye å si for pasientens opplevelse av tvangsoppholdet (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014 og Gerdner & Berglund, 2009). En kunnskapsoppsummering som skulle se på effekten av tvang for opioidavhengige fant ikke forskning av høy kvalitet om hvilken effekt tvangsbehandling har. Der ble det konkludert med et behov for forskning som kan belyse dette temaet (Kunnskapssenteret, 2009). Gjennom arbeidet med artikkelen har også jeg sett behovet for mer forskning på området, og har med denne studien prøvd å gi et nytt bidrag til måten å forstå denne gruppens hjelpebehov og opplevelser av tvang.

Jeg skal nå se nærmere på saksgangen rundt en tvangsinnleggelse, før jeg ser på etiske vurderinger rundt bruken av tvang. Jeg vil også gjøre rede for noen etiske problemstillinger jeg møtte underveis i arbeidet med studien. Jeg har i artikkelen min valgt å kun skrive om HOL § 10-2, og vil derfor ikke gå nærmere inn i HOL § 10-3, paragrafen som dekker gravide rusmiddelavhengige. Jeg vil imidlertid se nærmere på HOL § 10-4 i dette refleksjonsnotatet. Dette er paragrafen som dekker frivillig tvang og som fra lovgivningen sin side har vært tenkt som førstevalget dersom det vurderes å fatte en tvangssak på noen. Etter gjennomgangen av tvangsparagrafene vil jeg reflektere rundt metoden jeg har brukt, før jeg avslutter med en diskusjon og påfølgende konklusjon. Helt til sist følger litteraturliste og vedlegg til artikkelen.

1.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Et vedtak om en tvangsinnleggelse etter HOL § 10-2 fattes i Fylkesnemda for barnevern og sosiale saker. Dette skjer etter at kommunen har fremmet saken. Dette skjer som regel på grunnlag av egne observasjoner fra de kommuneansatte eller en eller flere bekymringsmeldinger fra pårørende eller fra andre instanser i hjelpeapparatet. Frivillige tiltak skal ha vært prøvd først. Dersom frivillighet viser seg å ikke være tilstrekkelig og tvang anses nødvendig har kommunen flere valg, avhengig av hvor akutt man anser at situasjonen er. Et ordinært vedtak etter HOL § 10-2 skjer ved at kommunen skriver saken og sender den til Fylkesnemda for godkjenning. Saken vil da være ferdig behandlet i nemda før pasienten legges inn i institusjon. Pasienten har ved en slik ordinær saksgang hatt mulighet til å møte opp i nemda for å gi sin innstilling og forklaring av saken (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

HOL § 10-2, 4. ledd, er lovhjemmelen som omhandler midlertidige vedtak, også kalt hastevedtak. Denne hjemmelen skulle i utgangspunktet kun brukes unntaksvis. Imidlertid er praksisen blitt en annen, og midlertidige vedtak brukes ofte. Dette kan gjerne ses i sammenheng med at man ofte anser en tvangsinnleggelse for et livreddende tiltak, men det er like fullt problematisk med tanke på pasientens inngang til oppholdet. Pasienten skal være informert på forhånd om at det vurderes å igangsette en tvangssak, men likevel opplever mange at innleggelsen kommer som et sjokk. Videre er saksgangen annerledes når det gjelder midlertidige vedtak. Det midlertidige vedtaket skal godkjennes i nemda innen 48 timer. Når dette er godkjent har kommunen tre uker på seg til å fremme den endelige saken. Saken skal etter dette opp i Fylkesnemda for å vurdering og endelig vedtak foreligger dersom saken blir godkjent (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

Fylkesnemda sitt vedtak kan tas inn til tingretten for overprøving dersom pasienten ønsker å klage på vedtaket. Dette er hjemlet i HOL § 10-7. I teorien kan både kommunen og den private part gjøre dette, men siden det er kommunen som begjærer tvangsinnleggelsen, er det i praksis pasienten som i samråd med sin advokat har denne muligheten. Det er det offentlige som dekker alle kostnader i forbindelse med tvangssaker etter HOL, og pasienten har krav på advokat som representerer pasientens syn i saken (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

HOL § 10-4 omhandler muligheten for avtalt tvang, ofte kalt frivillig tvang. Lovgivningen har hele tiden framhevet at dette skal være førstevalget når man vurderer en tvangssak. Likevel

har ikke dette vært praksis. Det finnes ikke gode oversikter over hvor ofte denne paragrafen faktisk benyttes, men den oversikten man har viser at paragrafen kun benyttes marginalt mer enn vedtak etter HOL § 10-2 (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). I høringsutkastet for en ny veileder for bruk av tvang ovenfor rusmiddelavhengige går det igjen tydelig fram at kommunen må vurdere om HOL § 10-4 er et tilstrekkelig tvangstiltak, før man kan fatte et vedtak om innleggelse etter HOL § 10-2 eller HOL § 10-2, 4. ledd. Paragrafen om frivillig tvang hjemler muligheten for at personen selv kan samtykke i å bli innlagt og holdt tilbake i institusjon som er utpekt av regionalt helseforetak. I lovforarbeidene omtales altså HOL § 10-4 til å være hovedregelen ved bruk av tvang. Avtalt tvang vil være spesielt hensiktsmessig i de tilfellene hvor pasienten selv ønsker behandling og er motivert, men likevel vet at motivasjonen kan forandre seg underveis. Formålet med paragrafen er å hindre at impulshandlinger grunnet ambivalens eller sviktende motivasjon gjør til at en pasient avbryter oppholdet. Det vektlegges videre at det er nødvendig med et godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i forkant av innleggelsen for å vurdere om avtalt tvang er et aktuelt alternativ for pasienten det gjelder (Helsedirektoratet, 2016).

Den nye veilederen slår også fast at man har samarbeidsutfordringer mellom tjenestenivåene og at det foreligger store variasjoner i kvaliteten på gjennomføring av tvangsvedtak (Helsedirektoratet, 2016). Dette beskriver også Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014). Konflikter i tvangssaker dreier seg særlig om utfordringer rundt innleggelse og utskrivelse. Kommunen er som nevnt eneste instans som kan fatte vedtak om tvangsinnleggelse etter HOL § 10-2, altså har ikke de behandlingsinstitusjonene som tar imot denne pasientgruppen normalt sett noen innvirkning på hvilke pasienter de får inn. Dette kan igjen føre til at institusjonen velger å skrive ut pasienter som kommunen har fattet vedtak på. For mens kommunen på den ene siden har enerett på å fremme tvangsvedtak, har spesialisthelsetjenesten fullmakt til å avslutte tvangsopphold, forutsatt at det er faglige grunner som taler for det. Ofte er det den rusavhengige som ender opp som den skadelidende når denne typen uenigheter og samarbeidsproblemer mellom forvaltningsnivåene oppstår, noe som igjen kan resultere i både frustrasjon og mistillit til hjelpeapparatet (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014).

1.1.3 Etiske vurderinger

Bruk av tvang i helsetjenesten er etisk utfordrende. Dette krever at man må ta særskilte hensyn når det kommer til juridiske og etiske begrunnelser for at man benytter det. Tvang reduserer personens egen frihet og kontroll over eget liv. Man mister selvbestemmelsesretten og integriteten. Det må foreligge gode grunner for at tvang skal iverksettes, eksempelvis at pasienten står i fare for å skade seg selv (Søvig, 2007).

Helse- og omsorgstjenesteloven vektlegger de grunnleggende prinsippene man har om menneskets autonomi og integritet, men den regulerer også hjemmelen for tvang ovenfor rusmiddelavhengige (Nilssen, 2005). Som omtalt i artikkelen er det noen etiske vurderinger å ta hensyn til i forbindelse med en tvangsinnleggelse. Man kan tenke seg at den største etiske problemstillingen handler om valget på å gjøre en inngripen som er mot en persons egen vilje, altså den paternalistiske inngripen. Det er lett å se for seg at når det først fattes et slikt vedtak er grunnlaget sterkt, i alle fall om man ser det fra hjelpeapparatet sin side. Ser man dette opp mot funnene i artikkelen min kan man likevel tenke seg at ikke alle pasientene nødvendigvis har vært enig i avgjørelsen om at de skulle bli lagt inn på tvang. Dette spesielt med tanke på vurderingen av fysisk helse. Dersom de selv opplever at helsetilstanden er god, kan det bli enda vanskeligere å forstå hvorfor kommunen bestemte seg for å fremme saken. Videre kan man stille spørsmålet om hvorvidt personen selv vil bli skadelidende av å ikke bli innlagt på tvang versus det å bli det. Dersom pasienten står i fare for å bli alvorlig skadet eller dø av misbruket, vil hensynet til dette komme først. Nilssen (2005) beskriver det som at selv om en tvangssak kan gå mot selvbestemmelsesretten og integriteten vår, kan manglende inngripen være en neglekt av vårt kollektive og etiske ansvar for å hjelpe mennesker i nød. I høringsutkastet til den nye veilederen (Helsedirektoratet, 2016) framheves fokuset på brukervedvirkning ved tvang som et førende prinsipp som må skje i alle faser av saken. Det vektlegges her at brukervedvirkning har stor betydning for graden av opplevd tvang.

I arbeidet med artikkelen møtte jeg også flere etiske problemstillinger. Før vi begynte med datainnsamlingen diskuterte vi mye rundt hvordan pasientene ville oppleve å bli spurt så omfattende om tema som omhandlet rushistorikk, fysisk og psykisk helse, samt potensielt vanskelige tema fra barndom og oppvekst. Vi ble enige om at alle pasientene skulle få vite at de hadde mulighet til å snakke med psykolog eller med oss etter registreringen. Dette var det imidlertid ingen pasienter som følte behov for. Noen få ba om en pause underveis, men var klar for å fortsette igjen etter kort tid. De ble alle tydelig informert om at de kunne ta pauser

eller avbryte dersom de ønsket det. Vi som intervjuet pasientene hadde på forhånd tenkt at det kunne bli vanskelig for pasientene å gå så detaljert inn i blant annet rushistorien, men dette var det ingen av pasientene som ga uttrykk for at var et problem. For flere virket det heller som om de satte pris på å få en oversikt over rushistorien sin, og flere ga muntlig uttrykk for at det var greit å få en ordentlig oversikt. Vi hadde også et bilde på forhånd av at det kunne være vanskelig for pasientene å huske alle detaljer fra hva som hadde skjedd og når, men vi som intervjuet satt alle igjen med et inntrykk av at pasientene hadde god oversikt. Vi opplevde at de fleste av pasientene virkelig konsentrerte seg om å svare så riktig som mulig på spørsmålene. Man kan likevel tenke seg at noen av pasientene opplevde dette vanskeligere enn hva de ga uttrykk for.

2.0 Metode

Forskning kan defineres som et vitenskapelig arbeid hvor det foreligger et mål om å finne ny kunnskap eller som kan brukes til å forbedre en allerede eksisterende prosess eller et produkt. Anvendt forskning brukes som begrep når formålet er å finne ny kunnskap til praktisk anvendelse. Klinisk forskning er et eksempel på denne typen forskning (Mainz, Bartels, Bek, Pedersen, Krøll & Rhode, 2011). Mitt mål med denne studien har gjennom hele prosessen vært å gi et lite bidrag til måten å se og forstå pasientgruppen på.

Bakgrunnen for min undersøkelse var et kvalitetsforbedringsprosjekt som skulle se på hvordan det gikk med pasienter som hadde vært innlagt ved en bestemt institusjon. Dette prosjektet fulgte pasientene i et år etter utskrivelse med nye registreringer hver tredje måned. Det var vi som gjennomførte de første registreringene som også hadde ansvaret for oppfølgingene. Imidlertid var det av ulike årsaker kun en liten andel som gjennomførte alle registreringene og datagrunnlaget fra dette prosjektet er derfor høyest på førstegangsregistreringene. Siden jeg var opptatt av hva som kjennetegner gruppen som er innlagt på tvang, var det også disse opplysningene som var mest nærliggende å bruke for meg. Da jeg fikk muligheten til å være med fra starten av i dette prosjektet hadde jeg ingen erfaring fra denne typen arbeid. Vi fikk opplæring i bruken av kvalitetsregisteret og en god innføring i tanken bak studien. Vi fikk mye ansvar i prosessen videre når det gjaldt å informere og inkludere pasientene, samt gjennomføringen av selve intervjuene. Vi ble også invitert inn i en

arbeidsgruppe som jobber med utformingen av registeret for å dele våre erfaringer fra bruken av det. Dette var en spennende erfaring. Prosjektleder hadde det overordnede ansvaret gjennom hele prosessen og hun var alltid tilgjengelig for oss ved spørsmål. Grunnet at registeret var i en utprøvningsperiode kom det flere nye versjoner av registeret i løpet av tiden vi inkluderte respondenter. Noen av forandringene var små, men det var likevel en utfordring for oss, siden vi ofte måtte forholde oss til endringer. Dette ble lettere etter hvert som vi ble bedre kjent med registeret. I begynnelsen var registeret svært omfattende og det tok nærmere halvannen time å gjennomføre registreringene. Vi merket at pasientene kunne bli utålmodige mot slutten, de fikk da alltid tilbud om å ta en pause eller fortsette en annen dag. Dette var også en av tilbakemeldingene vi ga til arbeidsgruppen. Etter hvert har registeret fått noe færre spørsmål og utformingen har blitt bedre, slik at registreringene mot slutten ikke tok så lang tid.

Vi som gjennomførte intervjuene hadde jevnlig møter oss i mellom og med prosjektleder. Vi fordelte oppgavene og avklarte hvem som skulle ha ansvar for hvilke registreringer. Under intervjuene trakk vi oss alltid vekk fra selve sengeposten og satt på et eget rom hvor vi ikke skulle bli forstyrret. Vi koblet bildet fra dataskjermen opp på en vegg slik at både intervjuer og deltager skulle se alt som foregikk og at svarene som ble gitt ble lagt riktig inn.

Siden kvalitetsregisteret er omfattende og dekker svært mange områder, måtte jeg i artikkelen velge ut hvilke faktorer jeg ønsket å gå nærmere inn i for å belyse problemstillingen. Valget falt naturlig på fysisk og psykisk helse grunnet formuleringen i lovparagrafen. Videre ønsket jeg å kartlegge boligforholdene til pasientene i gruppen, samt hvorvidt de hadde en tidlig rusmiddeldebut og hvorfor. Etter å ha jobbet med pasienter innlagt på tvang over flere år mente jeg også det var viktig å belyse de utfordringer som ligger med tanke på mulige domfellelser, venting på soning og eventuelt uavklarte saker med rettsvesenet. Jeg ønsket også å se på kjønnsforskjeller fordi man vet at det er flere kvinner enn menn som blir innlagt på tvang. Da var det også nærliggende å se på prostitusjon og seksuell krenkelse fordi dette er en vanlig oppfatning av hvorfor det er en høyere andel tvangsinnlagte kvinner.

En viktig observasjon som også er nevnt i artikkelen er opplevelsen vi medarbeiderne satt igjen med etter intervjuene om pasientenes opplevelse av registreringene. På tross av at registreringene var omfattende virket det som om pasientene var interessert og engasjerte. Vi opplevde til og med at enkelte pasienter anbefalte andre å delta i prosjektet. Det at vi som intervjuet pasientene kjente dem kan ha bidratt til at de følte at det var trygt å svare. På den

andre siden kan man også tenke seg til at de formidlet en «snillere» versjon av sannheten, nettopp på grunn av at vi kjente dem. Forholdet mellom intervjuer og deltagere er uansett en viktig faktor å være oppmerksom på i denne sammenhengen, fordi relasjoner mellom helsepersonell og en pasient kan bli asymmetrisk. Thornquist (2009) forklarer dette med at de ulike partene ikke har samme kompetanse, og heller ikke er hverandres fortrolige. Forskjellen ligger altså i ulikheten mellom de involverte partene, hvor den ene har behov for den andres tjenester og kompetanse (Thornquist, 2009).

I forskning har man en rekke ulike måter å forsøke å finne ut av det man ønsker svaret på. Å bruke kvalitetsregisteret hadde som nevnt i artikkelen noen metodemessige begrensninger som gjorde at jeg ikke fikk svar på enkelte tema som kunne vært interessant i forbindelse med denne studien. Når jeg skulle undersøke hva som kjennetegner gruppen som er innlagt på tvang etter HOL § 10-2, kunne jeg valgt flere fremgangsmåter. En kvalitativ tilnærming ville kunne gitt mer inngående svar om den enkeltes historie og opplevelse av tvang. Jeg kunne også valgt en kvantitativ tilnærming hvor jeg laget spørsmålene til undersøkelsen selv. Dette kunne blant annet gitt meg svar på grad av tvang ved selve innleggelsen, altså om det var bistand fra politi eller om de reiste frivillig til institusjonen. Det kunne også gitt svar på hvor mange som var innlagt på endelige vedtak versus hastevedtak og om noen av de som har vært innlagt på tvang tidligere har opplevd effekt av det. Likevel følte jeg at det var riktig for meg å bruke dataene som jeg har kjennskap til i dette prosjektet.

I løpet av et år er det ca. 350 innleggelser etter HOL §§ 10-2 og 10-3 i Norge. I 2013 var det 159 innleggelser etter HOL § 10-2 (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). I min undersøkelse var det 26 respondenter, alle fra samme helseforetak og innlagt på samme institusjon i en gitt tidsperiode. Tidligere forskning viser at det er regionale forskjeller for bruken av tvang i Norge (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Mine respondenter er derfor ikke representative for alle som blir tvangsinnlagt etter HOL § 10-2, men man kan likevel kanskje tenke seg at det kanskje kan være noen likheter opp mot resten av landet, spesielt siden en del av mine funn i artikkelen stemmer godt overens med tidligere forskning som er gjort på gruppen. Det er imidlertid viktig å være klar over at jeg har et lite datamateriale som man ikke kan dra andre konklusjoner ut fra enn hva gjelder de aktuelle respondentene.

Videre er det viktig å huske at det ikke finnes noe måleinstrument som er feilfritt. Mulige feil kan forekomme både tilfeldig og systematisk (Martinussen, 2010). I denne studien kan dette ha gjort seg gjeldende for eksempel ved at en pasient spurte om hva et spørsmål betydde og

fått et utydelig svar, eller at noen av oss som intervjuet hadde feile oppfatninger av hva spørsmålene innebar. Dette kan ha påvirket svarene slik at det kan forekomme feilopplysninger.

Jeg valgte i artikkelen min å dele opp enkelte av variablene i grupper på 25 år og yngre, og fra 26 og oppover. Grunnen til at jeg gjorde det er at i litteraturen for øvrig beskrives ofte de unge rusavhengige som en spesielt utsatt gruppe (Helsedirektoratet, 2010), og jeg ønsket å se om dette også gjaldt for mine respondenter.

3.0 Diskusjon

Som omtalt i innledningen engasjerer bruken av tvang oss. Det er en voksende etisk bekymring rundt det å legge inn noen mot deres vilje (Opsal, Kristensen, Larsen, Syversen, Rudshaug, Gerdner & Clausen, 2013). Dette kan kanskje også henge sammen med at rusmiddellidelser er en stor helsepolitisk utfordring, som mange har en mening om. Videre er det mange har en mening om hva som er årsaken til problemet og hvordan man kan hjelpe de som har det (Lossius, 2012, kap.1).

I studien min fant jeg at gjennomsnittsalderen var rett i underkant av 29 år. Dette samsvarer med tidligere forskning gjort av Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014). At gjennomsnittsalderen er såpass lav sier noe om at det ikke er de eldre rusavhengige som blir lagt inn på tvang, til tross for at den gjennomsnittlige levealderen i gruppen øker. Dette er en spennende observasjon i seg selv. For mens rusavhengige blir stadig eldre og som følge av et mangeårig rusmisbruk har en stadig mer nedsatt helsetilstand, tyder disse tallene på at det ikke er denne gruppen som prioriteres i bruken av denne paragrafen. Det er interessant med tanke på at det ikke er funnet noe som tyder på at gruppen med «eldre» rusavhengige har mindre effekt av tvang, kanskje heller tvert imot –at de har rust fra seg og er klar for en endring i livet (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Kanskje kan man her tenke at det foreligger en forventning fra samfunnet om at behandlingsnytt for den eldre gruppen er lav. Samtidig kan man tenke seg at dersom man ser denne gruppen opp mot de yngre, er kanskje de eldre mer lettere å motivere fordi de har levd lengre med rusen og i større grad ser de negative aspektene med det enn hva de yngre som fortsatt synes det er gøy gjør.

Alkohol er uten tvil det mest brukte rusmiddelet i Norge. Det er vanskelig å finne konkrete tall på hvor mange som har et problematisk forhold til alkohol, men det er anslått at det kan

være mellom 66 500 og 123 000 mennesker som oppfyller vilkårene for å ha en alkoholavhengighet, andre anslår at det kan være så mange som 2-300 000 som har alkoholproblemer. Til sammenligning regner man at det er mellom 8000-12500 injiserende rusavhengige med blandingsmisbruk i Norge (Hole, 2014). Så kan man spørre seg hvorfor det er slik at det kun er et lite mindretall av de som blir innlagt på tvang som har alkohol som hovedrusmiddel. Man kan tenke seg til at dette handler om at alkohol er et legalt rusmiddel og at dette gjør det enda vanskeligere å intervensere i menneskets liv fordi man ikke har gjort noe ulovlig. En annen mulig forklaring er at ved injisering av illegale rusmidler utsetter man seg for mange tilleggsrisikoer f.eks. med tanke på smitte og infeksjoner.

Rusmiddelavhengige har generelt sett en dårligere helsetilstand enn befolkningen for øvrig. Det er nærliggende å tenke at flere tusen rusmiddelavhengige har en så dårlig helsetilstand at vilkårene i HOL § 10-2 er innfridd (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Like fullt fant jeg i min undersøkelse at hele to tredjedeler var nøytrale eller positive til egen fysiske helsetilstand. Som nevnt i artikkelen foreligger det her en diskrepans mellom hjelpeapparatets oppfatning og den rusmiddelavhengiges egenopplevde situasjon. Det å bli innlagt på tvang kan oppleves svært vanskelig. Opplevelsen av autonomi forsvinner når man blir fratatt egne valgmuligheter. I samfunnet ses dette på som en viktig faktor, det er viktig for oss å ha muligheten til å bestemme over eget liv og å ta de valg vi ønsker. Det er derfor ikke så vanskelig å forstå at mange rusmiddelavhengige føler det som et overgrep å bli innlagt mot sin vilje. Dessverre har jeg ikke tall på hvor mange som samtykket til vedtaket, dette på grunn av kvalitetsregisterets begrensninger. Det er etter min mening like fullt en viktig tanke å ha med seg videre for hjelpeapparatet. Det kan være vanskelig for den som legges inn mot sin vilje og opplever å bli fratatt autonomien, å skulle snu dette til å bli noe positivt og å bli motivert for en endring i egne rusvaner. Dette er en vanlig problemstilling for oss som jobber på feltet, å jobbe med å finne motivasjon hos noen som blir tvunget til å være et sted kan være både utfordrende og frustrerende. Motivasjon kan gjerne defineres som tanker eller følelser som igjen påvirker atferd (Barth, Børtveit og Prescott, 2001). I følge Hole (2014) er det imidlertid viktig å ikke se på motivasjon som noe man enten har eller ikke har. Her kan det være store variasjoner og motivasjonen kan svinge. Jobben til hjelpeapparatet må derfor være å prøve å opprettholde og videreutvikle de tegnene man ser.

Som nevnt i artikkelen brukes HOL § 10-2 i fortsatt i relativt liten grad sett ut fra målgruppen den kan dekke. I 2012 utgjorde tvangsinnleggelsene omtrent 2 % av det totale antallet

innleggelser. Det året var det rundt 14000 innleggelser i frivillige institusjoner (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Man kan spørre seg om hvorfor det er slik. En mulig årsak er det Lundeberg m.fl. (2010) fant i sin studie, at på tross av at de mener lovteksten er vid opplever mange kommuneansatte at denne er vanskelig. Ressursbruk har også blitt løftet fram av kommunearbeidere som en mulig faktor for at tvang fortsatt brukes i begrenset grad. Prosessen med en tvangssak er omfattende og tar mye ressurser i kommunen. Når man da ikke vet om tvangen vil ha effekt, kan dette føre til at man velger å ikke bruke det i saker man kanskje burde gjort det. Det er påvist at det er store variasjoner både på individnivå (ulike saksbehandlere), mellom ulike kommuner, og også innad i store kommuner. Dette kan handle om tidligere erfaringer med tvangssaker, det kan være lettere å sette i gang en tvangssak hvis man har erfaring med dette fra tidligere. Det er også naturlig at større kommuner har flere tvangssaker grunnet at det ofte er flere rusmiddelavhengige i byer, men dette kan ikke forklare forskjellene alene (Lundeberg, Mjåland og Høvig, 2014). Bruken av bistandsteam kan være en løsning på den typen frustrasjoner som oppstår når behandling sinstitusjonene ikke deler kommunenes vurdering av behovet for tvang. Bistandsteam er trukket fram i høringsutkastet for veilederen som skal komme, som et rådgivende samarbeidsorgan som kan gi gode forutsetninger for brukermedvirkning og samarbeid gjennom hele prosessen (Helsedirektoratet, 2016).

Hastevedtak skulle i utgangspunktet være lovhjemmelen som kun unntaksvis ble brukt. Slik er ikke praksis i dag, men også på dette området er det regionale forskjeller (Lundeberg, Mjåland & Søvig, 2014). Som nevnt i artikkelen kan man tenke seg at det er en sammenheng mellom gjentatte overdoser og et hastevedtak. I disse tilfellene benyttes tvangen som livreddende tiltak. Bakgrunnen er da at pårørende, helsepersonell eller de kommuneansatte er oppriktig bekymret for pasienten og at kommunen derfor tar en vurdering på at oppholdet må komme i gang omgående, altså uten å vente på at saken skal opp i nemda først som ved et endelig vedtak. Som beskrevet tidligere er det kommunen som har ansvar for å fremme sak om at en person skal legges inn etter HOL, og det er Fylkesnemda for barnevern og sosiale saker som godkjenner eller underslår forslaget til vedtak (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Lov om psykisk helsevern § 3-2 og § 3-2 er ment for pasienter som trenger innleggelse grunnet psykiske lidelser. Ufrivillig innleggelse er ved disse paragrafene bare et alternativ bare når en psykiater eller overlege har vurdert pasienten til å være ute av stand til å ivareta seg selv. Man kan bare bruke disse paragrafene når pasienten er psykotisk eller kan være en fare for seg selv eller andre. I 2010 var det rundt 8300 innleggelser etter psykisk

helsevernloven §§ 3-2 og 3-3. Det anslås at rundt en tredjedel av disse pasientene har en samtidig rusavhengighet (Opsahl, m.fl. 2012). Det er i en økende tendens at pasienter blir overført direkte fra psykisk helsevern til opphold i rusinstitusjon etter HOL § 10-2 (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014). Et paradoks med dette er bruken av hastevedtak i denne sammenheng. HOL § 10-2, 4. ledd skal kun brukes unntaksvis og kun ved akutt fare for liv og helse. Dersom en pasient har vært inneliggende ved en psykiatrisk institusjon, men ikke vurdert å fylle kriteriene for § 3-2 og § 3-3 i psykisk helsevernloven, kan man kanskje stille spørsmålsteget ved om vilkårene for HOL § 10-2, 4. ledd er tilstede.

Man kan tenke seg at de ulike hjemlene betyr mye for pasientens opplevelse av brukermedvirkning i forbindelse med en tvangssak. Når det gjelder endelige vedtak betyr det i praksis at pasienten i større grad har vært involvert i saken fra begynnelsen av. Personen er ikke nødvendigvis enig, men har likevel mulighet til å innstille seg på institusjonsoppholdet på en annen måte enn dersom det fattes et hastevedtak. Når det gjelder hastevedtak innebærer det ofte for pasienten sin del mye usikkerhet omkring hvorvidt man skal fortsette å være på tvang eller ikke. Man kan tenke seg til at en del pasienter velger å ikke klage på vedtaket fordi de ikke orker å møte i nemda og høre alle vitnemål. Å fatte et vedtak om en tvangsinnleggelse har altså flere etiske aspekter i seg. Det økte fokuset på bruk av HOL § 10-4 vil også kunne bidra i denne sammenheng. Man kan tenke seg at en større bruk av avtalt tvang vil kunne dekke behovet for at pasienten blir ivaretatt i institusjon, men likevel har opplevelsen av å ha medvirket til egen innleggelse. Dette er også hovedformålet med paragrafen. HOL § 10-4, som i følge loven bør være førstevalget, er tenkt som en sikring for pasienter som ønsker behandling, men trenger strammere rammer når motivasjonen svikter. Paragrafen er også noe videre slik at den kan brukes for pasienter som opplever at rusmisbruket har negative konsekvenser for andre områder enn fysisk og psykisk helse (Lundeberg, Mjåland og Søvig, 2014).

Gjennom artikkelen og dette refleksjonsnotatet har jeg flere ganger nevnt at en tvangsinnngripen kan ses på som en paternalistisk handling. I denne sammenheng er det viktig å huske at paternalisme kan rettferdiggjøres når tanken bak er å hjelpe personen å oppnå autonomien igjen (Nilssen, 2005), f.eks. dersom man har grunnet ukritisk rusing har vanskeligheter med å ta de valg som er best for seg selv. Videre kan man i følge Nilssen (2005) skille mellom sterk og svak paternalisme. Dersom pasienten forstår hvorfor valget ble tatt kan man si at det var en svak paternalistisk innngripen. Dersom vedkommende ikke forstår

hvorfor avgjørelsen ble tatt og ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen av situasjonen i det hele tatt, vil paternalismen være sterk. Det foreligger ikke data i registeret på om pasientene i ettertid forstår hvorfor det ble fattet tvangsvedtak på dem, noe som kunne vært interessant å vite i denne sammenheng.

Oppsummert har jeg gjennom dette refleksjonsnotatet forsøkt å belyse noen av de utfordringene man står overfor med tanke på bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige. Grunnet at tvang er omdiskutert og uten tvil en stor inngripen i livet til den det gjelder, er det viktig at tvangen forvaltes på best mulig måte. Det er derfor av stor betydning at vi som jobber i hjelpeapparatet har kjennskap til lovverket, og samtidig tenker godt gjennom hva som er det beste for pasienten. Videre er det svært viktig at man fortsetter å forske på bruken av tvang for å kunne se hvilken effekt det kan ha for pasientene.

4.0 Konklusjon

Tvang er et virkemiddel som kan tas i bruk overfor rusmiddelavhengige dersom de står i fare for å skade egen fysiske eller psykiske helse grunnet rusbruken. Dersom frivillige tiltak er prøvd, men ikke blir funnet tilstrekkelig, har kommunen flere valg. HOL § 10-4 skal være det foretrukne valget. For å redusere samarbeidsutfordringer mellom kommune, pasient og spesialisthelsetjeneste kan bistandsteam være et godt bindeledd. Opplevelse av autonomi er viktig og større grad av brukermedvirkning gjennom hele prosessen kan minske graden av paternalisme. Videre er både min oppfatning og konklusjonen fra den litteraturen jeg har lest at det trengs mer kunnskap på området som omhandler tvang, og kanskje spesielt på effekten av tvang.

Litteraturliste

- Arai, D., Friberg, O., Hagtvet, K.A., Handegård, B.H., Jacobsen, B.K., Lie, S. & Mørch, W-T. (2010) Kapittel 6 – Evaluering av tiltak. Kapittel 7 – Epidemiologi. I Martinussen, M. (red.) *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. (s. 199-250). Fagbokforlaget: Bergen.
- Album, D., Hansen, M.N. & Wiederberg, K. (2010) *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001) *Endringsfokusert rådgivning*. Ad Notam Gyldendal AS: Oslo.
- Bramness, J. (2012) Innledende ord. I Lossius, K. (red.), *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. S.5-7. Gyldendal akademisk: Oslo.
- Gerdner, A. og M. Berglund (2009). *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. Till Missbruksutredningen*. Hentet fra: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:292085/FULLTEXT01.pdf>
- Helsedirektoratet (2009). *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Helsedirektoratet: Oslo.
- Helsedirektoratet (2016) *Høringsutkast – Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2*. Helsedirektoratet: Oslo.
- Hole, R. (2014) *Forebygging og behandling av rusproblemer – en innføring*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Kunnskapssenteret (2009). *Tvangsbehandling av opioidavhengige*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Oslo. Nr. 16/2009.
- Lossius, K. (2012) Kapittel 1: Om å ruse seg. I Lossius, K. (red.), *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. S.23-38. Gyldendal akademisk: Oslo.

Lundeberg, I.R., Mjåland, K., & Søvig, K.H. (2014) *Tvang i rusfeltet*. Gyldendal juridisk: Oslo.

Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Pedersen, K.M., Krøll, V. & Rhode, P. (2011) *Kvalitetsudvikling i praksis*. Munksgaard Danmark: København.

Nilssen, E. (2005) Coercion and justice: a critical analysis of compulsory intervention towards adult substance abusers in Scandinavian social law. *International journal of social welfare*. 2005-14. S. 134-144.

Opsal, A., Kristensen, Ø., Larsen, T.K., Syversen, G., Rudshaug, E.B.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*. 13-57. doi: 10.1186/1472-6963-13-57.

Søvig, K. (2009) *Tvang overfor rusmiddelavhengige – sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*.

Fagbokforlaget: Kristiansand.

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2.utg. Polen, Gyldendal Akademisk.

Antall ord: 5765.

Vedlegg 1 – skriftlig informasjon

Forespørsel om deltakelse i prosjektet: Pasienters liv etter behandling ved institusjon A.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om du ønsker å delta i et kvalitetssikringsprosjekt. Deltakelse er helt frivillig. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan du som pasient opplevde oppholdet på institusjonen, og om oppholdet førte til noen endringer for deg. Samtidig ønsker vi å se om, oppholdet har hatt betydning for ditt videre liv.

Hva innebærer prosjektet?

I forbindelse med din deltagelse i dette prosjektet vil vi gå mer i dybden og bruke litt mer tid på tema det er vanlig å spørre om ved all behandlingskontakt. Et eksempel på dette kan være spørsmål om din egeninnsats, hva du selv har gjort for å endre rusmiddelvaner. Det er ønskelig å gjennomføre en slik registrering en gang før du skrives institusjonen, for deretter hver tredje måned i ett år etter utskrivning. Det vil ikke ha noen følger for din videre behandling om du er med i prosjektet eller ikke.

Mulige fordeler og ulemper

Registreringen vil ikke ha noen negative konsekvenser for behandlingen bortsett fra at pasient og prosjektmedarbeider/behandler må bruke ekstra tid på selve registreringsarbeidet. Fordelen er at den gir pasient og prosjektmedarbeider/behandler mer systematisk informasjon om behandlingen som gis, og kan dermed bidra til å øke kvaliteten på tilbudet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Registrering av opplysninger skjer ved hjelp av datateknologi og er sikret mot innsyn fra uvedkommende. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Opplysningene er aidentifisert, dvs. at alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av prosjektet når disse publiseres.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan til enhver tid få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert og har rett til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene vi har registrert om deg. I tillegg kan du når som helst, uten å oppgi grunn, kreve at innsamlede opplysninger blir slettet fra registeret. Du kan også når som helst trekke ditt samtykke til å delta i prosjektet. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Vedlegg 2 – tabeller

Tabell 1.

Antall overdoser oppgitt i perioden før innleggelse.

Antall overdoser (N=26)	Kvinne	Mann	Total i prosent
0	6	3	34,6%
1	1	2	11,3%
3	0	2	7,7%
4	1	0	3,8%
5	3	0	11,3%
12	0	1	3,8%
14	1	0	3,8%
20	1	2	11,3%
40	1	0	3,8%
60	1	0	3,8%
100	0	1	3,8%

Tabell 2.

Tilfredshet fysisk helse (N=25).

	Yngre menn	Eldre menn	Yngre kvinner	Eldre kvinner	Total
Negativ	0	5	1	2	8
Nøytral	1	1	3	3	8
Positiv	2	2	4	1	9

Negativ dekker svaralternativene “i liten grad” og “i svært liten grad”. Nøytral dekker svaralternativet «verken eller». Positiv dekker svaralternativene «i stor grad» og «i svært stor grad».

Tabell 3.

Hvilket rusmiddel debuterte du med?

Hvilket rusmiddel debut (n=26)	Kvinner	Menn	Total i prosent
Alkohol	10	7	65,4%
Løsemidler	0	2	7,7%
Hasj	2	0	7,7%
Alkohol + hasj	3	2	19,2%

Tabell 4.

Hva var begrunnelsen for din rusmiddeldebut?

Begrunnelse for rusmiddeldebut (n =26)	Kvinner	Menn	Total i prosent
Påvirkning fra andre	6	3	34,6%
Nysgjerrighet, utprøving	4	7	42,3%
Egne problemer	3	0	11,5%
Annet	2	1	11,5%

Tabell 5.

Hvor mange tidligere tvangsopphold har du hatt?

Antall tidligere tvangsopphold (n=26)	Kvinne	Mann	Total i prosent
0	6	9	57,7%
1	3	1	15,4%
2	2	1	11,5%
3	1	0	3,8%
4	3	0	11,5%

Tabell 6.

Hvor tilfreds man er med boligen man har.

Tilfredshet med bolig (n=21)	Kvinner	Menn	Total
Positiv	4	3	7
Nøytral	2	2	4
Negativ	5	4	9
Ikke aktuelt	1	0	1

Negativ dekker svaralternativene “i liten grad” og “i svært liten grad”. Nøytral dekker svaralternativet «verken eller». Positiv dekker svaralternativene «i stor grad» og «i svært stor grad».

Tabell 7.

Høgeste oppnådde utdanningsnivå.

Utdanningsnivå	Grunnskole	VGS	Fagbrev
Yngre kvinner	6	2	0
Eldre kvinner	4	3	0
Yngre menn	2	1	0
Eldre menn	2	4	2
Total	14	10	2

Vedlegg 3 – Forfatterveiledning

Forfatterveiledning

Fontene forskning er Norges ledende vitenskapelige tidsskrift for sosialt arbeid, barnevern og vernepleie. Vitenskapelige artikler bedømmes (peer review) anonymt av to uavhengige fagfeller med høy vitenskapelig kompetanse. Fontene forskning inneholder i tillegg følgende typer fagstoff: debattartikler, bokanmeldelser og nytt om forskning, blant annet presentasjoner av doktorgradsavhandlinger.

Papirutgaven kommer ut med to nummer per år, vanligvis i juni og desember. Heftene blir deretter publisert åpent tilgjengelig på tidsskriftets nettsted: <http://www.fonteneforskning.no>. Vitenskapelige artikler som er godkjent for publisering kan publiseres på nettet i påvente av plass i papirutgaven. Debattartikler og omtaler av bøker og tidsskrifter kan også publiseres bare på nett.

Tidsskriftet utgis av FO, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det sendes til medlemmer og abonnenter og har et opplag på 27 000.

Redaksjonen tar gjerne mot manuskripter fra alle områder innen de forskningsfeltene som er relevante for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det er ingen betingelse at forfatteren selv tilhører en av disse yrkesgruppene, bare at artiklene er av interesse for fagfeltet. Det dreier seg om tema med relevans for sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene.

INSTRUKS TIL FORFATTERE

Vitenskapelige artikler:

Vitenskapelige artikler skal være teoretiske eller empiriske originalartikler eller oversiktsartikler innenfor det samfunnsvitenskapelige forskningsfeltet og sosialpolitikk.

Artiklene skal ikke overskride 7000 ord, inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturreferanser.

Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Dersom artikkelen antas til publisering, skal sammendraget oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen.

Debatt:

Debattartikler og kommentarer kan ta opp teoretiske og metodiske spørsmål, behandle motsetninger i fagfeltet, samt spørsmål knyttet til utdanningspolitikk, utdanning, velferdspolitik og forskningspolitikk (maksimum 3000 ord).

Anmeldelser og informasjon/omtale av nye bøker og tidsskrifter:

Anmeldelser av bøker og tidsskrifter avtales med redaksjonen.

Ta kontakt med bokredaktør Jorunn Gjedrem om du ønsker å anmelde en bok (maksimum 2000 ord).

Nytt om forskning:

Tidsskriftet tar gjerne imot sammendrag av forskningsrapporter, doktoravhandlinger og andre nyheter, for eksempel informasjon om konferanser.

Spørsmål om innsending av materiale kan rettes til fagredaktør eller til redaksjonsutvalget:

- Sissel Seim (fagredaktør): sissel.seim@hioa.no
- Jorunn Gjedrem: jorunn.gjedrem@uia.no
- Line Melbøe: line.melboe@hih.no
- Steinar Kristiansen: steinar.kristiansen@outlook.com
- Ingunn Studsrød: ingunn.studsrod@uis.no
- Randi Juul: randi.juul@hist.no
- Anita Gjermestad: anita.gjermestad@diakonhjemmet.no

INNSENDELSE AV BIDRAG

Manus til vitenskapelige artikler, debattartikler og kommentarer, bokanmeldelser og nyheter sendes som vedlegg til epost til fagredaktøren: sissel.seim@hioa.no. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson. Alt materiale skal sendes i en fil som skal ha forfatterens eller kontaktpersonens navn og dato for innsendelse som navn på dokumentet.

Samme eller lignende manuskript må ikke sendes til andre tidsskrifter eller forlag når det er aktuelt for publisering i Fontene forskning.

TEKNISKE KRAV

Vitenskapelig artikler og debattartikler skal sendes i redigerbar elektronisk form (Word-format). Artikler skal være skrevet med 1,5 linjeavstand og marg på 2,5 cm på hver side og oppe og nede, det skal brukes font Times New Roman 12 punkt. Sidene skal være fortløpende paginert, og skal ikke inneholde topptekst eller bunntekst med forfatterens navn eller andre informasjonen. Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de settes inn som sluttnoter og nummereres fortløpende. Eventuelle tabeller eller figurer skal leveres på egen side, med henvisning i teksten til hvor de skal settes inn. Innsending av vitenskapelige artikler og debattartikler skal sendes i et dokument og inneholde:

A. Eget oversiktsark:

- Artikkelens tittel
- Forfatteren/forfatterens navn, tittel og arbeidssted, dersom flere forfattere skal de oppgis i riktig rekkefølge.
- Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post
- Artikkelens lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.
- Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

B. Ark med tittel og sammendrag

På neste side skrives artikkelens tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

C. Artikkelen

Tittel, tekst, litteraturreferanser og eventuelle figurer og tabeller på separate sider.

ANONYMISERT ARTIKKEL

For vitenskapelige artikler skal det sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen som eventuelt kan sendes til fagfelleevaluering. I denne versjonen skal det ikke kunne gjenkjennes hvem som er forfatter, navn på institusjon, sted, tekst og litteraturreferanser til forfatter må anonymiseres. Litteraturreferanser til forfatter skrives slik: Forfatter (årstall) og ikke navn på referansen og plasseres på F i litteraturlisten. Dette dokumentet skal

også ha forfatterens navn og dato for innsendelse som dokumentnavn, dette fjernes av redaksjon før eventuell videresending til fagfeller.

MAL FOR REFERANSER

Mal for referanser:

Referanser skal følge mal APA 6, merk at det skal brukes fullt navn. Det skal ikke brukes (ibid) eller (op.cit). Informasjon om denne stilen finnes på følgende linker:

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/APA-stilen>

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/Referanseteknikk/EndNote/Stiler>

Referanser i teksten

I løpende tekst oppgis forfatternavn, årstall og sidehenvisning.

Med 1-2 forfattere: (Malterud, 2003) (Holloway & Valentine, 2006)

Med 3-5 forfattere: Første gang oppgis alle forfatterne: ... (Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, 2007), deretter kun første forfatter et al.: (Eikeseth et al., 2007)

Med 6 eller flere forfattere: Kun første forfatter et al.: (Gilbert et al., 2002)

Fullstendig litteraturliste plasseres sist i artikkelen, APA6, Norsk med fullt navn

Eksempler

Bok: Malterud, Kirsti. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Antologi: Holloway, Sarah L., & Valentine, Gill (Red). (2006). Children's geographies. Playing, living, learning. (Vol. 8). London and New York: Routledge.

Kapittel i bok/antologi: Oppedal, Mons. (2007). Barns og foreldres brukermedvirkning i et juridisk perspektiv. I Sissel Seim & Tor Slettebø (Red.), Brukermedvirkning i barnevernet (s. 46-67). Oslo: Universitetsforlaget.

Tidsskrift: O'Brien, Michael, & Salonen, Tapio. (2011). Child poverty and child rights meet active citizenship: A New Zealand and Sweden case study. *Childhood*, 18(2), 211-226.

VURDERING AV ARTIKLER

Redaksjonen vurderer først om vitenskapelige artikler skal sendes til fagfelleevaluering, debattartikler vurderes endelig av redaksjonen.

Manuskripter som går til fagfelleevaluering sendes i anonymisert form til to uavhengige fagfeller som vurderer dem på basis av malen nedenfor. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den på bakgrunn av eventuelle kommentarer fra fagfeller og redaksjon, og sende artikkelen tilbake til fagredaktør. Avhengig av refereevalueringen kan forfatteren også bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny vurdering.

Hvis artikkelen antas for publisering skal det i tillegg leveres tittel, sammendrag og nøkkelbegreper på engelsk, samt bilde av forfatter/forfattere.

Redaksjonen for Fontene har ansvar for språkvask, korrektur og trykking av antatte artikler. I produksjonsprosessen vil derfor Fontene redaksjonen kommunisere direkte med forfatter, eller eventuelt den forfatter som er kontaktperson.

ETIKK

Alle forfattere har ansvar for at fagetiske og forskningsetiske prinsipper er ivaretatt i manuskriptet. Det forventes at forfattere følger anerkjente regler for sitering og nøyaktig bruk av referanser med sidetall for sitering både av eget og andres arbeider. Redaksjonen ser alvorlig på forsøk eller gjennomføring av plagiering, kopiering av tekst fra andres arbeid uten oppgitt referanse, og vil ta skritt for å følge opp dersom dette oppdages. I Norge ble det i 2006 vedtatt Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning – forskningsetikkloven – som ble iverksatt i juli 2007.

For nærmere informasjon om etikk og definisjoner av plagiering og fusk etc., se Torkild Vinters artikkel Fusk og plagiering (Vinther, Torkild: "Fusk og plagiering" (Sist oppdatert: 19. august 2011). De nasjonale forskningsetiske komiteer:

<http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/>.

Se også informasjon på nettsidene til forskningsetiske komiteer:

http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/#_Toc226282412

www.publicationethics.com (Committee on Publication Ethics, COPE)

COPYRIGHT

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder etter publisering i Fontene forskning, men det skal da sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes, og det skal fremgå at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning.

ANDRE FORHOLD

Behandling og vurdering av manuskripter krever både tid og oppmerksomhet fra redaksjon og fagfeller som skal vurdere artiklene. For å sikre best mulig vurdering må manuskripter som sendes inn være vitenskapelig og språklig bearbeidet, og de må nøye følge de tekniske kravene til oppsett og referanser som er satt opp i denne forfatterveiledningen. Sjekklisten nederst i dette dokumentet skal vedlegges ved innsending.

Tidsskriftets redaksjon har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter. Uferdige eller teknisk ufullstendige manuskripter blir returnert til forfatter. Innsendte manuskripter returneres vanligvis ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem.

KRITERIER FOR FAGFELLE VURDERING

Vitenskapelige artikler vil bli bedømt anonymt av to uavhengige fagfeller med høy kompetanse. Kriteriene for fagfellevurdering kan også være en veiledning til forfatterne.

- 1) Er innholdet i artikkelen relevant og interessant for det området Fontene forskning skal dekke? Sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene?
- 2) Er formål med artikkelen og problemstillinger klart formulert? Oppfyller artikkelen de formål og problemstillinger den har presentert?
- 3) Er artikkelen godt bygget opp? Har den godt språk og begrepsbruk?
- 4) Er artikkelen fundert på relevant og oppdatert norsk og internasjonal faglitteratur?
- 5) Hvis artikkelen er basert på kvalitativ eller kvantitativ forskning, er den metodologisk velfundert?
- 6) Er litteraturlisten fullstendig? Følger den angitt mal for tidsskriftet?
- 7) Har forfatteren sendt med et godt sammendrag og nøkkelbegreper?
- 8) Er artikkelen innenfor tillatt lengde (7000 ord inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturliste)

SJEKKLISTE SOM SENDES INN SAMMEN MED MANUSKRIFTET

Har artikkelen forfatternavn og dato for innsending?

Har artikkelen nummer (hvis tildelt)?

Er innsending i overensstemmelse med instruksene?

Er artikkelen innenfor maksimal lengde (vitenskapelig artikkel 7000 ord, debattartikkel 3000 ord, anmeldelser 2000 ord)?

Inneholder manus tilstrekkelige forfatteropplysninger (navn, tittel, institusjon, mailadresse)?

Legges det ved en erklæring om at artikkelen bare er sendt Fontene forskning?

Er manuset paginert og skrevet med fonten Times New Roman 12 pkt og 1,5 linjeavstand?

Inneholder artikkelen sammendrag og nøkkelord?

Er det redegjort for etikk (i metodeavsnitt)?

Har artikkelen riktige referanser (husk norsk APA stil med fullt fornavn)?

Er det vedlagt en anonymisert versjon av artikkelen?

Er det redegjort for for endringer (etter forslag fra redaksjon eller fagfeller)?

Har artikkelen engelsk tittel, sammendrag og nøkkelord (bare for antatte artikler)?

Legges det ved bilde av forfatter(e) (bare for antatte artikler)?