

# Bostedsløse pasienter og tvungent psykisk helsevern

En kvalitativ studie av vedtaksansvarliges erfaringer

Eli Margrete Nielsen Karagøz



Masteroppgave  
Master i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer  
Studieretning rus- og avhengighetsproblematikk

Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet  
UNIVERSITETET I OSLO  
29.oktober 2018



# EN KVALITATIV STUDIE AV VEDTAKSANSVARLIGES ERFARINGER

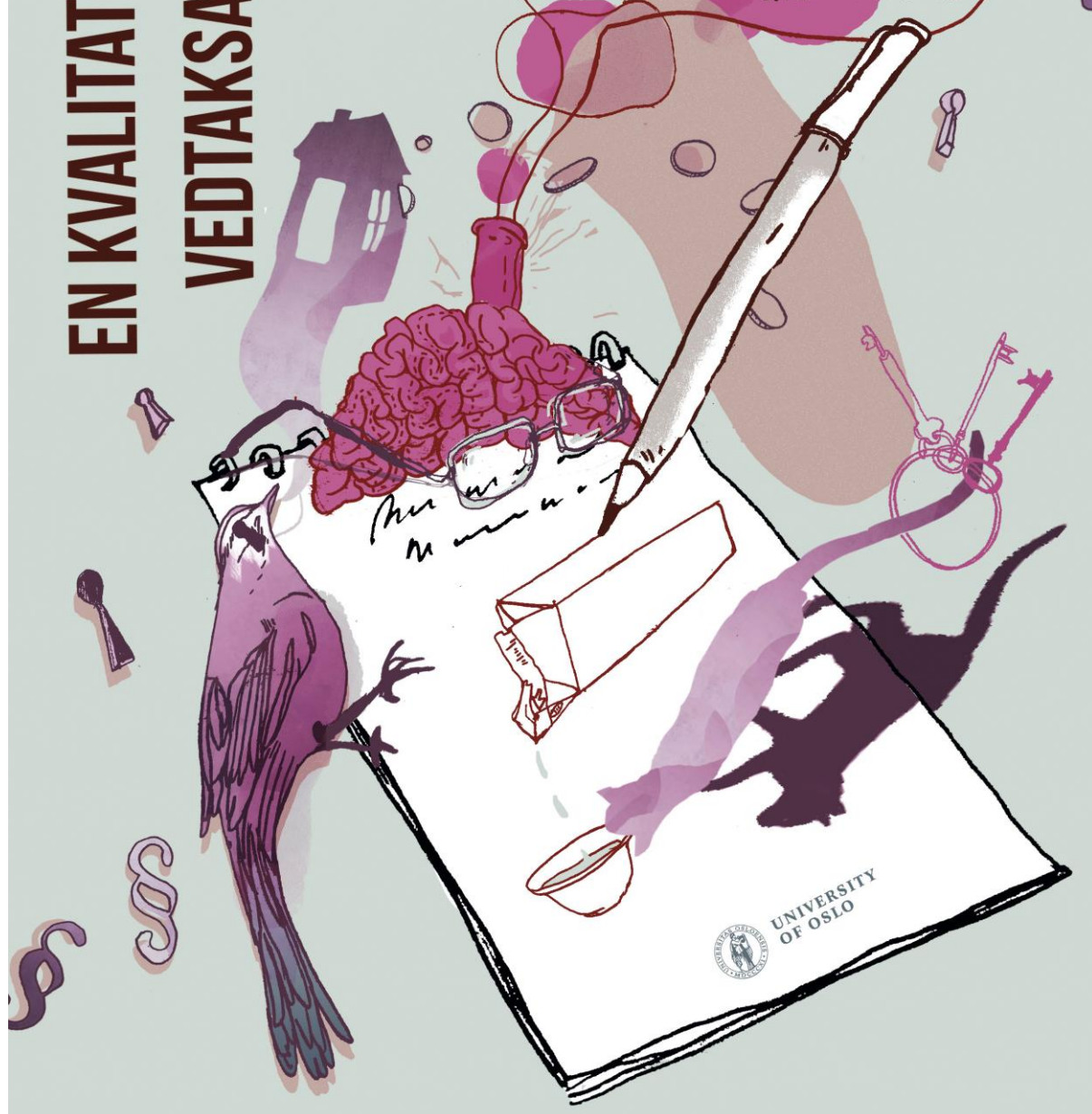
BOSTEDSLØSE PASIENTER  
brønt psykisk HELSEVERN

## MASTEROPPGAVE

MASTER I PSYKOSOSIALT ARBEID – SELVMORD, RUS, VOLD OG TRAUMER  
STUDIERETNING RUS- OG AVHENGIGHETSPROBLEMATIKK, INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN,  
DET MEDISINSKE FAKULTET.

29. OKTOBER 2018

ED MARGRETE NELSEN KARAGØZ



Copyright Forfatter

År 2018

Bostedsløse pasienter og tvungent psykisk helsevern  
En kvalitativ studie av vedtaksansvarliges erfaringer

Eli Margrete Nielsen Karagøz

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

Engelsk oversettelse av sammendraget:

Ola Andreas Skabo

Forside illustrasjon:

Julie Østrem Nielsen. Hjemmeside <https://cargocollective.com/julieoestrem>

Trykk:

CopyCat avd. Sentrum, Oslo

# Sammendrag

Bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er en særlig utsatt og sårbar pasientgruppe med høy dødelighet og store behandlings- og oppfølgingsbehov. Pasientene kan være vanskelig å hjelpe. Myndighetene oppfordrer hjelpeapparatet til å ha særlig oppmerksomhet mot disse.

Studien har undersøkt hvordan vedtaksansvarlig (psykiatere og psykologspesialister) i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer betydningen av bosituasjonen for bostedsløse pasienter som behandles for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, og som kan ha behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er benyttet kvalitativ metode med åpne dybdeintervjuer med 12 vedtaksansvarlige ved psykiatriske poliklinikker i en storby i Norge.

Studien viser at de vedtaksansvarlige hadde god kjennskap til og et stort engasjement for livssituasjon til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. De opplevde det som krevende å ha ansvar for å forvalte det tvungne vernet. Beslutningene kunne være vanskelige med avveininger mellom ulike faglige og etiske dilemmaer. Vurderingene medførte behov for inngående kunnskap om hvor disse bostedsløse pasientene oppholdt seg og hvordan boforholdene faktisk var.

Denne studien beskriver store utfordringer i rollen til de vedtaksansvarlige. De vedtaksansvarlige beskriver en omfattende innsats for å finne ut hvordan pasientens bo- og livssituasjon i kommunen var. De vedtaksansvarliges opptre som omsorgspersoner, talspersoner og advokater og bidrar i stor grad til koordinering av spesialisthelsetjenestens og det kommunale tjenestetilbudet.

En trygg og stabil bosituasjon for pasientene og individuelt tilpassede tjenester med riktig kompetanse var avgjørende for at det tvungne vernet ble ivaretatt på en forsvarlig måte. Et samarbeid med bydelenes/kommunenes tildelingstjenester, pasientenes tjenesteytere og med døgnenhetene innen psykisk helsevern var en forutsetning for å få dette til. Mangler i det kommunale bo- og tjenestetilbudet og i det øvrige behandlingstilbudet innen psykisk helsevern kunne føre til at behandling med tvungent psykisk ikke kunne gjennomføres, selv om øvrige vilkår var til stede.

## **Konklusjon**

Studien viser at de vedtaksansvarlige mener en god bosituasjon er en nødvending betingelse for mulighet til å anvende tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De vedtaksansvarlige skaffer seg kunnskap om og vurderer helheten i pasientens livs- og bosituasjon i forbindelse med tvungent vern uten døgnopphold. De vurderer dette som et nødvending grunnlag for sine beslutninger om tvunget vern. Det er tidkrevende å skaffe til veie denne kunnskapen og det forutsetter at de skaffer seg nært kjennskap til andre instansers bidrag overfor denne pasientgruppen, inkludert hvordan bosituasjonen er tilrettelagt. Studien viser dermed hvor prisgitt og avhengig vedtaksansvarlige er av at andre aktører bidrar en måte som gir en god livs- og bosituasjon for denne pasientgruppen.

**Stikkord:** Tvungent psykisk helsevern, alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, rusmiddelmisbruker, ROP-pasienter, dobbeltdiagnose, bostedsløshet, psykososialt arbeid, tverrfaglig samarbeid, samhandling.

# **Homeless patients and involuntary treatment in psychiatric polyclinics; a qualitative study of the experiences of psychiatrists and psychologists with statutory responsibility**

## **Summary**

Homeless individuals with psychiatric disorders and substance abuse are an exposed and vulnerable group of patients with a high mortality rate, and are in the need of comprehensive treatment and care. These patients are often difficult to treat and to care for and the Norwegian Government has increased its attention and focus on this group of patients, warning health authorities and local councils that they should be aware and attentive to this group of patients.

The main purpose of the study is to examine how those with statutory responsibility for experience and experience the situation for the homeless individuals with the combination of psychiatric disorders and substance abuse, and is in need of treatment. The study has used a qualitative method with open depth interviews of 12 different psychiatrists and psychologists with statutory responsibility working in psychiatric polyclinics in a major city in Norway.

The study shows that the statutory responsible had substantial knowledge about the current housing situation and living conditions for the homeless with serious psychiatric conditions and substance abuse. They often found the responsibility demanding, were their decisions often pondered between moral and ethical dilemmas. These appraisals lead to the statutory responsible had comprehensive knowledge about their patients in regard to their housing situation and their current whereabouts.

This study describes the major challenges the role of statutory responsible, they lay down a considerable effort to reveal and uncover the patient's actual housing and living situation. The statutory responsible often took the role as the patient's spokesperson and caregiver towards other elements and institutions in the patients need for treatment and welfare. A secure and stable housing situation with individually customized services and a high level of competence among those working with the patient was seen as a crucial for the patient to receive and benefit from receiving treatment under the law of involuntary treatment without

the need for being institutionalised. In the assessment the statutory responsible signified the quality of the patients housing and living conditions, and in cooperation with the patient the quality of the services provided by the institution, local council services and psychiatric institutions with in-patient facilities. Poor and inferior quality of several key areas in the patient's services and treatment could lead to the consequence that involuntary psychiatric treatment outside of an institution would not be able to be implemented.

### **Conclusion**

The study aims to show that the statutory responsible believe that secure and satisfactory accommodation/housing are a necessary condition for the use of law of involuntary psychiatric treatment outside of an institution. The statutory responsible gather knowledge and assess the whole of the patients current situation regarding both their mental health and social factors related to their current housing situation. The study shows that gathering all this information is time consuming and dependant that they are able to gather information from other agencies that provide services to the patient involved. The study shows that statutory responsible are at the mercy of the other agencies and how dependent they are that they contribute positively to their housing needs of these patients.

### **Keywords**

Community treatment orders (CTO), involuntary psychiatric health care, outpatient commitment, major psychiatric disorders and comorbid substance abuse problems, dual diagnosis, homelessness, psychosocial work, interdisciplinary collaboration, housing.



# Forord

Mitt engasjement for studiens tema har sitt utspring min erfaring som sosionom hvor jeg har arbeidet med rehabilitering og behandling av pasienter med alvorlig psykiske lidelse og rusmiddelproblemer. Jeg har sett hvordan bosituasjonen påvirker pasientenes muligheter til behandling og til bedring av sin livssituasjon. Sammenhengen mellom behandlingen og pasientenes bosituasjon har fulgt meg som tema gjennom dette masterstudiet i psykososialt arbeid. Jeg håper studien kan bidra til bedre samarbeid og fortsatt innsats.

Det er mange jeg vil takke. Først takk til de vedtaksansvarlige psykiaterne og psykologene som har delt sine faglig og personlige erfaringer om arbeidet de bostedsløse pasientene og refleksjoner over hvordan livet kan arte seg for disse. Så takk for tålmodighet og støtte fra familie og venner som i lang tid har levd med at mye fritid har vært brukt på masteren. Takk til alle kollegaer og fagfolk for velvillige innspill til tema og vinkling på denne studien. Særlig takk til tidligere og nåværende gode kolleger ved Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) og Akuttpsykiatrisk døgnetenhet på Vinderen for oppmuntringer, faglig fellesskap og inspirasjon. Takk til Ola Andrea Skabo for engelsk oversettelse og til Julie Østrem Nielsen for illustrasjon. En særlig takk til psykiater Grete J Sølvsberg Larsen. Hennes innspill underveis i prosessen har vært av uvurderlig betydning for det faglige innholdet i studien.

Til slutt en varm takk til min veileder professor Siri Ytrehus som med stor tålmodig, entusiasme og faglig tyngde har vist meg vegen gjennom hele arbeidet med denne masterstudien.

Oslo, 29. oktober 2018

Eli Margrete Nielsen Karagöz



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Studiens formål, problemstilling og relevans.....	3
1.3	Studiens avgrensing og oppbygging.....	4
2	Teori og tidligere forskning om alvorlig psykisk lidelse, tvangsbehandling, bostedsløshet og samarbeid .....	5
2.1	Alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer .....	5
2.2	Tvangsbehandling.....	6
2.3	Bostedsløshet.....	10
2.4	Samarbeid .....	15
2.5	Studiens bidrag til kunnskapsfeltet.....	17
3	Metode .....	19
3.1	Studiedesign.....	19
3.2	Populasjon og utvalg.....	19
3.3	Rekruttering og datainnsamling.....	20
3.4	Analyse .....	22
3.5	Metodekritikk og refleksjoner .....	24
3.6	Organisering.....	25
3.7	Etikk.....	26
4	Resultater .....	28
4.1	Vedtaksansvarliges engasjement og rolle.....	28
4.2	Betydning av bolig .....	30
4.3	Betydning av tjenestene .....	35
4.4	Betydning av samarbeid.....	41
4.5	Oppsummering av hovedfunn .....	54
5	Diskusjon og begrensinger .....	56
5.1	Vedtaksansvarliges rolle og vurderinger .....	56
5.2	Utfordringer i samarbeidet.....	62
5.2.1	Komplekse samarbeidssituasjoner og organisasjoner .....	62
5.2.2	Samarbeid og kompetanse .....	65
5.2.3	Samarbeid og ressurser.....	68
5.3	Studiens begrensinger og styrker .....	70
6	Oppsummering og konklusjon .....	71
6.1	Videre tiltak og forskning .....	73
6.2	Refleksjoner.....	74
7	Litteraturliste.....	75
	Vedlegg 1. Intervjuguide .....	85
	Vedlegg 2. Til leder av poliklinikk .....	89
	Vedlegg 3. Tilbakemelding fra NSD 5.1.2016.....	91
	Vedlegg 4. Personvernombudet Ullevål.....	94

Vedlegg 5. Til vedtaksansvarlige/Samtykkeerklæring .....	95
Vedlegg 6. Fra NSD vedr endring 6.2.2017 .....	97
Vedlegg 7. Fra NSD endring 2.2.2018.....	98
Vedlegg 8. Informasjon om utsatt prosjektslutt.....	99

# 1 Innledning

*”Men er jo fortsatt sånn at det er en god del i denne byen her som mangler bosted, og mange av dem er ROP-pasienter.”* (Informant 11)

## 1.1 Bakgrunn

Størst mulig frivillighet og redusert og riktig bruk av tvang er et helsepolitisk mål både i Norge og mange vestlige land (Freeman & Pathare, 2005; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Behandling skal i utgangspunktet være frivillig (Pasient- og brukerrettighetsloven), men ved spesielle omstendigheter og på særlige vilkår, kan det vurderes å iverksette tvungen behandling uten døgnopphold i henhold til psykisk helsevernloven. Om pasienten er bostedsløs, kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke gjennomføres, selv om øvrige vilkår for slik behandling er til stede.<sup>1</sup> Denne studien handler om hvordan vedtaksansvarlige for det tvungne vernet, det vil si psykiatere eller psykologspesialister, i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer denne situasjonen.

Bolig er en menneskerett og en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse (FNs Menneskerettserklæring, 1946§ 25; Helsedirektoratet, 2018). Det er et overordnet mål for boligpolitikken i Norge at alle skal bo trygt og godt (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). En god bolig og bosituasjon er en forutsetning for alle ulike former for poliklinisk behandling og oppfølging i hjemmet og for å kunne følge opp helseproblemer (Brodtkorb & Rugkåsa, 2007; Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004).

Bostedsløshet er forbundet med stor helsefare og sosiale problemer (Akopian, Vallersnes, Jacobsen, Ekeberg, & Brekke, 2015; Angelin & Yohanes, 2002; Biong & Ytrehus, 2018; Bonnefoy et al., 2004; FEANTSA, 2016; FEANTSA & Mental Health Europe, 2009; Grønningsæter & Nielsen, 2011; Kushel, Evans, Perry, Robertson, & Moss, 2003; Nordentoft & Wandall-Holm, 2003). Personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er overrepresentert blant bostedsløse i Norge (Dyb & Lid, 2017). utfordringene er størst i de

---

<sup>1</sup> Psykisk helsevernloven § 3-5, jf. Psykisk helsevernforskriften § 11.

største byene (Brattbakk, Nyhus, Andersen, Reichborn-Kjennerud, & Iversen, 2016; Dyb & Lid, 2017; Johannessen, Lied, & Dyb, 2014).

Både psykisk helsevern og det kommunale tjenesteapparatet opplever store utfordringer i forhold til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer (Brattbakk et al., 2016; Dyb, Johannessen, Lied, & Kvinge, 2013; Evjen, Kielland, & Øiern, 2018; Thommesen, 2012). Dette er en sårbar og marginalisert gruppe pasienter med store og omfattende hjelpebehov. Disse pasientene har ofte alvorlige somatiske sykdommer, stor risiko for vold og traumer, høy dødelighet og mange dør i ung alder (Crump, Winkleby, Sundquist, & Sundquist, 2013; Sarah M. Hartz et al., 2014; Haver, Gjestad, Lindberg, & Franck, 2009)<sup>2</sup>. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet synes å ha høyere overdødelighet i Norge enn i andre europeiske land. En norsk studie fra 2018 viser en gjennomsnittlig levealder på 45 år for menn med schizofreni og alvorlig rusmiddelproblemer (Heiberg et al., 2018). Disse pasientene har dårlig etterlevelse av medikamentell behandling, faller lett ut av poliklinisk behandling (Gråwe & Hagen, 2008, s. 517) og har stadige (re-) innleggelses i spesialisthelsetjenesten. Mange har store sosiale problemer med fattigdom og langvarig bostedsløshet (Dyb & Lid, 2017; Marberger, 2008). De har ofte kognitiv svikt med svekket korttidshukommelse og lavt funksjonsnivå og trenger ofte oppfølging for å kunne bo (Ueland & Øie, 2010; Aakerholt, Veia, & Tønnesen, 2016). Mange har begrenset kontakt med sin familie og kan være til stor belastning for sine pårørende (Ytrehus, 2018b; Ytrehus & Biong, 2011).

Tradisjonelt har det vært vanskelig for pasienter med alvorlig psykisk lidelse å få og utredning og behandlingen innenfor psykisk helsevern når de samtidig har rusmiddelproblemer. Dette kan fortsatt være vanskelig (Helsetilsynet, 2016). Mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er bostedsløse under behandlingsoppholdet. Vi vet at bosituasjonen ved utskrivning fra døgnbehandling kan være vanskelig, noe som også omfatter tvangsinnlagte pasienter (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik, & Bergesen, 2014, s. 43; NOU 2011:15; Pedersen & Elde, 2018, s. 38; Randby, 2010; Taksdal, Breivik, Ludvigsen, & Ravneberg, 2006). I tråd med den generelle nedbyggingen av sengeplasser for psykiatriske pasienter er poliklinisk behandling og

---

<sup>2</sup> I tillegg til ulykker og voldshandlinger, overdoser og suicid skyldes tidlig død ofte somatiske sykdommer relatert til rusbruken, som hjerte- og lungesykdommer og infeksjonssykdommer som hepatitt B, C og HIV.

ambulante tjenester blitt en vanlig behandlingsform også for disse pasientene. Boligen har fått stadig større betydning som arena for behandling og omsorg for ulike pasientgrupper, også for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Dyb et al., 2004). En trygg og varig bosituasjon framheves som en forutsetning for å lykkes med andre hjelpetiltak (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006).

Informantene i denne studien arbeider med behandling innen psykisk helsevern og de benytter begrepet *pasienter*. Derfor benyttes i hovedsak denne betegnelsen selv om det i andre sammenhenger kan være vanlig å betegne de samme personene som beboere, brukere, klienter og lignende. Unntak er der konteksten gjør det naturlig å benytte andre betegnelser, som i direkte sitater eller i sammenhenger der andre begreper er benyttet i litteratur, forskning m.v.

## **1.2 Studiens formål, problemstilling og relevans**

Studiens mål er å undersøke hvordan vedtaksansvarlige for tvungent psykisk helsevern, det vil si psykiatere og psykologspesialister, i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer betydningen bosituasjonen kan ha for bostedsløse pasienter som behandles for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, og som har behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Kunnskap fra denne studien vil være nyttig innenfor ulike fagfelt og sektorer. Dette gjelder planleggere, beslutningstakere, behandlere og andre tjenesteutøvere både i kommunene/bydelene og i spesialisthelsetjenesten som arbeider med bolig og tjenester til pasienter med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Videre vil kunnskap fra studien også være nyttig for politikere og andre beslutningstakere innenfor det helse- og sosialfaglige feltet både på kommunalt og nasjonalt nivå.

Studiens relevans for psykososialt arbeid er knyttet til å få fram utfyllende kunnskap om denne viktige oppgaven og rollen som de vedtaksansvarlige har og hvilken betydning pasientenes bosituasjon spiller i denne sammenhengen.

## 1.3 Studiens avgrensning og oppbygging

Bostedsløshet blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er i stor grad et storbyfenomen. Av ressursmessige og praktiske hensyn har vi i denne studien valgt å hente data fra kun en av de større byene i Norge. En annen begrensning gjelder valg av informanter fra de psykiatriske poliklinikkene. Arbeidet i psykiatriske poliklinikker er gjerne teambasert og ulike faggrupper arbeider med bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Ressursmessige hensyn ligger til grunn for at studien begrenser seg til bare å gjelde de vedtaksansvarliges erfaringer og vurderinger.

Studien har ikke spesielt fokus på om tvungen behandling er nødvendig og nyttig sett i forhold til frivillig behandling. Derimot fokuserer studien på de vedtaksansvarliges erfaringer med og vurderinger av hvilken betydning bosituasjonen spiller i vurderingen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Slik gir denne studien kunnskap om rammebetingelsene for denne behandlingen.

Masteroppgaven innledes med en kort presentasjon av studiens tema og forskningsfelt. Deretter presenteres studiens formål, problemstilling og avgrensning. Kapittel 2 omhandler teoretiske perspektiver på og tidligere forskning vedrørende behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, tvangsbehandling innen psykisk helsevern, bostedsløshet og boligsosialt arbeid, samt samarbeid. De teoretiske perspektivene bidrar til å sette informantenes erfaringer og vurderinger inn i en bredere kontekst og belyser noen av de samfunnsmessige betingelsene som virker inn på behandlingen. I kapittel 3 redegjøres det for studiens metodiske framgangsmåte for innhenting og bearbeiding av det empiriske materiale. Det er benyttet kvalitativ metode som er særlig egnet til å få fram informantenes subjektive erfaringer og vurderinger. Etske implikasjoner omtales spesielt. Kapittel 4 presenterer studiens funn under følgende hovedtema; vedtaksansvarliges rolle og vurderinger, betydning av bolig, betydning av tjenestene, betydning av samarbeid. I kapittel 5 drøftes funn i lys av teori og tidligere forskning, offentlige styringsdokumenter og egen kunnskapsbasert praksis. Kapittel 6 inneholder oppsummering av hovedfunn og konklusjon som svar på problemstillingen. Det gis forslag til tema for videre forskning.



## 2 Teori og tidligere forskning om alvorlig psykisk lidelse, tvangsbehandling, bostedsløshet og samarbeid

I det følgende redegjøres det for relevant teori og tidligere forskning vedrørende behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, tvangsbehandling innen psykisk helsevern, bostedsløshet og samarbeid innenfor behandlings- og tjenestetilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. I tillegg redegjøres det for politiske styringsdokumenter som er relevante for denne studien.

### 2.1 Alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer

Psykiske lidelser påvirker blant annet følelser, opplevelse, tanker (kognisjon) og væremåte. I behandlingssammenhenger benyttes begrepet *alvorlig psykisk lidelse* om ”psykiske lidelser som har en alvorlig og vedvarende effekt på personens psykososiale fungering, inkludert evnen til å arbeide, ivareta mellommenneskelige relasjoner og ta vare på seg selv” (Mueser et al., 2006, s. 8). I Norge diagnostiseres dette i henhold til diagnosesystemet ICD-10<sup>3</sup> (ICD-10, 2018). Begrepet inkluderer de fleste psykoselidelser; schizofreni, paranoide psykoser, schizoaffective og bipolar I-lidelse samt alvorlig personlighetsforstyrrelser med omfattende funksjonssvikt. Typiske symptomer på schizofreni er vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser; (*positive symptomer*) og følelsesavflatning med tilbaketrekking fra familie og venner og passivitet (*negative symptomer*). Mange pasienter kan plages av sterk angst.

I psykisk helsevernloven benyttes det juridiske begrepet *alvorlig sinnslidelse*. I følge Kjønnstad og Syse (2012, s. 508) omfatter dette ”klare aktive psykoser samt visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser”. I hovedsak er dette overlappende med alvorlig psykisk lidelse, men alvorlig sinnslidelse utvider begrepet til også å omfatte personer som er symptomfrie fordi de bruker antipsykotiske medisiner.

---

<sup>3</sup> International Classification of Diseases, version 10.

I behandlingssammenhenger benyttes begrepet *ruslidelse* om behandlingskrevende rusmiddelproblemer. De ulike ruslidelsene er både knyttet opp til hvilke rusmidler som benyttes og til måten de brukes på. Disse kan være alkohol og/eller narkotiske stoffer<sup>4</sup> som cannabis, heroin, amfetamin, kokain, benzodiazepiner m.fl. (ICD-10, 2018). Det skilles mellom *skadelig bruk* og *avhengighet*. Avhengighet er den mest alvorlige tilstanden og medfører blant annet at pasienten har vanskeligheter med å kontrollere bruken. Stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser (ASAM, 2015; Bramness, 2018; Leshner, 1997). I de senere årene er begrepet *ROP-lidelse* blitt tatt i bruk som et samlebegrep for psykisk lidelse og samtidig ruslidelse der *ruslidelse* både kan innebære at pasienten har et skadelig bruk (fysisk og psykisk) og en avhengighet av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012).

Denne studien benytter begrepet *rusmiddelproblemer*, som i tillegg til ulike ruslidelser her inkluderer rusmiddelmissbruk og skadelig bruk av rusmidler som ikke nødvendigvis er diagnostisert som en ruslidelse.

Sykehusene har ulike navn på sine enheter, eksempelvis sengepost, døgnettenhet, døgnavdeling, mv. I sitater er opprinnelig uttrykk som regel benyttet, mens for øvrig benyttes *døgnavdeling*.

## 2.2 Tvangsbehandling

Behandling med tvungent psykisk helsevern er et unntak fra den generelle bestemmelsen om at all behandling skal være frivillig. For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, med eller uten rusmiddelproblemer, er tvangsbehandling hjemlet i psykisk helsevernloven § 3-5. Det er et omfattende regelverk for bruk av tvang. Kontrollkommisjoner har ansvar for at regelverket blir fulgt. Tvungent vern starter som oftest med døgnopphold, oftest på en akuttpsykiatrisk avdeling (Bremnes et al., 2016). Det er et hovedvilkår at pasienten skal ha en «alvorlig sinnslidelse» slik loven definerer dette og at pasienten mangler samtykkekompetanse.<sup>5</sup> Frivillig behandling skal ha vært forsøkt eller blitt vurdert som formålsløst. Tvang skal være nødvendig for å sikre pasienten nødvendig behandling (*behandlingskriteriet*) og/eller hindre skade på pasienten selv eller andre (*farekriteriet*). Vilkåret om manglende

---

<sup>4</sup> Narkotika er pr. definisjon de stoffene som er omtalt i narkotikalistene.

<sup>5</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3

samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.<sup>6</sup> Tvingen må ut fra en helhetsvurdering framstå som det beste alternativet.<sup>7</sup>

De vedtaksansvarliges vurderinger i forbindelse med tvungent psykisk helsevern kjennetegnes ved at mange momenter som skal gjøres rede for og ulike hensyn som det skal vurderes opp mot hverandre. Det dreier seg om vurderinger av pasientens aktuelle tilstand med blant annet psykisk sykdom, aktuell rusproblematikk, farlighet, samarbeidsevne og pasientens egen evne til selv å vurdere sitt behandlingsbehov (samtykkekompetanse). Det dreier seg også om vurderinger av rammebetingelsene for tvangsbehandlingen. Når tvangsbehandling skal foregå i institusjon (døgnbehandling), har myndighetene satt kvalitetskrav som skal være oppfylt for at institusjonen skal kunne gi behandling med tvang (Psykisk helsevernforskriften; Psykisk helsevernloven). Når tvangsbehandling skal foregå utenfor institusjon (uten døgnopphold), inngår rammebetingelsene som en del av de vedtaksansvarliges helhetlige vurdering. Dette omfatter vurderinger av den aktuelle sosiale situasjon for pasienten og pårørende og inkluderer vurderinger av pasientens bosituasjon.

Tvang kan gjennomføres i institusjon med døgnopphold, alternativt uten døgnopphold, dersom dette vurderes å være faglig forsvarlig og et bedre alternativ for pasienten (Kjønstad & Syse, 2012, s. 505; Syse, 2007, s. 89). Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske for behandlingen. Pasientens bosituasjon skal være et moment i helhetsvurderingen av hva som er til pasientens beste (Riedl & Elde, 2014, s. 124). Psykisk helsevernforskriften (s. § 11) presiserer at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke kan gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare omfatte pålegg om frammøte til behandling og kan ikke omfatte tvangstiltak i pasientens bolig. Pasienten kan om nødvendig hentes med tvang og bistand fra offentlig myndighet, i praksis er dette politiet (Helsedirektoratet & Politiet, 2012). Dersom pasienten ikke samtykker til behandling med legemidler, kan det i tillegg fattes et eget vedtak om behandling med legemidler uten eget

---

<sup>6</sup> Vilkåret om samtykkekompetanse trådte i kraft 1.sept. 2017, altså etter at intervjuene til denne studien var gjennomført.

<sup>7</sup> Psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd.

samtykke<sup>8</sup>. Dersom pasienten ønsker det, kan slik medisineringsforløp gå i pasientens egen bolig. Et aspekt ved tvangsbehandling er at den er gratis for pasienten (både konsultasjoner og medisiner) i motsetning til frivillig behandling der pasienten må betale ordinære egenandeler. For noen pasienter bidrar dette til at de lettere samarbeider om tvangsbehandlingen.

Behandlingen i psykiatriske poliklinikker er ofte teambasert (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Hver pasient har en ansvarlig *behandler* som kan være sykepleier, sosionom, lege, psykolog eller ha annen relevant utdanning. Om ansvarlig behandler ikke er lege, har pasienten en *pasientansvarlig lege* med ansvar for bl.a. medisineringsforløp. I tillegg forsterkes behandlingen ved behov gjennom andre i teamet med supplerende kompetanse. Det er pasientens behandler som har det løpende ansvaret for behandlingen, som gjerne treffer pasienten oftest og er den som vanligvis kjenner pasienten best. I tillegg til behandlerteamet på poliklinikken har disse pasientene som regel kontakt med fastlege, ulike oppfølgingstjenester fra bydelen og/eller ansatte i boligen. Det er vanligvis pasientens behandler som ivaretar samarbeid med pasientens øvrige hjelpeapparat og er bindeleddet mellom poliklinikken og kommunens oppfølgingstjenester.

Alle pasienter som er under tvungent vern, skal i tillegg ha en *faglig ansvarlig* for det tvungne vernet. I følge psykisk helsevernloven besluttes tvangsbehandling av den som er utpekt som faglig ansvarlig. Denne skal være psykiater eller psykologspesialist, med særskilte krav til relevant kompetanse.<sup>9</sup> I denne studien omtales denne som den *vedtaksansvarlige* for det tvungne vernet. Den vedtaksansvarlige skal personlig undersøke pasienten for å gjøre vurderinger og fatte vedtak i forhold til tvungent vern ved overføring fra døgnbehandling til poliklinisk behandling og vise versa. For øvrig skal de fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent vern er til stede og foreta kontrollundersøkelser minst hver tredje måned.<sup>10</sup> Bare leger kan beslutte tvungen behandling med legemidler.

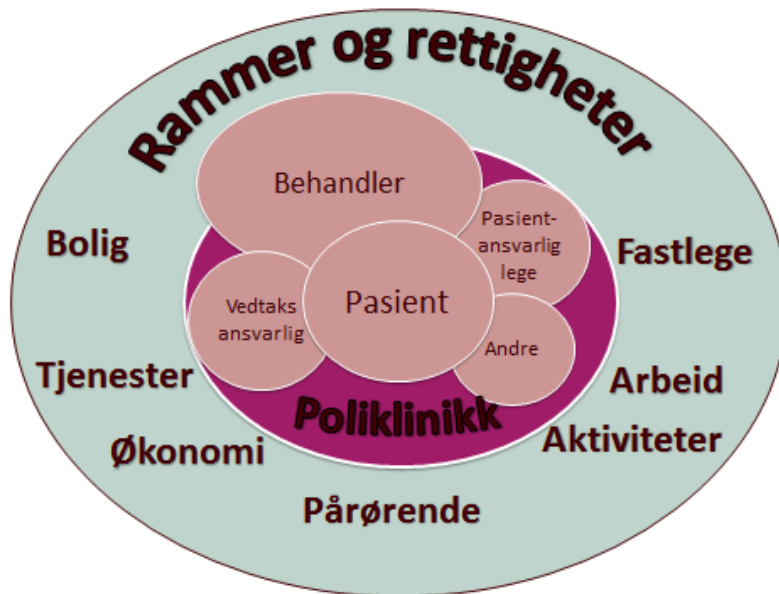
---

<sup>8</sup> Psykisk helsevernloven, § 4-4; Psykisk helsevernforskriften, § 11.

<sup>9</sup> Psykisk helsevernloven, § 1-4.

<sup>10</sup> Psykisk helsevernloven, § 4-9; Psykisk helsevernforskriften, § 13.

Skjematisk kan aktørene i et behandlingsteam framstilles som i fig 1. Figuren illustrer den vedtaksansvarlige som en av mange aktører som bidrar inn i et behandlingsteam i psykiatrisk poliklinikk.



Figur 1: Aktører i et behandlingsteam

Vedtak om tvang fattes oftest ut fra et paternalistisk perspektiv i det man antar at pasienten mangler evne til å ta beslutninger vedrørende sin egen helse; de mangler samtykkekompetanse. Tvangsvedtak skal bygge på vurderinger av hva som antas å være til pasientens beste (Canvin, Rugkåsa, Sinclair, & Burns, 2014; Diseth, Bøgwald, & Høglend, 2011; Feiring & Ugstad, 2014; Peltó-Piri, Engstrom, & Engstrom, 2013; J. Rugkåsa et al., 2015; Sjöstrand et al., 2015; Stensrud, Høyér, Beston, Granerud, & Landheim, 2016; Wynn, Myklebust, & Bratlid, 2007). Loven gir muligheter for faglig skjønnsutøvelse. Ulike tolkinger kan følgelig gi store variasjoner i hva som kan ligge til grunn for tvungen behandling (Canvin et al., 2014). Feiring og Ugstad (2014) fant at paternalistiske perspektiver enkelte ganger kunne grunne i mangel på tid og ressurser, samt utrygghet hos vedtaksansvarlig. Utilstrekkelige og utilfredsstillende bolig- og oppfølgingstjenester, er faktorer som kan bidra til beslutninger om tvang, som kunne vært unngått (Feiring & Ugstad, 2014; Sjöstrand et al., 2015).

I følge tall fra Norsk pasientregister for 2014 var det om lag 5100 pasienter under vedtak om tvungent psykisk helsevern. Knappt halvparten var også under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Om lag en tredjedel av alle tvangsinnlagte pasienter hadde rusmiddelproblematikk som hoved- eller bidiagnose. Man regner med at det er endel underrapportering, slik at tallene må fortolkes som et minimumsestimert (Bremnes et al., 2016, s. 8-9).

Bruk av tvang i behandling av psykisk syke er kontroversielt og berører ulike kliniske, juridiske og etiske dilemma (Berge et al., 2018; Legemaate, 1998; Wynn, 2006). Forskning tyder på at Norge har et relativt høyt omfang av tvangsbehandling (Wynn, 2018). Det er lite forskning vedrørende effekten på bruk av tvang og studiene gir til dels motstridende resultater (Brandt-Christensen, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 43; Wynn, 2006). Noen studier tyder på at pasienter med alvorlig psykiske lidelser kan oppnå bedre resultater i behandlingen når de er på tvang, sett i forhold til frivillig behandling, i form av færre innleggelses i sykehus, økt bruk av hjelpetjenester og mer stabil bosituasjon (Compton et al., 2003; Erickson, 2005; Lera-Calatayud et al., 2013; O'Brien & Farrell, 2005; O'Brien, Farrell, & Faulkner, 2009). Mens andre studier tyder på at det ikke finnes evidens for at tvang har avgjørende effekt i forhold til ordinær frivillig behandling (Diseth & Høglend, 2014; Kisely, Campbell, & Preston, 2011; Jorun Rugkåsa, Dawson, & Burns, 2014; J. Rugkåsa et al., 2015; Vergunst, Rugkåsa, Koshiaris, Simon, & Burns, 2017)

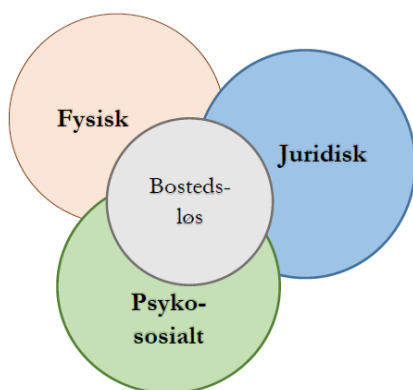
## **2.3 Bostedsløshet**

Både internasjonale og norske studier viser at det er en klar sammenheng mellom bostedsløshet, helsefare og sosiale problemer (Angelin & Yohanes, 2002; Bonnefoy et al., 2004; Dyb & Holm, 2015; Dyb & Lid, 2017; Dyb et al., 2004; FEANTSA, 2016; FEANTSA & Mental Health Europe, 2009; Grønningsæter & Nielsen, 2011; Kushel et al., 2003; Nordentoft & Wandall-Holm, 2003; Ulfrstad, 2011).

Det finnes ulike forståelser og definisjoner på bostedsløshet (Dyb & Lid, 2017; Sahlin, 1992, s. 26-34). "*Uteligger*" er vel det som folk fest forbinder med en person uten bolig; en som bor på tilfeldige steder utendørs, på gata, i en oppgang, et skjul, ei enkel hytte i skogen, telt eller lign. Ut over dette foreligger det ingen entydig forståelse av hvem som skal anses som bostedsløs (Dyb & Johannessen, 2013 s. 33).

Den europeiske sammenslutningen av nasjonale organisasjoner som arbeider med bostedsløshet FEANTSA<sup>11</sup> har arbeidet for en felles definisjon av bostedsløshet (Dyb & Lid, 2017, s. 26-34). Dette har resultert i ETHOS, (Europeiske typologier av bostedsløshet og eksklusjon på boligmarkedet)<sup>12</sup> og en senere enklere versjon ETHOS Light. I følge Dyb og Lid er ETHOS bygget på en vid forståelse av hva som er en god bolig er. Denne forståelsen er særlig relevant for denne studien.

En god bosituasjon har både med fysiske, sosiale og juridiske forhold (dimensjoner) å gjøre. De fysiske forholdene handler om boligens fysiske utforming og bygningsmessige standarder. De juridiske forholdene handler om det å ha en legal disposisjonsrett over boligen. Mens de psykososiale forholdene handler om det å ha et hjem; altså det å kunne trekke seg tilbake, ha et sosialt liv og samvær med sine nærmeste. Disse tre forholdene griper inn i hverandre, eksempelvis ved at både fysiske og juridiske forhold setter grenser for hvem som får tilgang til det psykososiale rommet (hjemmet). I følge ETHOS vil fravær av alle disse tre forholdene (dimensjonene) tilsvare bostedsløshet.<sup>13</sup> Mens fravær av en eller to dimensjoner, vil kunne tilsvare ulike grader av eksklusjon på boligmarkedet, i noen sammenhenger bostedsløshet. Dette synliggjøres i figur 2.



Figur 2: Bostedsløshetens ulike dimensjoner: Fysisk, juridisk, psykososialt (Dyb & Lid, 2017, s.30)

ETHOS Light er en enklere versjon av ETHOS som gir lettere målbare kategorier for å fange opp bostedsløshet. Nedenfor følger den definisjonen som er benyttet i de norske

---

<sup>11</sup>FEANTSA: European Federation of National Organisations Working with the Homeless

<sup>12</sup>ETHOS: European Typologies of Homelessness. ETHOS er oversatt til norsk og gjengitt i NIBR Rapport 2013:6 (Dyb & Johannessen, 2013 Vedlegg 5).

<sup>13</sup> Mange land bruker begrepet *hjemløs*; *hemlös* (sv.), *homeless* (eng.)

undersøkelsene om bostedsløshet og som er gjennomført jevnlig siden 1996. Denne norske definisjonen av bostedsløshet, og operasjonaliseringen av denne, dekker i følge Dyb og Lid, de fleste delene av ETHOS Light.

«... personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, personer som befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig. Som bostedsløs regnes også personer uten ordnet oppholdssted kommende natt» (Dyb & Lid, 2017, s. 33)

Pasientene som de vedtaksansvarlige refererer til i denne studien, vil være bostedsløs etter den norske definisjonen. I tillegg omtales pasienter som har hatt en svært ustabil bosituasjon over lang tid. De vil for eksempel kunne ha opphold i fengsel eller institusjon som varer mer enn to måneder (Karagöz, 2010). De beskrives likevel her som bostedsløse.

Disse pasientene kan også omtales som *vanskeligstilte på boligmarkedet*. Dette er ”personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde en tilfredsstillende bosituasjon på egen hånd” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s. 16; NOU 2011:15, s. 39). De er ofte fattige og har økonomiske vanskeligheter med å betale for utgifter til bolig.

Norske kartlegginger av bostedsløse viser at det er typisk for mange bostedsløse at de flytter mellom ulike oppholdssteder; egen bolig, opphold på gata, på hospits, hybelhus, hos bekjente, venner og hos familie (Dyb & Lid, 2017).<sup>14</sup> De aller fleste bostedsløse er menn. Om lag halvparten av alle bostedsløse i Norge har et rusmiddelproblem og om lag en fjerdedel har psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Dyb & Lid, 2017, s. 164). Den oppholdsformen som oftest oppgis blant bostedsløse med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, er

---

<sup>14</sup> Det brukes ulike betegnelser på midlertidige kommunale botilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer (Johannessen & Dyb, 2011, s. 10-11; Ulfrstad, 1999). *Hospits* benyttes en del i forskning og litteratur vedrørende bostedsløshet, og også i omtale av private botilbud. De senere årene har flere av de kommunale tiltakene fått tilført helse- og sosialfaglig personale og fått nye betegnelser som *lavterskeltiltak*, *nathjem*, *akutt- og korttidsinstitusjoner*, *døgnovernatting*, *mottakssenter*, *bo- og omsorgssenter*, *omsorgsbasis*, *hybelhus m.v.* eller *rett og slett hus*. (Se storbyenes nettsider.)



midlertidige botilbud og opphold hos venner og familie. De blir oftere kastet ut av boligen enn andre bostedsløse. De vanligste grunnene er skade, uro og ubetalt husleie. De fleste (fire av fem) med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer har vært bostedsløse lenge (Dyb & Lid, 2017, s. 163).

Bostedsløse personer finnes i de fleste kommunene, men det er flest bostedsløse i byene og aller flest i de fire storbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Dette gjelder både i antall og sett i forhold til det totale innbyggertallet (Brattbakk et al., 2016; Dyb & Lid, 2017, s. 44-46).<sup>15</sup> Mellom en tredjedel og en fjerdedel av alle bostedsløse i storbyene har en psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Dyb & Lid, 2017, s. 71-96). Oslo har største populasjon av personer med psykisk lidelse og rusmiddelproblemer som er uten bolig eller med vanskelig bosituasjon. Hovedstaden er også er i en særstilling med hensyn til både omfanget av og kompleksiteten av de bolig sosiale utfordringene (Brattbakk et al., 2016; Dyb & Lid, 2017, s. 73; Husbanken, 2016; Huus, Storm-Olsen, & Herheim, 2008; NOU 2011:15).<sup>16</sup>

Teorien framhever både overordnede samfunnsstrukturer og individuelle egenskaper som forklaringer på bostedsløshet (Dyb, 2003; Dyb & Holm, 2015; Dyb et al., 2013; Dyb et al., 2004; Sahlin & Kärkkäinen, 2002; Sørvoll & Aarset, 2015; Ytrehus, 2018c). En generell bolig mangel og spesielt mangel på egnede kommunale utleieboliger, økonomiske forhold er en sentral årsak. Individuelle egenskaper som trekkes fram, er fysisk og psykisk sykdom, rusmiddelproblemer, manglende sosialt nettverk, og fattigdom, manglende ressurser eller andre personlige utfordringer. Nyere forskning er opptatt av begge disse forklaringene og av å se dem i sammenheng.

---

<sup>15</sup> De fire storbyene Bergen, Oslo, Trondheim og Stavanger hadde i 2016 totalt 1691 bostedsløse, henholdsvis 1, 35 pr 1000 innbyggere (Dyb & Lid, 2017).

<sup>16</sup> Oslo har en forekomst av personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer på 2,9 pr. 1000 innbyggere, andre storbyer og kommuner med mer enn 10 000 innbyggere har en forekomst på 0,55, mens småkommuner har 0,3 pr. 1000 innbyggere (Huus et al., 2008). Oslo har 5,6 vanskeligstilte på boligmarkedet pr 1000 innbyggere i 2011, Bergen har 2,8 og Trondheim 2,6 (Brattbakk et al., 2016, s. 129). Oslo har 12 prosent av landets innbyggere, men alene 25 prosent av de 150 000 vanskeligstilte i Norge, noe som utgjør 37 500 personer. Det er samme antall som Akershus, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø har tilsammen (NOU 2011:15).

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer anbefaler myndighetene at kommunene tilbyr fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkeltes hjelpebehov.<sup>17</sup> En varig bolig betyr i denne sammenhengen et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensing. Bolig skaper trygge rammer og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon (Helsedirektoratet, 2012 anbefaling 71 og 72). I følge sosialtjenesteloven (2009) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene likevel ingen lovpålagt plikt til å skaffe varig bolig til vanskeligstilte. Kommunene, i denne sammenhengen representert ved NAV-kontorene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har bare en plikt til å *medvirke* til å skaffe bolig til den som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.<sup>18</sup> Den enkelte boligsøker har altså ingen rett til å kreve bolig fra kommunen. Men når det foreligger et akutt boligbehov, har NAV-kontoret en plikt til å finne midlertidig botilbud til bostedsløse som ikke selv klarer å skaffe seg bolig. Opphold i midlertidige boligtilbud er ikke ment å skulle strekke seg over lang tid, men bare inntil det er funnet en permanent løsning, og bare unntaksvis over tre måneder.<sup>19</sup> Fra kommunen har den enkelte pasient krav på forsvarlige helse- og omsorgstjenester basert på en individuell vurdering av behovet. Omfanget og nivået på tjenestene beror på en konkret vurdering i det enkelte tilfelle.<sup>20</sup> Kommunene har en viss mulighet til å ta økonomiske hensyn ved tildeling av tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 122)

*Housing first* er framhevet som metode for både å forbygge og avslutte langvarig bostedsløshet for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Husbanken, 2013; Tsemberis, Gulcur, & Nakae, 2004). *Housing first* er under utprøving i Norge. (Husbanken, 2012). Valg av bolig innenfor denne metoden bygger på prinsipper om brukermedvirkning ved at den enkeltes preferanser for beliggenhet og andre generelle ting med boligen blir vektlagt. Det behov for mange ulike typer boliger (Helsedirektoratet, 2012). At man selv har en viss valgmulighet kan bidra til en mer varig og stabil bosetting og til å redusere bostedsløshet. (I. L. S. Hansen, 2017; Helse Vest et al., 2017; Snertingdal & Bakkeli, 2015).

---

<sup>17</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

<sup>18</sup> Sosialtjenesteloven § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7

<sup>19</sup> Sosialtjenesteloven § 27 jf (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2012)

<sup>20</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 2

Den foreløpig siste kartleggingen fra 2016 viser en markert nedgang i antallet registrerte bostedsløse i Norge fra 2012-2016 (Dyb & Lid, 2017). Totalt ble det registrert 3909 bostedsløse personer i Norge i 2016. Profilen er stort sett den samme som i tidligere kartlegginger. Nedgangen i registrert bostedsløshet de siste årene forklares med en langvarig og bred satsing på boligsosialt arbeid og boligsosial kompetanse (Dyb & Lid, 2017). Det vektlegges at Norge har hatt en *boligledet* strategi, som innebærer at bostedsløshet primært blir forstått som et boligproblem og ikke utelukkende som et sosialt problem.

## 2.4 Samarbeid

I forhold til de vedtaksansvarliges arbeid har vi sett at det er mange aktører som spiller inn (figur side 9). Dette gjelder både internt i poliklinikken og eksternt i andre deler av spesialisthelsetjenesten og i de kommunale tjenestene. Hvem disse aktørene er, hvilket mandat og hvilke oppgaver de har og hvordan de vedtaksansvarlige oppfatter samarbeidet med mellom dem, påvirker de vedtaksansvarliges arbeid.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å tilby tjenester til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene et vidtrekkende ansvar for helsetilbudet og levevilkårene til befolkningen. Dette omfatter ansvar for å sørge for gode og trygge boforhold for alle sine innbyggere. Vi har sett at for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, er det anbefalt at kommunene tilbyr fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkeltes hjelpebehov.<sup>21</sup> Spesialisthelsetjenesten har i følge spesialisthelsetjenesteloven ansvar for å gi spesialisert behandling som støtter opp under de kommunale tjenestene. Helsetjenesten som gis skal være forsvarlig.<sup>22</sup> Behandling skal så langt som mulig foregå der pasientene bor (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Samarbeid mellom ulike deler av tjenestetilbudet sees på som nødvendig for å oppnå helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; St.meld. nr.

---

<sup>21</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

<sup>22</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

47 (2008-2009)). Samarbeid kan foregå etter ulike samarbeidsmodeller og tilpasses lokale forhold (Ytrehus, 2018c). En forsvarlig gjennomføring av tvungent psykisk helsevern vil ofte forutsette samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I arbeidet med bostedsløse pasienters bosituasjon er det ofte nødvendig med tett samarbeid mellom flere tjenestesteder (Berge, Frantzen, & Karagöz, 2012; Helsedirektoratet, 2014, s. 41; Aakerholt et al., 2016). Et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og sosialtjenesten i kommunene har lenge blitt sett på som viktig og anbefalt av myndighetene (Helsedirektoratet, 2012; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014; St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 1). Samarbeid sees på som nødvendig for sikre helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud. Samarbeid kan også bidra til mer effektiv bruk av tjenestene og gi mulighet til at de som arbeider sammen kan lære av hverandre. (Husbanken & Rambøll, 2012; Ulfrstad, 2011; Ytrehus, 2018c).

Det er i dag enighet om at *tverrfaglige og integrerte arbeidsmetoder* bør stå sentralt i arbeidet med pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Dette innebærer at både psykisk lidelse, rusmiddelproblemer, andre sykdommer og problemområder behandles samtidig (Drake, O'Neal, & Wallach, 2008; Helsedirektoratet, 2012; Kavanagh & Mueser, 2007; Kunnskapssenteret, 2008; Mueser et al., 2006). Integrert behandling bør utføres av samme team, eller alternativt ved at ulike team eller organisasjoner, samordner sine tjenester i et forpliktende samarbeid, slik at pasienten opplever behandlingen som helhetlig. Den enkelte lidelsen behandles etter retningslinjene for denne. Et stabilt boforhold sees på som en forutsetning for å lykkes med andre behandlings- og hjelpetiltak. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen/bydel om pasientens bosituasjon bør tidlig i et behandlingsforløp slik at bolig er på plass i god tid før en utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper er eksempler på samarbeid som skal kunne sikre tilgang til aktuelle tjenester (Forskrift om individuell plan i NAV). Det er imidlertid store variasjoner i hvordan ansvarsgrupper fungerer (Sæther, Svindseth, Sorthe, Hagfonn, & Iversen, 2016).

Distriktpsikiatriske senter (DPS) er etablert over hele landet for å bidra til god samhandling og samordning med resten av spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Alle distriktpsikiatriske sentre skal ha oppsøkende og ambulante tjenester. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten kan

forgå etter ulike samarbeidsmodeller (Hansen & Ramsdal, 2015; Høgskolen i Sørøst-Norge & Deloitte, 2016). Noen poliklinikker har opprettet aktivt oppsøkende behandlingsteam, såkalte ACT- eller FACT-team<sup>23</sup> for oppfølging av pasienter med særskilte og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2014; Pettersen, Ruud, Ravndal, Havnes, & Landheim, 2014; van Veldhuizen, 2013; Aakerholt, 2013b). ACT-/FACT-teamene skal gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjenesten til pasienter som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet eller som ikke ser behov for det. Ofte kan dette være pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk. ACT-/FACT-teamene har særlige krav til tverrfaglig kompetanse i teamene, slik at de kan gi hjelp på alle livsområder hvor pasienten trenger hjelp. Forskning gir grunn til å anta at bruk av ACT-team i Norge gir reduksjon i bruken av tvang, både når det gjelder antall innleggelses og antall liggedøgn (Ruud, Landheim, Nasjonal kompetansetjeneste for ROP, & Akershus universitetssykehus, 2014). Når pasientene samtidig fikk praktisk hjelp med bolig, økonomi og sosialt liv, var pasientene mer tilfredse med å motta behandling under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (Stuen, Rugkåsa, Landheim, & Wynn, 2015).

## 2.5 Studiens bidrag til kunnskapsfeltet

Vi har relativt lite forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge. Forskningsfeltet om tvang innen psykisk helsevern er flerfaglig. Både myndigheter og forskningsmiljøer har pekt på behov for tverrfaglig forskning omkring ulike sider ved bruk av tvang, inkludert forhold vedrørende bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; NOU 2011:9; TvangsForsk, 2014). Videre er det behov for forskningsbasert kunnskap om bostedsløshet og vanskeligstilte på boligmarkedet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014) (Sørvoll & Aarset, 2015). Videre viser gjennomgangen over at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er en gruppe som har problemer på flere områder. I tillegg stilles det store krav til de vedtaksansvarlige (psykiater eller psykologspesialist) i forbindelse med vurderingen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er så langt vi vet ikke

---

<sup>23</sup> Aktivt oppsøkende behandlingsteam / Fleksibelt ACT-team (Assertive Community Treatment / Flexible Assertive Community Treatment)

forskning om hvordan vedtaksansvarlige i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer hvilken betydning bosituasjonen kan ha for bostedsløse pasienter som behandles for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, og som har behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er derfor behov for kunnskap om hvordan de vedtaksansvarlige i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer situasjonen for disse bostedsløse pasientene.

## 3 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for studiedesign, populasjon og utvalg, rekruttering og datainnsamling, analyse, organisering og etikk.

### 3.1 Studiedesign

Denne studien søker å få fram de vedtaksansvarliges erfaringer og synspunkter på hvilken betydning bostedsløsheten kan ha for vurdering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, og kunnskap om og innsikt i hvordan vedtaksansvarlige vurderer livssituasjonen til disse bostedsløse pasientene, samt faglige dilemmaer i møte med disse pasientene. Et kvalitativ studiedesign med dybdeintervjuer er valgt fordi denne metoden er egnet til å få frem synspunkter, faglige vurderinger og resonnementer som fagpersoner gjør i sitt arbeide med pasienter. Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale som styres av de temaene som forskeren ønsker å få informasjon om (Thagaard, 2013, s. 98). Intervju er særlig velegnet til å gi informasjon om hvordan personer opplever og forstår sin situasjon og sine omgivelser (Thagaard, 2013, s. 58) og til å få fram *betydningen* av folks erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21). Metoden er preget av nærhet og sensitivitet til kildene (Thagaard, 2013, s. 17).

### 3.2 Populasjon og utvalg

Studien baserer seg på et *strategisk utvalg* hvor deltakerne har egenskaper og kvalifikasjoner som kan belyse problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013, s. 60). Informantene i dette utvalget er rekruttert fra fire allmennpsykiatriske poliklinikker i en av de store byene i Norge. En storby er valgt fordi bostedsløshet i hovedsak er et urbant fenomen. Storbyene har både størst populasjon av bostedsløse og av personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Brattbakk et al., 2016; Dyb & Lid, 2017; Huus et al., 2008; NOU 2011:15). Utvalget består av tolv vedtaksansvarlige (psykiater eller psykologspesialist) som har erfaringer med disse pasientene. Rekrutteringen er gjort fra fire ulike poliklinikker i storbyen. Begrunnelsen for dette utvalget er en antakelse om at ulike

poliklinikker kunne ha ulike erfaringer og vurderinger i forhold disse pasientene. Innenfor rammen av dette prosjektet har det ikke vært hensiktsmessig å belyse eventuelle variasjoner mellom ulike yrkesgrupper eller posisjoner i behandlingsapparatet.

Av de tolv informantene var det fem psykiatere og sju psykologspesialister, to av disse var nesten ferdige spesialister og hadde vedtaksansvar etter regler for dispensasjon. Informantene hadde mellom noen måneder til 19 års erfaring med tvungent psykisk helsevern fra psykisk helsevern (døgnbehandling og/eller poliklinikk) eller erfaring fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Seks kvinner og seks menn deltok. Alderen var mellom 36 og 59 år. Fire informanter var fra to av poliklinikkene og henholdsvis en og tre informanter fra de to øvrige poliklinikkene.

### 3.3 Rekruttering og datainnsamling

Rekruttering av informanter foregikk via skriftlig forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien til overordnede ledere av poliklinikkene (Vedlegg 2). I tillegg ble det tatt telefonsamtale i forkant.

Informantene ble rekruttert ut fra om de kunne belyse studiens problemstilling. I praksis ble det spurt etter vedtaksansvarlige som hadde erfaringer med bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. De fleste ble rekruttert ut fra navn forskeren fikk via leder eller avdelingsleder i poliklinikken. En vedtaksansvarlig ønsket ikke å bli intervjuet med begrunnelse av manglende erfaringer med bostedsløse pasienter. En informant ble rekruttert etter *snøballmetoden* (Thagaard, 2013, s. 16) ved at denne ble forespurt av en kollega som allerede var intervjuet.

Dybdeintervju er brukt som datainnsamlingsmetode. Under en slik samtale hentes kunnskapen fra intervjupersonens erfaringer. I tillegg skapes kunnskapen i samspillet mellom forsker og intervjupersonen (Thagaard, 2013, s. 96). Intervjuet har en delvis strukturert form som styres av de temaene som forskeren ønsker å få informasjon om.

Det ble utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 1). Denne kan utformes på ulike måter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 143). I denne studien har det vært hensiktsmessig å benytte «elv-med-



sidestrømmer-modellen» hvor strukturen ligner ei elv som flyter ut i flere sidestrømmer som igjen samles til ei stor elv (Thagaard, 2013, s. 102). Modellen er valgt fordi denne studien vil utforske et hovedtema som vi har lite kunnskap om, og derfor ikke fra før av har god kjennskap til hvilke undertema som er relevante. Forskeren har fulgt intervjupersonens fortelling med empatisk lytting og stilt utdypende oppfølgingsspørsmål. Intervjuet søkte å skape et respektfullt rom for intervjupersonens egne personlige erfaringer (Kvale & Brinkmann, s. 35). Kvaliteten på intervjuet ble styrket ved at meningen med det som blir sagt ble tolket, verifisert og kommunisert i løpet av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 174-175) i form av «Var det dette du mente?» «Kan du si noe mere om dette?» Intervjuet hadde innledningsvis noen få konkrete spørsmål om informantenes karakteristika og kvalifikasjoner.

Jeg foretok alle intervjuene selv og brukte lydopptak. Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes respektive kontorer. Intervjuene varte i om lag 1 time (mellom 50 min og 1 time og 15 min). Alle intervjuene ble svært forskjellig, noe er vanlig i et åpent dybdeintervju. Tema med åpningsspørsmålet «Fortell om dine erfaringer med å vurdere tvungent psykisk helsevern for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer som ikke har tilfredsstillende bolig» ble introdusert i alle intervjuene. For øvrig ble intervjuguiden brukt nøyaktig i kun ett av intervjuene. De øvrige intervjuene forløp som en dialog med vekslende mellom informantenes egne fortellinger og forskerens spørsmål for å få utdypende forklaringer eller for å introdusere nye tema. Intervjuguiden viste seg nyttig som en forberedelse til tematikken og som en referanse og huskeliste underveis i intervjuene.

Etter intervjuet ble det notert umiddelbare observasjoner og inntrykk (Thagaard, 2013, s. 112). Disse notatene har vært et bakteppe for tolkingen av intervjuet. Transkriberingen ble utført slik at innholdet ble gjengitt så nøyaktig som mulig. Sitatene som er brukt i oppgaven er likevel språklig redigert slik at spesielle dialektuttrykk er fjernet eller endret til alminnelig bokmål, men slik at meningsinnholdet ikke er endret. I sitatene er navn, adresser og lignende utelatt eller omskrevet for å ivareta anonymiteten. For å styrke relevansen, ble det gjennomført ett prøveintervju (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 105). Dette er inkludert i datamaterialet. Totalt gav transkriberingen av intervjuene inklusive notatene etter intervjuene (maks 1 s pr intervju) et råmateriale på cirka 280 skrevne sider. Datamaterialet var dermed klargjort til videre tolking og analyse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 118). Dette utdypes nærmere i neste avsnitt.

De fleste intervjuene ble gjennomført over en to måneders periode i februar- mars 2016. Prøveintervjuet ble gjennomført i november 2015, mens det siste ble gjennomført i begynnelsen av juli 2016.

### 3.4 Analyse

Analysen i kvalitative metoder retter fokus mot meningsinnholdet i tekstmaterialet som er utarbeidet fra intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Avhengig av formålet med undersøkelsen vil analysen kunne ha ulikt fokus. I denne studien var det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en temasentrert tilnærming slik den beskrives av Thagaard (2013, s. 157-192). En tematisk analyse har det fortrinn at den går i dybden på det enkelte tema samtidig som et helhetlig perspektiv ivaretas ved at dataene klassifiseres slik at temaene kan analyseres på tvers av materialet. Tema ble identifisert fra intervjuene. Det kan også være aktuelt å kombinere den tematiske analysen med en personsentrert analyse. Dette gir muligheter til å vurdere utsagn på bakgrunn av personenes egenskaper og kontekst. En personsentrert analyse ble benyttet på ett utvalgt område der dette ble vurdert å være spesielt nyttig.

En kvalitativ analyse kan skjematisk framstilles gjennom fire ulike faser: Koding av data, klassifisering av data i kategorier, indentifisering av mønstre med sentrale tema og en helhetlig tolking av materialet hvor fenomenene som studeres settes i en større sammenheng (Thagaard, 2013, s. 158-168). Etter at transkriberingen av intervjuene var ferdig, ble det skriftlig materiale lest grundig gjennom på nytt. Både gjennom intervjuprosessen og ved gjentatte gjennomlesinger av det skriftlige materialet ble forskeren fortrolig med helheten i det enkelte intervjuet og med hele datamaterialet (Thagaard, 2013). Intervjutekstene ble så kodet ved at meningsbærende utsagn ble merket med stikkord (nøkkelbegrep). Formålet med kodingen var å identifisere datamaterialets meningsinnhold slik det framkom gjennom såkalte *tykke beskrivelser* (Larsson, 2005). Dette ble så kategorisert ved at kodede utsagn som handlet om samme nøkkelbegrep, ble samlet i ulike avsnitt. Kategoriene ble dels valgt med bakgrunn i intervjuguiden og direkte referanse til problemstillingen, dels ble de identifiser gjennom fortolking av datamaterialet. Gjennom den videre tolkingen utkrystalliserte det seg sentrale tema (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 213). Se eksempler i tabell 1.

Tabell 1. Skjematisk framstilling av meningsfortetting

<b>Kategori</b>	<b>Sentralt tema</b>
<p><b>Bolig</b>  <i>En trygg bolig ville for henne være den beste helsehjelpen. (Inf. 4)</i>  <i>Bostedsløshet står i veien for behandling på mange måter. (Inf. 5)</i></p> <p><i>Tilbud om bolig langt utenfor byen. Pasienten takket nei til dette. Han ville bo i byen. (Inf. 4)</i>  <i>Ulempen ved å ha disse boligene i veldig sånne urbane, tettbygde områder, er at det blir kort veg og lett å få tak i rusmidler. (Inf. 2)</i></p>	<p>En trygg bolig er god helsehjelp.</p> <p>Boligens beliggenhet har betydning.</p>
<p><b>Tjenester</b>  <i>Bydelen har betalt for en våken nattevakt i den boligen han er i, for der er det ikke døgnbemanning. Det gjør at han nå fungerer mye bedre, for da har han noen å snakke med på natta når han er utrygg. (Inf. 8)</i></p>	<p>Individuelt tilpassede tjenester har betydning for kvaliteten i tjenestene.</p>
<p><b>Samarbeid</b>  <i>Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er mye avhengig av at bydelen er på plass. (Inf. 3)</i></p> <p><i>Men det er hele tiden en dragkamp, da med de virkelig vanskelige (...), som koster mye. (Inf.5)</i>  <i>Vi bestrider ikke behovet eller deres vurdering, men vi har ikke noe bolig. (Inf. 8)</i></p>	<p>Samarbeid med bydel er viktig i forbindelse med behandling med tvungent psykisk helsevern.</p> <p>Bydelenes resurser påvirker samarbeidet.</p>

Den videre drøftingen har vært en refleksiv analytisk prosess som var preget av skifte i oppmerksomheten mellom en nitidig utforskning av meningsinnholdet i empirien og innarbeidelse av relevante teoretiske begreper (Alvesson & Sköldberg, 2009, s. 9). Ny innsikt og forståelsen er utviklet i en integrasjon mellom tendensene i dataene (empirien), min egen forforståelse og faglige forankring (Thagaard, 2013, s. 167-168). Analysen er drøftet med veileder underveis.

### 3.5 Metodekritikk og refleksjoner

Informantene gav uttrykk for at studien omhandlet en viktig problemstilling vedrørende en sårbar og utfordrende pasientgruppe. Mange sa direkte at de opplevde det som positivt å bli intervjuet om sine erfaringer og vurderinger.

Viktige kvalitetskrav i kvalitative studier er knyttet til begrepene *validitet*, *reliabilitet* som handler om vurderinger av forskningens troverdighet (Silverman, 2014, s. 85-105). Forskingen gjøres gjennomsiktig (*transparent*) ved at forskningsstrategi og metode beskrives tilstrekkelig detaljert til at leseren får tilgang på hva som er gjort og hvilke valg forskeren har tatt (Silverman, 2014, s. 84; Thagaard, 2013, s. 202). Validitet handler om hvorvidt den tolkingen som forskeren kommer fram til, faktisk er gyldig for den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2013, s. 204-205). Validitetens styrke vurderes ut fra om en redegjør trinn for trinn for de tolkingene som blir gjort og argumenterer for gyldigheten av disse (Fog, 2004, s. 195). Dette er søkt gjennomført i denne studien så grundig som mulig.

Reliabilitet har å gjøre med forskningsresultatenes konsistens og pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Et spørsmål kan være om antall informanter ivaretar behovet for å få tilstrekkelig informasjon for å kunne svare på problemstillingen. Rekrutteringen er gjort fra fire ulike poliklinikker i samme storby. Begrunnelsen var en antakelse om at fagmiljøene ved de ulike poliklinikkene kunne ha ulike erfaringer og vurderinger i forhold disse pasientene. I hovedsak kom det ikke fram slike ulikheter med unntak for en av problemstillingene. I forhold til en av poliklinikkene ble det en del organisatoriske utfordringer i å komme igjennom hos ledelsen, og rekrutteringen dro ut i tid. I utgangspunktet var det planlagt seks til åtte intervjuer. Da det ble usikkerhet vedrørende rekruttering av informanter ved den fjerde poliklinikken, ble det i ventetiden gjennomført noen ekstra intervjuer ved to av de øvrige poliklinikkene. Dette økte det totale antall informanter til tolv. De siste intervjuene både bekreftet resultatene fra tidligere intervjuer og i tillegg tilførte de ny kunnskap. Det er grunn til å anta antall intervjuer er tilstrekkelig til at *metningspunktet* for data er oppnådd, noe som igjen styrker dataenes pålitelighet og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 129).

Et annet spørsmål dreier seg om intervjuene hver for seg og samlet kan sies å være konsistente. Det vil si at de ikke inneholdt betydelige motsetninger som svekker troverdigheten av dataene (Fog, 2004, s. 188-193). Vurderinger er at informantene

representerte et tilstrekkelig erfaringsgrunnlag til å kunne belyse problemstillingen. Nokså tidlig kom det likevel i alle intervjuene fram aktuelle pasienthistorier og problemstillinger hvor informantene viste stort engasjement. De med minst erfaring syntes å ha mer friske øyne på problemstillingen. De kunne uttrykke overraskelse over hvordan enkelte pasienters livssituasjon artet seg; i tråd med «Dette hadde jeg ikke forventet». De med lengre erfaring gav oftere uttrykk for refleksjoner i forhold til hvordan sammenhenger på et mer overordnet systemnivå kunne bidra til pasientenes vanskelige livssituasjon. Til sammen beskrev informantene 42 pasienthistorier. Pasientene var anonyme i intervjuet, slik at det ikke er mulig å vite om flere informanter beskrev erfaringer med den samme pasienten.

Det er et ideal at forskeren i intervjusituasjonen har unngår å lede eller påvirke informantene i en viss retning ut fra eget kunnskaps- og erfaringsgrunnlag (Fog, 2004; Thagaard, 2013, s. 98-99) Jeg var bevist på dette undervis i hele intervjusettingen, og i kontakten med informantene før og etter intervjuene. To av informantene har tidligere vært mine kolleger. Både intervjuguiden og samtaleformen med åpne spørsmål var hjelpsom til å få fram informantene egne synspunkter.

Om denne studien vil kunne komme til å ha gyldighet og være overførbart til andre i tilsvarende roller som informantene i denne studien har, vil bli drøftet avslutningsvis i lys av konteksten som gjelder for denne studien og i lys av annen aktuell teori og fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 263-267).

## **3.6 Organisering**

Dette er et masterprosjekt ved Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo. Studien er et selvstendig arbeid, og ikke en del av et større forskningsprosjekt. Jeg som student er ansatt ved Diakonhjemmet sykehus Oslo, Voksenpsykiatrisk avdeling og har brukt ressurser ved sykehuset til praktisk gjennomføring av masteroppgaven i form av å benytte sykehusets arbeidsrom, bibliotek- og IT tjenester, herunder bruk av sykehusets forskningsserver. Jeg har fått stipend fra Fagutviklingsfondet for Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen i forbindelse med skriving av masteroppgaven.

### 3.7 Etikk

Gjeldende forskningsetiske standarder er fulgt (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014; NEM, 2010; NESH, 2016). Etiske vurderinger har foregått gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, s. 79). Prosjektet ble meldt Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) før oppstart, og tilbakemelding ble gitt 5.1.2016 (Vedlegg 3). Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter (Vedlegg 4) ble sendt inn til personvernombudet for Ullevål 21.1.2016. Med unntak av prøveintervjuet, ble intervjuene foretatt etter tilbakemelding fra NSD og etter godkjenning fra den respektive leder ved poliklinikken.

Informert og frivillig samtykke ble ivaretatt både gjennom rekrutteringsprosessen og skriftlig informasjon og ved muntlig informasjon ved intervju. Informasjonen ble utarbeidet etter retningslinjer og mal gitt av NSD (NSD, 2015). Samtykkeerklæringen inneholdt bl.a. informasjon om studien, taushetsplikt, samtykke, informasjon om mulighet til å kunne trekke seg underveis og kontaktinformasjon til undertegnede (Vedlegg 5). Samtykkeerklæringen ble sendt på e-post til de fleste informantene i forkant. Alle informantene underskrev samtykkeerklæringen ved starten av intervjuet.

NSD er holdt fortløpende orientert om framdriften (Vedlegg 6 og 7). I tråd med tilbakemelding fra NSD, ble informantene i løpet av februar-april 2018 informert via epost og/eller tekstmelding på telefon om at sletting av personopplysninger var utsatt til 31.12.2018, ett år etter opprinnelig plan (Vedlegg 8).

Å opprettholde tvungen vern, eller å la være, stiller vedtaksansvarlige overfor krevende faglige, juridiske og etiske vurderinger som de personlig står til ansvar for (Wynn, 2006). Å la seg intervju om disse erfaringene, vil kunne avdekke faglig og personlig sårbarhet. Samtidig er intervjupersonene å anse som en velkvalifisert og ressurssterk gruppe. Jeg erfarte at de opplevde det som meningsfylt å fortelle om sine erfaringer og bidra til denne studiens samfunnsnytte.

Å ivareta deltakernes konfidensialitet under hele forskningsprosessen og ved publisering er viet stor oppmerksomhet (Simonsen & Nylenna, 2005, s. 459). Diakonhjemmets forskningsserver er brukt til skriving og lagring av personsensitive opplysninger. I tråd med

retningslinjene fra datatilsynet vil dette bli slettet når studien er avsluttet. Kjennetegn som kjønn, alder, stilling med mer er anonymisert i besvarelsen ved at de betegnes som «Informant 1», «Informant 2» m.v. Også stedstilhørigheten i form av navn på poliklinikk og tilhørende sykehusavdeling er utelatt eller anonymisert. Tema om samarbeid viste seg å være særlig følsomt ved at det kom fram utfordringer i forhold til ledelsen av poliklinikken og til kollegaer i andre avdelinger. Her er det foretatt en ytterligere anonymisering ved at informantene fått nye betegnelser som «Informant X», »Informant Y» m.v. slik at informasjon gitt under andre tema ikke kan kobles sammen med en spesifikk informant, poliklinikk eller sengepost. Navn på boliger, institusjoner, sykehusavdelinger og lignende er utelatt eller anonymisert ved at de er gitt generelle betegnelser. Taushetsplikten vedrørende pasienter og pårørende ble ivaretatt ved at navn og andre identifiserbare opplysninger ble utelatt.

## 4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene i det empiriske materialet som er framkommet gjennom analyse og tolking av de transkriberte intervjuene. Analysen gav grunn til å framheve følgende hovedtema: Betydning av bolig, betydning av tjenester og betydning av samarbeid. Innledningsvis presenteres fremtredende funn vedrørende informantenes engasjement og rolle.

### 4.1 Vedtaksansvarliges engasjement og rolle

Samtlige informanter i denne studien viste både et nært kjennskap til og et stort engasjement for bo- og livssituasjon til pasienter som er bostedsløse. Informant 12 synliggjorde dette i omtalen av en av pasientene:

Han har vært innlagt hundre ganger. Jeg tror ikke jeg overdriver. Han har vært på [ulike psykiatriske sykehus] i årevis, ut inn. [Spesialtilpassede] hus. Alt da. Veldig farlig, og kjempehyggelig når han er i gode rammer, godt medisinerert. Jeg trives veldig godt med han.

Analysen viste at de vedtaksansvarlige hadde et bredt erfaringsgrunnlag med pasientgruppen. De kunne ha omfattende og langvarig kontakt med noen av pasientene, gjerne over mange år. Informantene erfarte at dette er en gruppe pasienter med store hjelpebehov. Samtidig viser intervjuene at de erfarte at pasientene var utfordrende og vanskelige å hjelpe. Både et vedvarende rusmiddelproblem, psykiske lidelser og en vanskelig bosituasjon var årsaker til dette. Informant 4 uttrykte det på denne måten:

Ja, de synes jeg det er vanskelig å hjelpe, Fordi de ønsker på en side hjelp, noen av dem i hvert fall, og på den andre siden så klarer de ikke å gi slipp på den rusen. Så bor de kanskje på hospitser og litt sånn rundt omkring. Og så er de jevnt over ganske dårlige i forhold til den psykiske tilstanden, og i perioder så er de enda dårligere. [...]  
Det kan jo virke ganske håpløst.



Intervjuene viste at informantene hadde fleksible arbeidsmåter med mange og varierte arbeidsoppgaver. Arbeidet med pasientenes bosituasjon kunne i perioder medføre en betydelig innsats. De deltok på ansvarsgrupper og samarbeidsmøter og hadde kontakt med pårørende. De la vekt på å samarbeide med pasientenes tjenesteytere i boligen og i bydelen. I perioder kunne de ha mye med pasientene å gjøre, både med direkte konsultasjoner i poliklinikken, med hjemmebesøk og annen oppsøkende virksomhet. Informant 3 beskriver oppsøkende arbeid på gata, spesielt i perioder når pasienten var helt uten bolig:

Vi jobber arenafleksibelt. Da må vi ut og vandre på stripa fram og tilbake og kikke. Der finner vi veldig mange. Jeg har gjort det for de dårligste pasientene som er kastet ut av boligen fordi de har utagert der.

De vedtaksansvarlige kunne gå inn som primærbehandler for pasienter hvor det var særlige utfordringer i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Hun har en sekundærkontakt her som hun bare har avvist (...) i og med hun er så sårbar, så funka ikke det. (...) Det var det som var primærbehandler i utgangspunktet. Da overtok jeg som både primær behandler og vedtaksansvarlig. Jeg opplever jo at det er mye manipulering i denne saken og det er derfor at jeg har tatt den selv. Tenker at jeg tåler devalueringen en del bedre. (Informant 7)

Informantene var særlig opptatt av hvilken funksjon tvangsbehandlingen hadde i forhold til pasientens helhetlige livssituasjon. De framhevet at det var viktig å se bruken av tvang i lys av rammebetingelsene for behandling med tvang etter psykisk helsevernloven. Pasientenes bo- og livssituasjon mente de fikk lite oppmerksomhet i den pågående faglige debatten om bruk av tvang i psykisk helsevern. Informant 11 uttrykte dette slik:

Samtidig så skulle jeg ønske at debatten handlet mer om hvilke eksempler dette her handler om. Altså, hva slags liv lever de som vi faktisk anvender tvangen på, og hva er det vi oppnår ved å bruke den.

Periodevis kunne vedtaksansvarlige oppleve det som et stort ansvar å skulle forvalte det tvungne vernet. Det var krevende å skulle foreta avveinger mellom ulike faglige og etiske dilemmaer. ”Det er jo egentlig bare etiske problemstillinger man står overfor. Bare etiske problemstillinger som henger sammen med de faglige.” (Informant 12) Vanskelige

situasjoner og vurderinger ble ofte drøftet både i teamet, med ledelsen av poliklinikken og med kontrollkommisjonen i plenumsmøte. De kunne også søke råd hos Fylkesmannen.

## 4.2 Betydning av bolig

Intervjuene viser at informantene la stor vekt på betydningen av bosituasjonen for denne gruppen pasienter. En stabil og trygg bolig ble vurdert som avgjørende for at pasientene skulle ha mulighet til å kunne motta og nyttiggjøre seg poliklinisk behandling og forbedre helsesituasjonen sin. «En trygg bolig ville for henne ha vært den beste helsehjelpen.» (Informant 4) Det motsatte, bostedsløshet, kunne undergrave virkningen av alt behandlings- og oppfølgingsarbeid som ble gitt til disse pasientene. Informant 5 uttrykte dette slik:

Mangel på bolig, kan være en så belastende faktor at den vil utkonkurrere alle de tiltak som vi setter i gang av behandlingmessig karakter, [...] når du mangler noe så grunnleggende som et sted å bo. Stresset ved å være bostedsløs vil ofte utligne den positive gevinsten ved medisin.

I forhold til behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, viser analysen en gjengs oppfatning hos alle informantene at det ikke var mulig å ivareta det tvungne vernet på en forsvarlig måte uten at pasienten hadde en bolig. Sitatet under eksemplifiserer informantenes begrunnelser for dette:

Hvis pasienten ikke har noe bolig, så blir det ikke mulig å få gjennomført et tvunget vern [...] Hele poenget med det er at vi har mulighet til å oppsøke pasienten hvis pasienten uteblir fra behandlingen. (Informant 1)

Informant 1 poengter at dersom pasienten ikke møtte til avtalte timer på poliklinikken, ville det ikke være mulig å komme i kontakt med pasienten dersom vedkommende ikke hadde en bolig eller en adresse. Som vedtaksansvarlig var informantene avhengige av å kunne treffe pasienten for å gjøre vurderinger og for å gi adekvat og forsvarlig behandling.

Om pasientenes bosituasjon viser analysen at informantene erfarte at disse pasientene hadde hatt en ustabil og utrygg bosituasjon over lang tid, ofte over år. Det var typisk at de hadde hatt mange ulike boforhold med stadige flyttinger. Informant 4 synliggjorde dette: ”Han har

hoppet på en måte fra hospits til hospits. Han hadde en egen bolig for noen år siden, en kommunal bolig. Men så mistet han den.” Analysen av de øvrige intervjuene viser også at informantene erfarte at mange av pasientene i perioder kunne være helt uten bolig, de bodde ute «på gata» eller i telt, eller de sov/bodde midlertidig hos venner. Enkelte pasienter kunne reise utenbys eller utenlands. I perioder kunne de bo i hybelhus, omsorgsboliger eller leide leiligheter. Noen få pasienter hadde bodd i egne, eide leiligheter. Innimellom kunne pasientene ha mange innleggelses, med kortvarige eller langvarige (for noen pasienters vedkommende årelange) opphold i sykehus eller andre døgninstitusjoner.

Analysen viste videre at informantene satte pasientenes ustabile bosituasjon i sammenheng med deres alvorlige psykiske lidelse og rusmiddelproblemer, øvrige sosiale problemer og livssituasjon. De vurderte at den psykiske lidelsen i stor grad bidro til deres ustabile og vanskelige bosituasjon. De kunne komme i stadige konflikter med naboene som følge av grunnleggende relasjonelle problemer. De psykiske plagene kunne bli så omfattende at de enten flyttet av egen vilje, eller at de fikk naboklager som førte til oppsigelse. Informant 3 gav dette eksemplene:

Hun hadde ikke evne til å bli boende lenge på grunn av psykotiske forestillinger. [...] Hvor enn hun bodde, så kom det strøm fra stikkontaktene og inn i henne, noe som gav henne brannskår. [...] Folk kom inn på natta og skamklippet henne og slo henne med jernstang og sårne ting. (Informant 3)

I tillegg til den psykiske lidelsen, ble rusmiddelproblemer vurdert som medvirkende til pasientenes vanskelig og ustabil bosituasjon. Informantene mente at rusmiddelmisbruk kunne få både direkte og indirekte følger for bosituasjonen. Det kunne bidra til omfattende sosiale problemer som manglende husleieinnbetaling og brudd på husreglene, i tillegg til vold, skadeverk, omsetning av narkotika eller andre kriminelle handlinger. Rusmiddelproblemer var også en grunn til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse kunne bli utelukket fra å få tildelt bydelenes boliger til personer med psykisk lidelse. Flere av bydelene hadde et skille mellom tiltak til rusmiddelmisbrukere og tiltak til personer med psykiske lidelser. Pasientene kunne bli kastet ut av boligen på grunn av rusmiddelmisbruk. I sitatet over oppsummerte informant 7 sin vurdering av pasientens vanskeligheter med å bo, med uttrykket ”svært dårlig boevne”. Dette uttrykket ble brukt av flere informanter.

Oppsummert viser dette at informantene erfarte at pasientens vanskelige livssituasjon med alvorlige psykiske lidelse, rusmiddelmisbruk, omfattende sosiale problemer, voldsproblematikk og funksjonsnedsettelse, samlet eller hver for seg, kunne bidra til bostedsløshet eller en ustabil bosituasjon. Dette kunne videre hindre pasientene i å motta tvungent psykisk helsehjelp uten døgnopphold.

De vedtaksansvarlige kunne stå ovenfor ulike dilemma når de skulle vurdere om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for pasienter som ikke hadde bolig. Et eksempel var pasienter som bodde i telt. Vanligvis mente de vedtaksansvarlige at det var uforsvarlig å opprettholde det tvungne vernet dersom pasienten bodde i et telt. Svarene fra to av informantene viser likevel at dette standpunktet kunne være vanskelig å holde fast på i noen situasjoner. En av informantene refererte til en situasjon hvor en pasient nylig var blitt utskrevet fra døgnavdeling. Pasienten bodde i telt fordi han hadde mistet boligen under innleggelsen. Vedtaksansvarlig på poliklinikken hadde ment at dette var en uforsvarlig bosituasjon og nektet å ta imot pasienten på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Pasienten ble derfor reinnlagt. Informant 8 uttrykker disse utfordringene slik:

Jeg satt og tenkte på hva kontrollkommisjonen og hva juristene mener. To jurister som er eksperter på psykisk helsevernloven [skriver] [...] ”at å bo i telt en periode, hvor årstiden tillater det, må anses som tilfredsstillende”. Det vil jeg tenke at det ikke egentlig er. Nei, men det betyr jo at det kan være vanskelig å si nei til å ta imot en pasient som ikke har bolig, selv om vi mener at det er uforsvarlig.

Informant 8 pekte her på et dilemma der vedtaksansvarlig på poliklinikken vurderte det som uforsvarlig å forvalte tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for en pasient som bodde i telt, samtidig som vedtaksansvarlig på døgn, med juridisk fagekspertise i ryggen, vurderte det motsatte, nemlig at telt kunne være en tilfredsstillende bolig. Dilemmaet ble forsterket av at pasienten var vurdert utskrivningsklar og opptok en plass på sengepost. Informant 9 fortalte om en motsatt situasjon der tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ble opprettholdt til tross for at pasienten hadde vært bostedsløs et helt år og bodd i telt en periode:

Ja, og jeg tenkte at dette var innenfor. For så punktlig som han møtte opp ukentlig da, har han vel aldri møtt noen gang verken før eller siden. Var adekvat kledd, relativt rein. [...] Det er nesten i sånne situasjoner han fungerer best.

I denne situasjonen begrunnet informant 9 beslutningen om å beholde pasienten på tvang ut fra en helhetsvurdering der behandlingskontakten og pasientens totale livssituasjon ble vektlagt.

Når informantene vurderte i hvilken grad en bolig var egnet for en pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, viser analysen at de la vekt på ulike kvaliteter ved bosituasjonen. Særlig tre ulike boligkvaliteter ble framhevet; den bygningsmessige standarden, beliggenheten og bostabiliteten.

Flere informanter refererte til pasienter som bodde i boliger som ikke var «godkjente» på grunn av alvorlige mangler ved den bygningsmessige standard. Dette kunne være boliger uten rømningsveier, uten vinduer, bolig i kjellere og lignende. I intervjuene fortalte vedtaksansvarlige at de selv kunne gjennomføre hjemmebesøk for å vurdere bosituasjonen. Dårlig boligstandard så de oftest i private leiligheter, men også kommunale leiligheter kunne være svært dårlige. ”Kommunale leiligheter som er så misligholdt, at ja, jeg hadde vært flau hvis jeg hadde hatt ansvaret for boligene der.” (Informant 11) Samme informant gav følgende detaljerte beskrivelse av en slik bolig:

For det første henger ikke døra på plass [...] så hvem som helst kan ta seg inn i leiligheten når som helst...[...] Det ligger søppelposer nesten over alt inne i leiligheten. Det lukter vondt. Det er dårlig luft. Det henger svære tepper foran vinduene. Et toalett som er ekstremt preget av at her er det ikke vasket på lang, lang tid.

Informant 11 beskrev her en bolig med åpen ytterdør, svært dårlig lys og luft, og ekstremt dårlige hygieniske forhold. Slike boliger ble ikke ansett av informantene til å ivareta pasientens behov for trygghet i bosituasjonen, ei heller som tilfredsstillende for pasienter under tvunget vern.

Også andre boliger kunne etter informantenes mening være i så dårlig forfatning at det kunne gå ut over pasientenes psykiske og fysiske helse. Dette kunne for eksempel være boliger med generelt svært dårlig standard, manglende vedlikehold, små og trange leiligheter og/eller

boliger med utpreget institusjonspreg. Likevel kunne informantene velge å beholde pasienten på tvungent psykisk helsevern. «Jeg tror også at du venner deg til en helt annen terskel i forhold til hva du anser som ille da, når det gjelder boforhold. (Informant 11)

Beliggenhet var en annen boligkvalitet som informantene la vekt på. Boliger beliggende i belastede strøk i sentrum av byen, opplevdes problematisk for noen av pasientene. Trafikk tett opp i husveggen, eller utfordringer knyttet til det sosiale miljøet i nabolaget. Informant 2 uttrykte det slik: «Ulempen ved å ha alle disse boligene i veldig sånne urbane, tettbebygde områder, er at det blir kort veg og lett å få tak i rusmidler.» Informantene uttrykte stor bekymring over at mange av de boligene som ble benyttet til disse pasientene, var preget av utrygt bomiljø med lett tilgang på rusmidler og mye vold. Dette kunne også utgjøre en stor utfordring for pasienter som ønsket å begrense eller helt holde seg unna bruk av rusmidler. For noen lavterskel hybelhus ble bomiljøet vurdert som ikke godt nok. «Hvis du hadde en pasient som for eksempel var skrevet ut fra psykiatrisk avdeling og skulle rett inn på NN hybelhus med tvungent vern, så ble ikke det aktuelt. Så ble det avviklet.» (Informant 11).

Intervjuene viste for øvrig at noen av pasientene som ble tildelt bolig langt utenfor byen, var lite tilfreds med dette. For dem var det viktig at boligen nettopp lå sentralt plassert i byen. «De aller, aller fleste her, de vil jo ikke bo på landet. De vil bo der de har miljøet sitt. Og de fleste av disse her har jo heller ikke noe ønske om å slutte å ruse seg.» Her peker informant 9 på hvordan pasientens egne preferanser til beliggenheten, inngikk i de ansvarliges vurderinger av boligens egnethet.

I forbindelse med tilbud på nyanskaffelser av bolig og tjenester til disse pasientene, var informantene opptatt av at det burde legges inn ressurser for å få en tydeligere vekt på kvalitet. Kvalitet burde etter informantenes mening, i tillegg til riktig bemanning og kompetanse, også omfatte arkitektur og beliggenhet. Dette innebar at man burde unngå nyetableringer i de mest sentrale og belastede deler av byen.

Pasienter på tvang er som oss andre. De vil gjerne ha god plass, lys og luft og utsikt. Det må i alle fall være litt space, altså at det ikke ligger rett inntil en annen bygård, som også kanskje har dårlig fungerende beboere. (Informant 2)

Bostabilitet var en tredje boligkvalitet som informantene vektla ved vurderingen. Informantene var opptatt av at boforholdet måtte være forutsigbart og ha en viss varighet. Bostabilitet var den kvaliteten som oftest ble vektlagt i forbindelse med pasienter som bodde i lavterskel hybelhus. Boforholdene her var stadig gjenstand for vurderinger både av vedtaksansvarlige og av kontrollkommissjonen i forhold til om et slikt midlertidig bosted var bra nok. Selv om informantene også kunne ha bekymringer for andre sider ved boligkvaliteten (standard, beliggenhet og bomiljø) var det midlertidigheten av boforholdet som ofte fikk avgjørende betydning for at lavterskel hybelhus ikke ble vurdert som tilfredsstillende bolig for en pasient under tvungent vern.

Allikevel kunne tvungent psykisk helsevern bli opprettholdt for enkelte pasienter som faktisk bodde i lavterskel hybelhus over lengre tid og hadde relasjoner og tilhørighet til boligen. ”Men vi har jo pasienter her som har bodd på for eksempel NN hybelhus i 10 år. Da er man jo ikke bostedsløse lenger. Det er hjemmet deres og det er personell der.” (Informant 9). Dette var likevel ikke ensbetydende med at informantene ikke også var opptatt av at denne type bolig var lite tilfredsstillende. «Jeg har hatt flere pasienter på disse stedene, og de er dårlige. Det skal jeg love deg. Men [...] vi blir liksom ikke så kravstore.» (Informant 4) Oppsummert viser analysen at informantenes vurderinger av boligkvalitet i forbindelse med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, handlet om bygningsmessig standard, beliggenhet og bostabilitet. Mangler ved en eller flere av disse boligkvalitetene, kunne medføre at boligen ikke ble ansett som tilfredsstillende for en pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Samtidig viser intervjuene at det ble gjort enkelte unntak.

### **4.3 Betydning av tjenestene**

I tillegg til boligkvalitet ble omsorgs- og hjelpetjenester fra det kommunale tjenesteapparatet vurdert som avgjørende for at pasientene kunne ta imot tvungen behandling uten døgnopphold. Informantene hadde erfaringer med at pasientene vanligvis kunne få tilbud om følgende tjenester fra bydelen: Hjemmesykepleie (opp til en til flere ganger daglig), psykisk helsearbeider (en time ukentlig eller annen hver uke), og støttekontakt i tillegg til praktisk bistand til vask og rydding (ukentlig eller annen hver uke). For noen pasienter kunne de praktiske og psykososiale tjenestene bli gitt av bo-oppfølgere. En av bydelene hadde et eget

psykisk helse- og rusteam. Alternativt kunne noen eller alle omsorgs- og hjelpetjenestene bli gitt i tilknytning til eller som en del av botilbudet.

Når informantene vurderte i hvilken grad bydelens tjenester støttet opp under pasientenes muligheter for å kunne motta tvungen behandling uten døgnopphold, var det noen sider ved tjenesten som de i særlig grad framhevet. Dette var hjelpebehov, individuell tilpassing, kontinuitet og kompetanse i tjenestene.

Informantene opplevde at disse pasientene hadde stort hjelpebehov og trengte mye psykososial støtte. Det kommunale oppfølgingstilbudet kunne bli utilstrekkelig. Dette kom til uttrykk i alle intervjuene både ved generelle utsagn og i mange pasienthistorier. Informantene hadde erfaringer med at pasienter kunne få tildelt bemannede boliger, men bemanningen var for lav til å gi pasientene den oppfølgingen de hadde behov for. Informant 6 synliggjorde dette slik: ”... ellers så er det veldig mange som bor i bemannet bolig av forskjellige typer, rundt i bydelen. Det kan fungere på noen av dem. Det er ofte på grensen da, at selv det ikke er nok.”

Mange av pasientene hadde det som ble betegnet som en «tilbaketrekkingsadferd med negative psykosesyntomer» og sosial angst. I tillegg hadde de ofte lite sosialt nettverk som kunne gi dem støtte i hverdagen. ”Noen snakker jo bare med helsepersonell, når de kommer da, en gang i uka eller...» (Informant 8) Samme informant mente videre at tjenestetilbudet ofte var fragmentert og oppstykket. ”De ønsker at folk skal bo hjemme i egne leiligheter, men tilbudet de får er begrenset. Flere har hjemmesykepleie, daglig eller flere ganger daglig, men de snakker ikke så mye med folk, de kommer inn og leverer medisiner.” Informant 8 påpekte at når hjemmesykepleien, som faktisk var den tjenesten som oftest var innom pasientene, ikke hadde anledning til en samtale, fikk ikke pasienten den hjelpen de trengte. Analysen viser at informantene var opptatt av at flere pasienter hadde stort oppfølgingsbehov på kvelds- og nattestid. Det var om natta de var mest engstelige. Likevel var det svært få boliger som hadde døgnbemanning. Informantene mente at de dårligste pasientene hadde behov for bedre rammer og mer struktur i hverdagen enn det som ofte ble tilbudt. Pasientene ble lett værende alene med sine mange utfordringer. De mente også at pasientene trengte mer praktisk bistand til rydding og renhold: «Det kommunale tilbudet fungerer ikke. De burde fått mer tilsyn. Boligen er kaotisk, uryddig og dårlig rengjort.» (Informant 2)



Informantene pekte på at de pasientene som ble vurdert til å ha høy voldsrisiko, trengte en tettere oppfølging enn hva de ofte fikk tilbud om. Disse pasientene kunne trengt mer hjelp og støtte for å gi trygghet og for å ivareta sikkerheten til tjenesteyterne. For lite hjelp kunne få negative konsekvenser for både pasientene og for tjenesteyterne: «Han er nå blitt kastet ut fra døgnbemannet omsorgsbolig [...] De kom ikke inn fordi han er aggressiv. [...] De er redd for han. Han er umedisinert. Han vil ikke samarbeide, fordi de ikke får til å hjelpe han.» (Informant 12). Tilstrekkelig hjelp kunne bety en svært positiv endring i livskvaliteten for disse pasientene, slik det kommer fram av dette eksemplet:

En kjempe; vært på sikkerhetsavdelinger, innlagt i mange, mange år. Utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, bor i egen bolig som han eier selv. Det fungerer bra, med nok oppfølging i bolig fra bydel. Treffer pasienten jevnlig for å senke faren for at han ruser seg og senker ensomhetsfølelsen. At bydel kan følge opp tett, senker både rus og psykose og vold. (Informant 4)

Tett oppfølging i egen bolig gav mindre ensomhet, færre psykotiske symptomer, mindre bruk av rusmidler og mindre vold hos pasienten. Analysen viser også at informantene erfarte at for noen pasienter kunne tett oppfølging på sikt gi grunnlag for oppheving av tvangen og et videre samarbeid med pasienten om frivillig behandling.

En annen tjenestekvalitet som informantene vektla i forbindelse med vurdering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, var om tjenestene var individuelt tilpasset. Analysen viser at selv om pasientene i utgangspunktet fikk nok hjelp, kunne informantene erfare at tjenesten likevel ble for dårlig. For de sykeste pasientene som også hadde somatiske sykdommer var informantene bekymret for at deres spesielle behov lett kunne bli oversette. Informantene mente at pasientene hadde behov for fleksible tjenester som tilpasset seg pasientenes ofte vekslende behov. I tillegg var det behov for fleksibilitet i det administrative systemet. Noen ganger var det en kombinasjon av begge, slik som i dette eksemplet:

Nå har han bodd der i åtte år i morgen. Han har vært syk i tretti år. Så det er en sånn suksesshistorie. Men du må jo ha et bosted som er veldig fleksibelt med å følge opp folk. Personalet skal hjelpe han med å rydde, men de får ikke innpass så ofte. [...] Den leiligheten må totalrenoveres med jevne mellomrom fordi han ødelegger, holder

på med vann. [...] Han var innlagt på døgnpost for at leiligheten skal pusses opp.  
(Informant 10)

Informant 10 framhevet at fordi tjenesteyterne ikke fikk komme inn til pasienten så ofte som det var behov for, så ble tjenestetilbudet supplert ved at bydelen med jevne mellomrom betalte for oppussing av leiligheten.

Individuell tilpassing av tjenestene kunne enkelte ganger bety at hjelpen ble redusert. To utsagn viser ulike grunner til dette:

Jeg tror ikke vedkommende ville ha gått med på noe mer intervensjoner og personaltilsyn enn det som er.(...) Klarer ikke å forholde seg til avtaler. (Informant 7)

Sengeposten vurderte det uforsvarlig med bemanna bolig, fordi da ble voldsrisikoen så høy, hvis det var muligheter for grensesetting, som det kan bli i en bemannet bolig.  
[...] Nå bor han hos foreldrene. [...] Det har gått greit foreløpig. (Informant 8)

Informant 7 pekte på hensynet til pasienten. Hjelpen måtte være slik at pasienten kunne tåle å ta i mot og gjøre seg nytte av hjelpen. Mens informant 8 pekte på hensynet til tjenesteyterne. Pasienten kunne nok trengt veldig tett oppfølging i en bemannet bolig. Dette var imidlertid ikke mulig av hensynet til sikkerheten for ansatte i boligen. Den individuelle tilpassingen ble at denne pasienten flyttet hjem til sine foreldre hvor behandling med tvungent psykisk helsevern kunne gjennomføres.

Betaling av husleien kunne kreve individuelle løsninger. Informantene hadde erfaringer med at enkelte pasienter ikke fikk tilstrekkelig hjelp gjennom det byråkratiske systemet som var knyttet til husleieinnbetaling. Frivillig forvaltning, som ofte ble benyttet, mente de ikke var stabilt nok til å gi tilstrekkelig vern mot oppsigelse.

Kontinuitet i tjenestene var en tredje kvalitet som informantene la vekt på. I følge informantene omfattet kontinuitet både et stabilt sted å bo og stabile tjenesteutøverne som kunne gi pasienten trygghet. Følgende utsagn fra informant 9 viser hvordan et individuelt tiltak med ekstra bemanning rundt en pasient ikke fikk noe verdi for pasienten når kontinuiteten ikke ble ivaretatt.

Bydelen hadde fått Velferdsetaten til å staffe opp rundt han med kjent personell på et av lavterskeltilbudene. [...] De hadde avtalt med Velferdsetaten at de skulle flytte han fra hospits til hospits, for å spre belastningen på det enkelte hospits. Så han var ute cirka en uke, men da var han jo også i forverring, og da la jeg han inn igjen. [...]

Informantene erfarte at når pasienter flyttet mellom bydeler, oppsto det ofte brudd i tjenestetilbudet. Oppfølgingen som pasienten hadde i den ene bydelen, fulgte ikke automatisk med videre til den nye bydelen. Pasientene kunne da bli stående uten noen form for hjelp og oppfølging i kortere eller lengre tid.

Kompetanse var enda en kvalitet i tjenestene som informantene mente hadde stor betydning. Personale med spesiell kompetanse om rusmiddelproblemer og psykisk lidelse mente de var en forutsetning for å gi gode bo- og oppfølgingstjenester. Sunn fornuft var ikke tilstrekkelig til å kunne forstå denne pasientgruppens spesielle utfordringer. Analysen viser at informantene ofte støtte på manglende kunnskap om psykoselidelser og sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer i oppfølgingstjenester til disse pasientene. Dette gjaldt både i den direkte oppfølgingen av pasientene og på ledernivå. Informant 2 uttrykte seg slik:

Folk gjør så godt de kan, har en ”common sense”, og så et par ting som de styrer etter. [...] Dette tar ikke hensyn til pasientens alvorlige sykdomspatologi med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse. Så blir pasientene sittende alene. [...] De drives ut i et dårlig liv som følge av sine plager. Og vi står litt og ser på.

Også de øvrige informantene erfarte at pasientene ble skadelidende av at tjenestene ikke hadde riktig kompetanse.

I følge informantene hadde mange pasienter en tendens til å unndra seg hjelp. Dette kunne arte seg på ulike måter. Noen ganger kunne pasienten enkelt nok unnlate å åpne døra. For at hjelpetiltakene skulle fungere overfor disse pasienter, mente informantene at tjenesteyteren måtte hadde en bred forståelse av pasientenes problemer slik at de kunne ha en omsorgsfull, aktiv og oppsøkende tilnærming. Manglende kompetanse kunne i noen tilfeller gi seg utslag i direkte omsorgssvikt. En av informantene viste til et eksempel hvor de mente tjenesteutøveren ikke viste forståelse for alvorret i situasjonen.

Hvis pasienten ikke lukker opp, så gjør de ikke noe. Da drar de tilbake med uforrettet sak. Jeg har også vært med på å ringe og si at dere må låse dere inn. «Dere har plikt til å levere de medisinene. [...] Kanskje han er kjempesyk, eller han kan ligge og dø der, for alt det vi vet.» Det var en pasient med diabetes og schizofreni. (Informant 8)

Informantene opplevde også at det kunne oppstå situasjoner der tjenesteyteren som var satt til å hjelpe, ikke evnet å gi nødvendig hjelp, som i dette eksempelet hvor psykisk helsearbeider ikke tålte at pasienten røykte: ”Hun hadde psykisk helsearbeider til oppfølging i leiligheten sin.[...] Hun røykte veldig mye og psykisk helsearbeider ville ikke være der når hun røykte. Det ble jo helt håpløst. Så skar det seg, selvfølgelig.” (Informant 8)

Informantene kunne erfare at tjenesteyterne i bydelene selv uttrykte behov for mer kompetanse. De kunne ønske veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Så opplever førstelinjen, i alle fall i omsorgsboliger, at de ikke er kompetente nok. De ønsker seg mer veiledning, at vi skulle se dem, diskutere saker med dem.» [...] Og de står i veldig, veldig mange tøffe saker. Så er de kanskje ufaglært, og gått et år på et eller annet, og blir slått på jobb og opplever mye. (Informant 12)

Informantene 9 uttrykte stor tilfredshet med et oppfølgingsteam med spesialkompetanse på denne gruppen pasienter:

... et spesialteam som kan denne gruppen veldig godt og jobber i en sånn recovery-tankegang. Og erstatter vel egentlig mer tradisjonelle hjemmetjenester kanskje for denne gruppen; bo-oppfølgere og sånne ting som denne gruppa veldig lett støter fra seg og ikke nødvendigvis får langvarig tilbud om. Fordi de greier jo ikke å holde avtaler. De er ikke hjemme når bo-oppfølger kommer for sin en og en halv time hver fjortende dag. For «Psykisk helse og rus», de har det jo mye mer fleksibelt.

Riktig kompetanse i oppfølgingstjenester bidro i følge informantene, til stabilitet og fleksibilitet. Dette var viktige elementer for at disse pasientene skulle kunne nyttiggjøre seg tjenestene.

Informantene fortalte at det hendte at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer kunne bo på vanlige poster i somatiske sykehjem. ”Jeg har tre pasienter

på et sykehjem. De er bare i 50-årene, (...) er kanskje noen av de sykeste schizofrenipasientene jeg har sett noensinne.” (Informant 6) Informantene erfarte at den daglige, psykiatriske oppfølgingen ikke var tilstrekkelig. I tillegg hadde de store utfordringer i å forvalte tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold under slike forhold. Særlig kunne det oppstå vanskelige situasjoner i forbindelse med tvangsmedisinering.

En av dem har ikke snakket på de siste ti – femten år. Kan bare peke og grimasere. Han må ha depotinjeksjon, antipsykotika, en gang i måneden. [...] Så må vi legge han inn på Akuttpsykiatrisk, med politi og ambulanse og overføre i bære og legge i belter der. Så tilbake med politi og ambulanse og hele greia til sykehjemmet en gang i måneden. Og det er veldig uheldig, sikkert veldig traumatiserende for den stakkars mannen. (Informant 6)

Informantene pekte også på et økende behov for psykiatriske sykehjem som var godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Oppsummert viser analysen at de vedtaksansvarliges vurdering av kvalitet i tjenestene i forbindelse med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold omfattet hjelpebehov, individuell tilpassing, kontinuitet og kompetanse. Dette innebar vurderinger av om pasientene fikk tilstrekkelig hjelp, om hjelpen var fleksibel og tilpasset den enkeltes pasients individuelle utfordringer og behov, og om hjelpen hadde nødvendig kontinuitet. De la også vekt på om tjenesteyterne hadde kompetanse på målgruppen. De ulike kvalitetene var gjensidig avhengige av hverandre.

## **4.4 Betydning av samarbeid**

Gjennom analysen kom det fram at informantene erfarte at ulike samarbeidsrelasjoner hadde betydning for om pasienten kunne nyttiggjøre seg tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette omhandlet samarbeid med pasientene, tjenestene, døgnavdelinger innen psykisk helsevern og med bydelene.

Et vesentlig grunnlag for tvang er at pasienten ikke selv ønsker behandlingen. Tvangen skal kompensere for pasientens manglende evne til å samtykke i behandlingen og til å samarbeide.

Likevel viser analysen at informantene la vekt på et best mulig samarbeid med pasientene. ”Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold krever ganske mye samarbeid, faktisk. Altså, man må jo samarbeide om tvangen for at det skal ha noe vits.” (Informant 3) Den vedtaksansvarlige hadde behov for å treffe pasienten både for samtaler og for å gjøre vurderinger. Samarbeidet kunne være utfordrende, men var mulig å få til med mange av pasientene. Informantene oppgav flere mulige årsaker. Pasientene kunne ofte føle en viss forpliktelse til å stille opp. De kunne være redde for at politiet skulle finne dem. De kunne ha en viss sykdomsinnsikt eller en opplevelse av at medisinen faktisk kunne hjelpe. Om pasienten aktivt nektet kontakt, var praksis at vedtaksansvarlige fikk bistand fra døgnavdeling og politi for å gi tvungen medisiner. Informant 6 eksemplifiserte dette slik.

Hver fjerde uke er det politi og ambulanse. Og da utagerer han ofte. [...] Da står han bare i sengen sin og hopper og skriker mot oss og spytter. Prøver å smitte oss med hepatitt gjennom spyttet sitt(...). Politiet liksom må komme inn, med to politieskorter og skjold og legge ham i jern og sette på spyttmaske. Så frakte han på denne måten i ambulanse til Akuttpsykiatri. Så ligger han i belter når han får sprøyten, så kanskje et døgn eller to til. [...] Så er det rett ut av beltene og rett ut på gata. Det er klart at det er ikke noe hyggelig for han heller. Det gjør jo han enda mer paranoid og engstelig, sikkert da, og sint. Det er en ond spiral.

Informantene erfarte de situasjonene hvor behandlerne måtte få assistanse av politiet for å få gjennomført medisiner, kunne oppleves svært traumatisk for pasientene, slik at de ble sykere; mer paranoid og engstelig. Informantene vurderte at disse pasientene egentlig ikke var stabile nok til å kunne ta i mot behandling på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det hadde vært bedre for dem å ha et annet tilbud, for eksempel døgntilbud.

Analysen viser at de vedtaksansvarlige ofte hadde behov for samarbeid med tjenesteytere i bydelen i forbindelse med gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De hadde behov for å få formidlet beskjeder og på annen måte få lagt til rette for å møte pasienten. Noen ganger kunne de trenge informasjon om pasientens tilstand. Kvaliteten i samarbeidet med tjenestene handlet om i hvilken grad tjenesteyterne kunne være et bindeledd og tilrettelegg for kontakt mellom pasienten og vedtaksansvarlig.

Han nekter å ha noe med oss å gjøre. Så i praksis innebærer det at når vi har dratt ut til disse hospitsene og prøvd å sette depot, må vi høre at han ikke er rusa på forhånd, at han ikke kommer med trusler og er aggressiv. Da har vi klart det noen ganger.

(Informant 6)

Informanten søkte her informasjon fra ansatte i boligen om pasientens tilstand før de dro på hjemmebesøk for å gi depotinjeksjoner. Denne informasjonen kunne være avgjørende for den vedtaksansvarliges og andre behandleres sikkerhet i forbindelse med hjemmebesøket og for muligheten til å gjennomføre medisineringen så skånsomt som mulig for pasienten. Hvis pasienten bodde alene, prøvde de vedtaksansvarlige å finne andre tjenesteytere som kunne hjelpe til. Det kunne være bo-oppfølgere, hjemmehjelpere, hjemmesykepleiere, ansatte i sosialtjenesten og i noen tilfeller også pårørende.

Informantene hadde erfaringer med at noen tjenesteytere kunne være skeptiske til et samarbeid med vedtaksansvarlige eller andre behandlere i poliklinikken.

Men det er et problem med disse hospitsene, at de ansatte der kan være negative til oss.(...) Hvis vi gir dem beskjed om at nå må han ha depotmedisin, så vil de liksom ikke gi den beskjeden videre. De vil si at det er vår oppgave. De vil på en måte ikke være ”håndlangere” som de sier, for psykiatrien. (Informant 6)

Informant 6 pekte på at ansatte i enkelte botilbud var tilbakeholdne til samarbeid med behandlerne i poliklinikken. De mente det kunne skade relasjonen til pasienten og ønsket ikke å bidra til gjennomføringen av tvangsbehandling.

Videre viser analysen at samarbeid med døgnavdelinger innen psykisk helsevern hadde stor betydning for de vedtaksansvarlige i forbindelse med vurderingen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og behandlingen av pasientene. Samarbeidet omfattet situasjoner i forbindelse med overføring fra døgnbehandling til poliklinisk behandling og motsatt; ved overføring fra poliklinisk behandling til døgnbehandling. Det var noen kvaliteter i samarbeidet med døgnavdelingen som i særlig grad ble framhevet.

En kvalitet handlet om mulighetene til å få disse pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern. Informantene kunne tidvis erfare at pasienter med omfattende rusmiddelmissbruk og økende psykotiske symptomer ikke fikk tilstrekkelig helsehjelp innenfor rammen av

poliklinisk behandling. For å hjelpe pasientene videre vurderte de det som avgjørende at pasientene fikk innleggelse på døgnbehandling. Her skilte de ulike poliklinikkene seg fra hverandre. Analysen tyder på at dette igjen hadde sammenheng med hvilken akuttavdeling som poliklinikken var knyttet til. Informantene som var ansatte ved poliklinikkene som var tilknyttet to av akuttavdelingene (Akuttavdeling A og B), uttrykte at de stort sett hadde gode erfaringer i samarbeidet. De fikk lagt inn pasientene når de trengte det, både for akuttinnleggelser og planlagte innleggelser. «Jeg synes vi samarbeider godt med døgnpostene. Det er ikke der problemet ligger.» (Informant X).

Informantene fra poliklinikkene som var tilknyttet en tredje akuttavdeling (Akuttavdeling C) viser til et mer variert samarbeidsforhold. ”Det er jo ofte det kan fungere, når det kanskje er en annen type pasienter, da. Men med denne type pasienter, så har jeg ikke så veldig god erfaring.” (Informant Y) Informantene erfarte vedvarende vanskeligheter med å få pasienter med omfattende rusmiddelmisbruk innlagt til lengre tids utredning og behandling. To av informantene synliggjorde samarbeidsutfordringene på følgende måter:

En ting er at han er farlig for andre, men han er farlig for seg selv. Han tok jo en svær overdose med GHB og holdt på å dø av det. [...] Siste gang jeg la han inn på [Akuttavdeling C], så gjorde jeg det klart at jeg anbefalte at han ble lagt inn der for å overføres videre til [langtidsbehandling] og så til et sted [...] for å være der i flere år. Da har jeg fått kommet med min anbefaling. Da gjør jo de sin [vurdering]. De skrev han ut etter to timer, da. Det var jo ny rekord. (Informant Y)

Han har kroniske vrangforestillinger, alvorlige, og han har til tider suicidaltanker og ruser seg daglig. [...] Han har vært lagt inn på akuttavdelingen flere ganger, men blir skrevet ut etter en dag, for da vil ikke han ha noe mer hjelp. (Informant Z)

Utsagnene viste at informantene opplevde at samarbeidet med akuttavdeling C ble vanskelig på grunn av vedvarende uenigheter mellom poliklinikken og akuttavdelingen i vurdering av pasientenes sykdomstilstand og grunnlag for tvangsbehandling. Informantene vurderte at det både var faglig og juridisk grunnlag for tvangsinnleggelse. Når vedtaksansvarlige på akuttavdeling C vurderte dette annerledes, førte det til at pasientene gjentatte ganger ble overført til frivillig behandling og utskrevet etter det de mente var svært kort tid; fra noen timer til et par døgn. Informantene oppfattet at vedtaksansvarlige på akuttavdelingen la mer vekt på pasientenes rusmiddelmisbruk, framfor deres alvorlige og vedvarende psykotiske



symptomer. «Det er rus, da. Det er vel den begrunnelsen, er det ikke? (...) Det er i hvert fall min erfaring. (Informant Y) Om akuttavdeling C's vedtaksansvarlige vurderte de psykotiske symptomene som rusutløst, kunne tvangen raskt bli opphevet og pasienten overført til frivillig behandling. De fleste pasientene valgte da å skrive seg ut.

Informantene var spesielt bekymret for konsekvensene det vanskelige samarbeidet med denne akuttavdelingen kunne få for to pasientgrupper; de unge bostedsløse og de bostedsløse med alvorlig voldsproblematikk. Informantene erfarte at de unge kunne bli gående lenge, enkelte i årevis, uten adekvat utredning og behandling for sin psykoselidelse og rusmiddelproblematikk. ”Han har aldri fått muligheten til et noe langvarig behandlingsopplegg innlagt. Han har ikke blitt utredet. Han har ikke fått den type behandlingsmulighet.” (Informant Z)

Vanskeligheter med å få tvangsinnlagt pasientene på Akuttavdeling C, satte de vedtaksansvarlige i faglige og etiske dilemma. Informant Z opplevde det som en stadig runddans, uten mulighet til å gi denne unge pasienten riktig hjelp:

Man jobber og jobber og prøver å hjelpe han ute, men man kommer ikke så veldig langt. Og når man prøver å legge inn for å få mer hjelp, så fører ikke det noe hen. Så da går man egentlig bare sånn og spinner rundt, da.

Mens informant Y beskrev dilemmaet i forhold til voldsproblematikk slik:

Jeg kan jo begynne å legge inn umiddelbart igjen. Det blir sånn spill frem og tilbake. Det blir jo helt meningsløst. Eller så kan jo jeg velge å si det er uforsvarlig å ha han på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og skrive han ut. Men det er jo ikke forsvarlig her. [...] Da vil han bare gå rusa og farlig rundt i gatene uten noe som helst. Det er et dilemma.

Begge informantene så det som faglig uforsvarlig at disse bostedsløse pasientene ikke fikk lengre innleggelse. Pasientene sto i fare for å bli ”kasteballer” mellom poliklinikk og sykehus med stadige inn og utskrivninger uten å få den behandling de trengte. Samtidig vurderte de det som helt uforsvarlig å avslutte den tvungne behandlingen. For særlig farlige pasienter med alvorlig voldsproblematikk var informantene også opptatt av samfunnsvernet. De kunne være farlige for hvem som helst. I tillegg opplevde informantene det som en stor

belastning å skulle ha poliklinisk ansvar for disse pasientene under slike omstendigheter. De vedtaksansvarlige manglet gode alternativer. Intervjuene viser at det også kunne være svært vanskelig å få pasientene direkte innlagt til langtidsbehandling eller sikkerhetsavdeling.

Men nå har jeg søkt ham inn til [sikkerhetsavdeling]. Jeg har også ringt dit og snakket med dem, får samme svaret. Så er det vi som blir sittende med han. Eller jeg som sitter og forvalter [tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold]. Men jeg synes jo ikke det er noe forsvarlig. Han samarbeider overhode ikke og har kommet med drapstrusler mange ganger mot meg og sykepleieren her. (Informant Y)

En annen kvalitet ved samarbeidet med døgnavdelingene som informantene la vekt på, var muligheten for lengre innleggelse. Informantene erfarte at noen pasienter kunne ha behov for litt lengre innleggelse enn det de vanligvis fikk, for å få bedre rusbehandling. Ved akuttinnleggelse kunne noen dagers lengre opphold både gi bedre avrusning og bidra til bedre stabilitet for å forebygge raske tilbakefall til aktiv rusmiddelmissbruk og påfølgende økte psykiske symptomer.

For vår gruppe, spesielt de som bruker amfetamin, så er det jo litt forskjell på å få sove i to netter og kanskje få sove i fem. Har du sovet i fem, så er du over den verste abstinensen. Hvis du bare har vært inne i to døgn, så er det veldig fort å skli rett utpå igjen. (Informant 9)

Enkelte pasienter kunne få mange og korte innleggelse, men uten at innleggelsene gav en reell bedring og stabilitet i deres livssituasjon. De ble såkalte ”svingdørspasienter”. ”Det skaper i hvert fall sånne sirkler med pasienter som bare går i ring. Dårlig inn. Ut. Sånne svingdørspasienter igjen som vi hadde for noen år tilbake. Nå opplever jeg at vi er veldig tilbake dit.” (Informant 12)

Informantene mente at vanskelighetene i samarbeidet med døgnavdelingene også hadde sammenheng med at det var for få sengeplasser. Nedleggelse av døgnplasser innen psykisk helsevern de siste årene hadde gått for langt. De erfarte at det var et stort press på de plassene som fortsatt var igjen. Særlig etterlyste informantene flere langtidsplasser, som en viss erstatning for de tidligere asylene. De trakk fram behov for at enkelte unge pasienter måtte få bedre muligheter til utredning og behandling i sengepost over tid, om nødvendig under tvungent psykisk helsevern. Informant 2 gav dette eksempelet om en ung pasient med en

alvorlig psykisk lidelse, traumer fra barndom, omfattende rusmiddelmissbruk og som nå bodde i lavterskel hybelhus. ”For tjue år siden, så ville jo han ha fått en plass [...] hvor man tenkte at han må stabiliseres over lang, lang tid. Hvor han får stabil medisiner, mindre tilgang til rusmidler, aktivisering, strukturering.”

Informantene framhevet at noen svært ressurskrevende pasienter med alvorlig voldsproblematikk i tillegg til alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer ikke fikk den behandling og oppfølging de hadde behov for. Dette var et fåtalls pasienter, men de skapte alvorlig bekymring og frykt i poliklinikken. Dette var pasienter som kunne være uforutsigbare og farlige utenfor institusjon, selv med behandling under tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold. Gjennom årene hadde de fått mange og ulike behandlingstiltak og ulike bo- og oppfølgingstjenester, men uten at det hadde gitt pasientene den stabiliteten som var nødvendig. Informantene opplevde det som en stor belastning å skulle ha poliklinisk ansvar for disse pasientene. Informant 12 beskrev behovet til en av pasientene slik:

[At] regional eller lokal sikkerhetsavdeling lager noe mere langtids. [...] Noe som er for dem som man har prøvd alt, da. For han siste her er så farlig. [...] Det er en kjempe tung greie å gå og ha ansvaret for. Det er jo helt uaktuelt for en poliklinikk å ta imot disse på tvungent vern. [...] At samfunnsvern, som jeg er blitt så veldig opptatt av, er det eneste jeg ser [...] Han må få et spesialprosjekt rundt seg, inne på en døgninstitusjon, med spesialisert personell i forhold til sikkerhet og vold.

Informantene vektla at samfunnsvernet måtte ivaretas på en bedre måte og etterlyste flere sengeplasser i sikkerhetsposter. I tillegg så de behov for en type stabil, varig bo- og omsorgssituasjon i regi av sikkerhetspsykiatrien, for de få, men svært farlige pasientene.

Utfordringene i samarbeidet med døgnavdelingene vedrørende innleggelser kunne bli drøftet i plenum med kontrollkommissjonen. Noen saker ble også løftet opp til ledelsesnivå i sykehusene, men informantene erfarte at dette ikke nødvendigvis førte til en bedre situasjon.

En tredje samarbeidskvalitet handlet om utskrivingsprosessen. Informantene var opptatt av behovet for noe lengre tid i utskrivingsprosessen for å støtte opp under de kommunale bo- og tjenestetilbudene. ”Når vi ønsker oss lange glidende overganger, der man veksler mellom å være i boligen og kunne ... Først ei natt, så to netter, [...] at dette skal gå over litt tid. Så

ønsker de seg en kort utskrivingsperiode.” (Informant 9) Dette utsagnet tyder på ulikt fokus i behandlingen. Døgnavdelingene ønsket korte innleggelser og raske utskrivingsprosesser med hovedfokus på pasientens tilfriskning slik den framsto inne i sykehuset. ”Utskrivelsene kan skje litt fort, og pasienten er ikke helt stabilisert og må legges inn igjen.” (Informant 1) Mens analysen tyder på at vedtaksansvarlige i poliklinikkene ønsket å sikre en god overgang til oppfølging i egen bolig.

Analysen viser også at utskrivningsklare bostedsløse pasienter kunne i noen tilfeller gi store utfordringer i samarbeidet mellom poliklinikkene og døgnavdelingene. Vanskeligheter kunne oppstå når en tvangsinnlagt pasient var ferdigbehandlet i sykehus samtidig som bydelen ikke kunne tilby tilfredsstillende bolig med oppfølgingstjenester. Når pasienten hadde behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kunne døgnavdelingen da se seg nødt til å avvente utskrivning inntil bolig og oppfølgingstjenester var på plass. Hvis denne situasjonen varte lenge, kunne informantene oppleve press både fra døgnavdelingene og fra sin egen ledelse i poliklinikken til likevel å ta i mot disse pasientene på tvungent vern. Dette var samarbeidssituasjoner som de vedtaksansvarlige opplevde både som etisk vanskelig, og faglig og personlig svært utfordrende. « Så det er ikke noe enkelt å plutselig stå der som vedtaksansvarlig og si at ”Vet du hva, jeg godtar ikke vedtaket deres.”» (Informant 11)

Analysen viser at informantene også hadde stor forståelse for at døgnavdelingene hadde et stort press på seg til å få skrevet ut pasienter og at prioriteringene kunne være vanskelige. Vurderingene var vanskelige både av hensyn til den pasienten som var innlagt ”på overtid” og av hensyn til de pasientene som ventet på innleggelse.

De opptar en seng. [...] Hva er det som er verst da? Kan vi ta saken og gi den pasienten noe helsehjelp, eller ...? Og så vet vi at da frigjøres det en plass som en annen trenger sårt. Det er det største dilemma ofte. (Informant 8)

Alternativt kunne døgnavdelingen selv velge å oppheve tvangen for så å skrive den bostedsløse pasienten ut til frivillig behandling. Dette til tross for at informantene oppfattet at den vedtaksansvarlige i døgnavdelingen fortsatt mente at pasienten hadde behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Enkelte av informantene mente at en slik utskrivingspraksis kunne være en bevisst strategi fra sykehusets side for å få overført ansvaret for ferdighandlede pasienter til bydel. En annen begrunnelse mente informantene var

økonomisk. Sykehuset mente at pasienten ikke lengre hadde behov for så høyt og dyrt omsorgsnivå som en sykehusplass. Informant 12 uttrykte dette:

Så koster det 16 000 kr i døgnet kanskje for en døgnplass (...). Det er økonomi. Pasienten er ferdigbehandla egentlig og kunne fint tålt å bo hjemme på et lavere omsorgsnivå, og så finnes ikke det. Så skriver man ut til slutt.

Informantene erfarte at slike utskrivinger til frivillig poliklinisk behandling ofte førte til at pasientene ikke fikk de medisinen som de vedtaksansvarlige mente de hadde behov for. De fikk heller ikke annen psykiatrisk behandling. Ofte førte disse utskrivingene til innleggelse etter kort tid. «Men erfaringene var vel at, stort sett med premature utskrivelser på grunn av dårlige boforhold, så endte det jo opp med reinnleggelse etter kort tid.» (Informant 11)

I tillegg til samarbeid med pasientene, tjenestene og døgnavdelingene, viser analysen at informantene hadde behov for et samarbeid med bydelene i forbindelse med vurdering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. ”Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er mye avhengig også av at bydel er på plass.” (Informant 3) Samarbeidet med bydelen dreide seg i denne sammenhengen om tildeling av bolig og oppfølgingstjenester.

Informantene tok utgangspunkt i at samarbeidet skulle bygge på en forståelse av at et behandlings- og tjenestetilbud måtte være tilpasset den enkelte pasients utfordringer og behov. Enkelt uttrykt av informant 2: ”Hva er det som trengs her?” Informantene erfarte at det var stort behov for boliger med tilpassede tjenestetilbud til disse pasientene. Mange av disse bostedsløse pasientene trengte støtte til dagligdagse gjøremål som matlaging, handling, renhold, hjelp til medisiner, følge til behandlingsavtaler og annen oppfølging for psykisk og fysisk helse, deltakelse i aktiviteter med mer. Informantene beskrev behov for et bredt spekter av bo- og tjenestetilbudet, fra bofellesskap av ulike varianter til de helt individuelle botiltakene med en-til-en- tilnærming. Enkelte pasienter hadde behov for å bo i institusjon.

Alt fra de som har god nytte av og som tåler å bo flere sammen. Kanskje med et lite miljøterapeutisk tilbud i tillegg. En form for kollektiv [...] Til de mere isolerte,

individuelt tilpasset botilbudene, hvor det er mere en til en. Rett og slett fordi det er helt nødvendig. Det er det de trenger. Så dårlige er de. (Informant 11)

Samtidig viste intervjuene at samarbeidet med bydelene var preget av stor mangel på boliger og oppfølgingstjenester til disse pasientene. De mente at nedleggelse av døgnplasser ikke var blitt fulgt opp med tilsvarende oppbygging av bolig- og oppfølgingstiltak i bydelene. Selv om det var nyanser i informantenes erfaringer med de ulike bydelene, kan disse oppsummeres med følgende utsagn: ”Vi har ingen bolig”. Direkte og indirekte var dette det svaret som oftest gikk igjen når informantene henvendte seg til bydelene om bostedsløse pasienters boligbehov. Denne erfaringen ble delt av alle informantene og omfattet alle bydelene i denne studien. Informantene erfarte at bolig- og oppfølgingstilbudene ikke fantes, eller at det var lange ventelister. Informant 3 oppsummerte dette slik ”Det er ikke mange nok boliger i bydel. Og bydelen har altfor mange søkere til boligene.” Informant 8 utdypet dette: ”Altså kapasiteten de har til å ta vare på pasienter med psykiske lidelser, den er minimal. Det er klart en av mine største bekymringer, den mangelen på gode boliger for mennesker med psykiske lidelser.” Behovet for flere boliger til pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk hadde vært etterspurt fra spesialisthelsetjenesten i en årrekke.

Det vi alltid melder fra, sist nå i møte med Byrådet for noen uker tilbake, gjennom Sykehusdirektøren, [...] er det noe vi synes mangler i førstelinjen, så er det gode og varierte botilbud for folk med psykiske lidelser og rusproblemer. Det tror jeg vi har gjentatt i årevis. (Informant 11)

I forbindelse med tildeling av bolig og oppfølgingstjenester kunne informantene oppleve lange og vanskelige prosesser med bydelene. Informant 5 var en av flere som beskrev disse samarbeidsprosessene som en ”dragkamp”: ”Bydelene gjør jo mye bra arbeid. Men det er jo hele tiden en dragkamp da, med de virkelig vanskelige, de pasientene som vi opplever som vanskelig og utfordrende, som koster mye.” Informant 10 beskrev at dette samarbeidet var preget av åpne og skjulte prosesser som bar preg av trening og ansvarsfraskrivelse.

Det var jo på de prosessene som foregikk åpenlyst, og det var jo de prosessene som ikke foregikk åpenlyst. Altså det som ikke foregikk åpenlyst, var jo en trening uten like og ansvarsfraskrivelse: «Da må du snakke med den og da må du snakke med

den.» Og da var det jo at de på en måte gjemte seg veldig bak at ”Nei, vi har jo ikke noe.”

Det kunne være lange prosesser i forbindelse med en alminnelig søknad om kommunal bolig. Her opplevde informantene at disse pasientene kunne bli nedprioritert til fordel for andre vanskeligstilte med boligbehov i bydelene, som for eksempel flyktninger. Men de mest tidkrevende og vanskelige prosessene oppsto i forbindelse med søknader om bolig med bemanning. Dette kunne skje selv om det var enighet om bolig- og omsorgsbehovet. Informant 8 gav eksempel på en slik prosess hvor gjentatte skriftlige og muntlige henvendelser til slutt endte med at bydelen unnlot å svare.

«Vi bestrider ikke behovet eller deres vurdering, men vi har ikke noe bolig.» Og da hadde vi møte med dem, hvor de bare fortsatt å si det. Og så sa jeg og vi at det er dere jo forpliktet til. Dere har ikke lov til å si nei. Da må dere bare skaffe en bolig et sted, kjøpe en bolig i en annen bydel eller... Men da fikk vi ikke noe svar, rett og slett.

Andre ganger kunne informantene erfare at det oppsto uenighet mellom vedtaksansvarlig og bydelen i vurderingen av bolig- og oppfølgingsbehovet. Bydelen kunne velge å tilby mindre hjelp enn det som vedtaksansvarlig vurderte var nødvendig. Informantene erfarte at det var bydelenes budsjetter og økonomiske prioriteringer som ofte var styrende for hvilke bo- og tjenestetilbud disse pasientene ble tilbudt. Informant 2 sa dette slik:

Det er et system i slike saker at bydelen har en tendens til å velge det billigste omsorgsnivået. Bydelen sier aldri at økonomi er den reelle grunnen ved valg av boligtilbud, men sier at vi har et tilbud som er bra nok.

Informantene mente at bydelenes økonomiske prioriteringer kunne ha særlig betydning for tilbudet – eller mangel på tilbud – til de mest omsorgs- og kostnadskrevende pasientene. Dette var gjerne pasienter med stort forbruk av rusmidler og høy voldsrisiko, noen også med alvorlige somatiske lidelser. Intervjuene viste at det kunne oppstå krevende og langvarige diskusjoner om hvem som skulle betale for oppfølging av pasienten. Bydelene kunne mene at spesialisthelsetjenesten i sin helhet burde overta ansvaret for de mest ressurskrevende pasientene ved å gi dem en langvarig institusjonsplass. Informant 9 uttrykte sin erfaring slik: ”Bydelene har jo et budsjett og ønsker at det her skal koste minst mulig. Egentlig ønsker de

vel at spesialisthelsetjenesten skal tilby dem institusjonsplass, i svært lang tid.” Alternativt kunne bydelene foreslå en kostnadsdeling med spesialisthelsetjenesten. ”Bydelen vil ha et spleiselag med spesialisthelsetjenesten.” (Informant 12)

Informantene mente at mangel på tilrettelagte boliger og oppfølgingstjenester medførte at tvangsinnlagte pasienter kunne få lengre innleggelser i psykiatriske avdelinger enn hva de nødvendigvis trengte. Når døgnavdelingene se seg nødt til å avvente utskrivning inntil bolig og oppfølgingstjenester var på plass, kunne det føre til uker og måneder med lengre innleggelser. For enkelte pasienter kunne uker og måneder bli til årelange innleggelser. I praksis betydde dette at tvangsinnlagte pasientene ble «boende» på sykehuset. Informant 8 beskriver situasjonen for en pasient som hadde vært innlagt på tvang i mer enn fire år, fortsatt ikke hadde fått tilfredsstillende bolig:

Han kunne ikke bo alene. Trengte en bolig med døgnbemanning, hvor bydelen ikke hadde det. Det var utslagsgivende for at han aldri ble skrevet ut mens jeg var vedtaksansvarlig. [...] Han er fortsatt innlagt, og situasjonen er fortsatt like fastlåst, kanskje innlagt i fire år.

Analysen synliggjorde at informantene oppfattet at bydelens tjenesteytere kunne ha, etter det de oppfattet, en for stor forhåpning om at tvungen behandling med antipsykotisk medisiner kunne gi disse pasientene et bedre liv. Selv om spesialisthelsetjenesten gav gode fleksible, ambulante tjenester var ikke det tilstrekkelig for å bedre livssituasjonen til disse bostedsløse pasientene. Flere informanter tok til ordet for en styrking av pasientenes rettigheter til bolig. Informant 5 sa dette slik:

Jeg tror ikke tvungent psykisk helsevern er noen løsning på dette. [...] Det er mye viktigere å sikre retten til bolig enn retten til medisin, sånn sett. Det er jo ikke helsetjenesten som skal gjøre dette her. Det er en politisk oppgave å styrke retten til å ha et sted å bo.

Den samme informanten satte dette i sammenheng med bruken av individuell plan som ikke fungerte godt nok for disse pasientene, siden det ikke er noen lovmessige rettigheter knyttet til innholdet i planen. ”Individuell plan fungerer ikke så godt for de som virkelig trenger det. Har rett til planen, men ikke rett til innholdet. (Informant 5)



Hva så med bruken av klagemuligheter? Informantene erfarte at de fleste av disse pasientene sjelden var i stand til å forholde seg til de byråkratiske reglene og praksis vedrørende klage. De hadde sjeldent pårørende som kunne stå på for seg. Men det var noen unntak der pasienten selv klagde. ”Han selv fikk nok på et tidspunkt. Så han bare møtte opp i bydelsadministrasjonen og gav seg ikke før han fikk snakket med noen. Og da begynte det å skje ting. Og så fikk han kommunal bolig.” (Informant 9) Noen enkeltsaker kunne bli tatt opp i ledermøter eller andre overordnede fora mellom spesialisthelsetjenesten og bydelene, men informantene opplevde ikke at det nødvendigvis førte til bedre løsninger for pasientene. Enkelte informanter hadde erfaringer med at klager til pasientombudet- og brukerombudet kunne gi reell hjelp innen rimelig tid. Det samme gjaldt om de fikk hjelp av verge. Noen informanter fortalte at de selv hadde hjulpet enkelte pasienter med en formell klage. Saksbehandlingen tok ofte uforholdsmessig lang tid og medførte sjelden endringer i pasientens situasjon. Dette illustreres i følgende erfaring hvor det tok et helt år før klageorganet i det hele tatt startet saksbehandlingen: «De ringte meg da det var gått ett år, og sa: ”Du, jeg har mottatt en klage.” - ”Vet du hva, hun har flytta til et annet sted.” [...] Jeg vet ikke om de behandla saken.» (Informant 8) Det kunne også skje at informantene ikke hadde kapasitet nok til å følge opp disse sakene. Da kunne de velge å løse bosituasjonen uten medvirkning fra bydelen.

Analysen tyder på at informantene erfarte at bydelenes saksbehandling vedrørende bolig – og tjenestetilbud i liten grad la vekt på om pasientene hadde behov for behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Samtidig var det noen unntak. Noen handlet om innkjøp av bo- og oppfølgingstilbud hos private firma.

Vi har noen gode eksempler på det her [...] hvor det ble kjøpt de botilbudene. Og som selvsagt kostet ekstremt mye.[...] Hvor det var et tett samarbeid og hvor det hele tiden var god kommunikasjon begge veier.. [...] Rammene rundt de boforholdene var så gode at vi holdt dem utenfor sykehuspsykiatrien i årevis. (Informant 11)

Andre eksempler på godt samarbeid handlet om pasienter som var dømt til tvungent psykisk helsevern. Her tyder analysen på at informantene både erfarte et godt samarbeid med bydelen og med døgnenhetene.

Når folk har gjort noe galt og dømt til tvunget psykisk helsevern, så virker det som ting er på stell da. Både innholdsmessig i behandling, i forhold til boforhold, i forhold til oppfølging i førstelinjetjenesten også videre.[...] Ingen av instansene tar sjansen på ikke å ha gode og tilfredsstillende forhold for de domfelte.[...] lagd masse risikoplaner med tanke på hva skal vi se etter når det er forverring, hva gjør vi da. Ja, det er ressurser, det koster. Men da funker det, jo. (Informant 11)

Informanten pekte i begge eksemplene på at et godt samarbeid også hadde sammenheng med vilje til å bruke ressurser på disse pasientene. Dette synes å gjelde både i den daglige omsorgen og i krisesituasjoner.

Oppsummert viser analysen at informantene erfarte at samarbeid med pasientene, tjenestene, bydelen og døgnavdelingene hadde betydning for de vedtaksansvarliges vurderinger av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De vedtaksansvarlige hadde behov for bistand fra tjenestene for å treffe pasientene for å gjøre vurderinger og få gitt medisiner. Kvalitet i samarbeidet med døgnavdelingen handlet i hovedsak om muligheten for innleggelse på tvungent psykisk helsevern for lengre utredninger og behandling og om gode utskrivingsprosesser. Mens kvalitet i samarbeidet med bydelene handlet om framskaffelse av tilrettelagte boliger og oppfølgingstjenester. Manglende kvalitet i en eller flere av disse samarbeidsrelasjonene kunne føre til at pasientene ikke fikk behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Informantene erfarte at pasientene da kunne få hyppigere og lengre innleggelse enn de i utgangspunktet hadde behov for.

## **4.5 Oppsummering av hovedfunn**

Studien viser at de vedtaksansvarlige hadde god kjennskap til og et stort engasjement for bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. De opplevde det som krevende å ha ansvar for å forvalte det tvungne vernet. Beslutningene kunne innebære vanskelige med avveininger mellom ulike faglige og etiske dilemmaer. Arbeidet med pasientene var i perioder preget av stor fleksibilitet og omfattende arbeid for å bedre pasientenes bosituasjon og totale livssituasjon. Vedtaksansvarlige påtok seg roller som pasientenes omsorgspersoner og talspersoner overfor det øvrige tjenesteapparat.

De vedtaksansvarlige erfarte at en vanskelig bosituasjon hadde sammenheng med pasientenes alvorlige psykiske lidelse og rusmiddelproblemer, deres sosiale problemer og øvrige livssituasjon. En trygg og stabil bosituasjonen med tilpassede tjenester og riktig kompetanse ble sett på som avgjørende for at disse pasientene kunne motta og nyttiggjøre seg behandling under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette var områder som krevde et utstrakt samarbeid mellom poliklinikken, døgnenhetene og de kommunale tjenestetilbudene.

I vurderingen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold la informantene vekt på betydningen av ulike kvaliteter ved boligen, ved bydelens tjenestetilbud og kvaliteter i samarbeidet med pasienten, tjenestene, bydelene og døgnavdelingene innen psykisk helsevern. Manglende kvaliteter på en eller flere av disse områdene kunne medføre at behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke kunne gjennomføres. De erfarte et stort behov for varierte bo- og tjenestetilbud i bydelene som var tilpasset disse pasientenes individuelle behov. Informantene så behov for flere langtids døgnplasser innen psykisk helsevern til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Dette omfattet også plasser i sikkerhetsavdelinger og særlige forsterkede boliger, såkalte «sikkerhetshjem» til de til de svært få, men svært ressurskrevende og farlige pasientene med voldsproblematikk. Enkelte informanter tok til ordet for å styrke pasientenes rett til egen bolig.

## 5 Diskusjon og begrensinger

Denne studien har sett på de vedtaksansvarliges erfaringer med og vurderinger av hvilken betydning bosituasjonen kan ha for bostedsløse pasienter som behandles for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, og som har behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

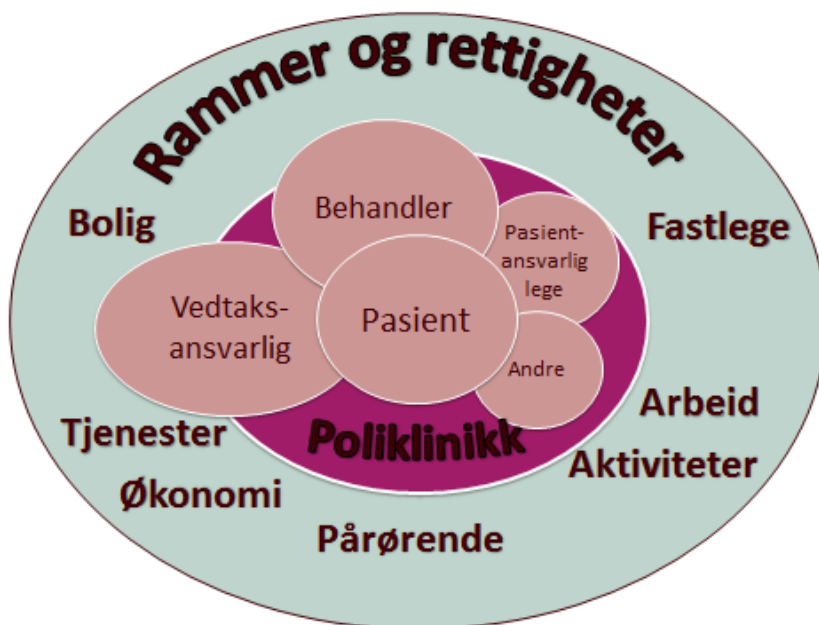
Studien har gitt innsikt i de vedtaksansvarliges arbeid og engasjement for disse pasientene. Den viser at de vedtaksansvarlige både har god kjennskap til og et stort engasjement for disse pasientenes bosituasjon og livssituasjon. De la vekt på samarbeid med pasientenes øvrige behandlings- og oppfølgingstjenester. I vurderingene av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold la vedtaksansvarlige vekt på betydningen av ulike kvaliteter ved boligen, ved tjenestetilbud og ved samarbeidet med pasienten, tjenestene, bydelen og døgnavdelingene innen psykisk helsevern. Manglende kvaliteter på en eller flere av disse områdene kunne føre til at behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke kunne gjennomføres.

I dette kapittelet vil det bli drøftet framtrede funn i lys av grunnleggende prinsipper og politiske føringer, relevant forskning og egne erfaringer i behandling og oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Dette vil ha særlig vekt på de vedtaksansvarliges rolle og vurderinger og deres erfaringer med samarbeid.

### 5.1 Vedtaksansvarliges rolle og vurderinger

Studien beskriver det som kan oppfattes som en utradisjonell rolle for vedtaksansvarlige. Deres rolle synes å være preget av fleksibilitet og individuelle tilpassinger i arbeidet for å ivareta den enkelte pasient. De vedtaksansvarliges primære rolle i henhold til psykisk helsevernloven er å vurdere behov for tvang opp mot frivillig handling (Psykisk helsevernloven, § 1-4). Når de vedtaksansvarlige leter etter pasientene på gata, ringer hjemmetjenesten og ber de låse seg inn til en pasient som kan ligge alvorlig syk, eller de hjelper pasienter i å klage på manglende bolig og tjenester, så synes det som de går langt ut over de lovkrav og prosedyrer som gjelder for vedtaksansvarlige. De synes å ha en mer

sentral rolle overfor bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer enn hva som vanligvis er tilfelle overfor pasienter under tvungen psykisk helsevern. De har et helhetlig perspektiv på pasientens totale livssituasjon og tar initiativ og foreslår tiltak for å bistå disse pasientene i å få den hjelpen de trenger. De vedtaksansvarlige opptrer som omsorgspersoner, talspersoner og advokater i et ad-hoc samarbeid omkring den enkelte pasient og bidra på den måten i stor grad til koordinering av de kommunale tjenester og tilbud. Skjematisk kan de vedtaksansvarliges utvidede rolle i behandlingsteamet framstilles som i fig.3. Figuren illustrer at en vedtaksansvarlig som går ut over poliklinikkens rammer og forholder seg til aktørene som forvalter rammebetingelsene for tvangen.



Figur 3: Vedtaksansvarliges utvidede rolle i behandlingsteam

At bostedsløse og pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer kan ha behov for talspersoner i møte med hjelpeapparatet og myndigheter er kjent fra flere studier (Brodtkorb, 2001; Hansen & Øverås, 2007; Ludvigsen & Fjær, 2007). Av ulike grunner kan disse pasientene ha behov for ekstra støtte. De kan mangle pårørende som kjemper for deres rettigheter. Tidligere negative erfaringer kan ha ført til manglende tillit til helsevesenet, noe som kan påvirke samhandling med tjenesten i negativ retning. Helse- og sosialmyndighetene anbefalt talspersoner for at disse pasientene skal få fremmet sine behov. Talspersonene kan ha noe ulike oppgaver og ulike navn; koordinator, case-manager, brobygger, støttepersoner, likemann, tillitsperson m.v. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2010; Leknes, 2011;

Ytrehus, 2018c). Det er verdt å merke seg at myndighetene ser for seg at denne type rolle skal være en kommunal tjeneste forankret i kommunens tjenesteapparat. Etter helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene en lovpålagt plikt til å tilby koordinator ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.<sup>24</sup> Fra et juridisk ståsted kan det hevdes at ansvaret for koordinering inkludert talspersonrolle, ikke skal være spesialisthelsetjenestens oppgave. Særlig sosiale behov inkludert det å sørge for en tilfredsstillende bolig, er en kommunal oppgave (Syse, 2007, s. 192). På den andre siden framhever myndighetene betydningen av at tjenestene er fleksible og individtilpasset for å kunne ivareta den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2012, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Vi har sett at fleksibilitet og tilpasning er typisk for rollen som vedtaksansvarlig. Tilpassingen til pasientens aktuelle behov utføres i en slik grad at dette synes å gå utover forventninger til rollen som vedtaksansvarlige (Stensrud et al., 2016). Det kan derfor være grunn til å spørre om hvilke forhold som har bidratt til denne rollen for de vedtaksansvarlige.

Et viktig medvirkende forhold kan være at andre, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, av ulike grunner ikke har gitt god nok hjelp. De vedtaksansvarlige, som var erfarne spesialister, kjente derfor et spesielt ansvar. Disse pasientene utgjør en liten, men særlig sårbar og utsatt gruppe. Alvorlig psykisk sykdom, rusmiddelmissbruk og langvarig bostedsløshet er hver for seg og samlet kjennetegn på grupper i samfunnet som opplever stigmatisering og marginalisering. Betegnelser som er brukt om gruppen illustrerer dette. De sies å være «uartige», ikke «verdige trengende» og «uten boevne». Indirekte og direkte kan de støtes ut og bli tilsidesatt av det vanlige hjelpeapparatet (Evjen et al., 2018; Järvinen, 1998, 2006; Sahlin, 1996) Myndighetene oppfordrer til særlig oppmerksomhet fra hjelpeapparatet mot pasienter med særskilte behov; bostedsløse over lang tid, somatisk syke, pasienter med hyppige tilbakefall og pasienter som motsetter seg behandling (Helsedirektoratet, 2012, 2014). Svikt i tjenestene på ett eller flere områder kan gi svært alvorlige konsekvenser (Helsetilsynet, 2016).

Et medvirkende forhold til at tjenestene ikke gir tilstrekkelig hjelp, kan være kompleksiteten i behovene og i pasientbehandlingen. Pasienter som har vært bostedsløse lenge og som har alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer regnes å tilhøre en gruppe med de aller mest omfattende behandlingsbehovene, men som kan være vanskelige å hjelpe (Den norske

---

<sup>24</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

legeforening, 2015). Studien viser eksempel på at vedtaksansvarlige kunne overta som primærbehandler nettopp fordi dette var kompliserte saker med store utfordringer i behandlingen. Dette viser at de noen av de vedtaksansvarlige over tid kan ha ulike roller ulike roller og oppgaver overfor disse pasientene. Samtidig viser studien at de i rollen som vedtaksansvarlig skaffer seg stor innsikt i pasientens situasjon og på tar seg mange ulike oppgaver.

Et annet medvirkende forhold, nært relatert til det ovenfor nevnte, kan være at de vedtaksansvarlige erfarte at vurderinger av tvang er krevende, både faglig, etisk og personlig. Dette er kjent fra tidligere studier (Feiring & Ugstad, 2014; Husum, Hem, Pedersen, & Aarre, 2017; Høyser, 2009; Legemaate, 1998; Stensrud et al., 2016; Wynn, 2006). Angelin og Yohanes (2002, s. 73) påpeker at tvangsbehandling er et stort inngrep i den enkeltes integritet og selvbestemmelse. I denne studien har vi sett at de vedtaksansvarlige bruker mye tid og krefter på å vurdere hvorvidt pasientenes bosituasjon og tjenestetilbud var gode nok til at pasienten kunne få behandling under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Tidligere studier har vist at utilstrekkelige og utilfredsstillende bolig- og oppfølgingstjenester kan bidra til beslutninger om tvang, som kunne vært unngått (Feiring & Ugstad, 2014; Sjöstrand et al., 2015). Denne studien viser lignende funn. Når boforholdene ikke hadde tilstrekkelige kvaliteter, kunne informantene erfare at pasientenes situasjon forverret seg og førte til tvangsinnleggelse som ellers kunne vært unngått. I tillegg viser denne studien det motsatte, at manglende kvaliteter i bolig- og oppfølgingstjenester kunne føre til at behandling med tvang ikke kunne gjennomføres selv om den vedtaksansvarlige vurderte at pasienten trengte det. For de vedtaksansvarlige selv, har studien vist at disse vurderingene kunne bidra til ulike personlige utfordringer i samarbeidet med ansatte i bydelene, tjenestene, døgnenhetene og med sin egen ledelse i poliklinikken. De kunne oppleve det krevende å holde fast på sine egne vurderinger. De kunne oppleve å komme i skvis mellom hensynet til det de vurderte som forsvarlig behandling og hensynet til samarbeidspartnere.

Vurderinger av bosituasjonen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk som kan ha behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, er et tema som både berører faglige og juridiske forhold. Juridiske og faglige vurderinger knyttes sammen i skjønsmessig helhetsvurderinger (Syse, 2007, s. 191-193). Samtidig viser studien at juridiske og faglige vurderinger kan stå i motsetning til hverandre. De vedtaksansvarlige kunne oppleve det vanskelig å holde fast på beslutninger om ikke å benytte tvungent psykisk

helsevern uten døgnopphold for pasienter som bodde i telt, nettopp fordi det juridisk hadde vært konkludert med at dette kan være tilfredsstillende innenfor rammen av lovgivingen (Syse, 2007, s. 192).

Enda et medvirkende forhold for å forstå deres engasjement, kan være at vurderingene av tvang medførte behov for inngående kunnskap om hvor disse bostedsløsepasientene oppholdt seg og hvordan boforholdene faktisk var. For å få denne kunnskapen må de kjenne helheten i pasientens situasjon. De vedtaksansvarlige la til grunn at en stabil og trygg bolig var avgjørende for å kunne gi pasientene behandling under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette synes å være i tråd med bestemmelsene i psykisk helsevernloven/forskriftene.<sup>25</sup> Som faglig og personlig ansvarlig for vedtakene, kunne de kjenne behov for personlig å sette seg grundig inn i pasientens bosituasjon.

Det å skulle vurdere hvilken bosituasjon som er tilfredsstillende for tvangsbehandling er krevende. De vedtaksansvarlige synes å bruke mye tid og krefter på å vurdere om akkurat den boligen som den enkelte pasienten bodde i, hadde tilstrekkelig kvaliteter for en som var under behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Studien gir innsikt i hvilke vurderinger de vedtaksansvarlige sto overfor i forhold til ulike boforhold. Boligpolitikken mål er at alle skal bo trygt og godt (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). En vanskelig bosituasjon kan gi økt psykisk belastning (Dalgard & Tambs, 1997; WHO-Europe, 2006). Studien viser at de vedtaksansvarlige erfarte at mange av de boligene som disse pasientene ble tilbudt, hadde dårlig kvalitet. Det handlet om dårlig bygningsmessig standard; lys, luft, rom/arealstørrelse, arkitektur, generelt vedlikehold mv. Det handlet også om miljøet i boligen, beliggenheten og omgivelsene. Tidligere studier har vist lignende erfaringer (Bonney et al., 2004; Dalgard, 1980, s. 109; Dyb et al., 2004; Nyström, 2007).

De vedtaksansvarlige la vekt på at en stabil bosituasjon var nødvendig for at pasienten kunne bo ute i samfunnet og for å kunne ivareta det tvungne vernet på en forsvarlig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010; Helsedirektoratet, 2012 anbefaling 8.3.5; 2014; Mueser et al., 2006; Ulfrstad, 2011). I de senere årene har det vært en sosialpolitisk målsetting å redusere bruken av hospitser og midlertidige boliger. Samtidig har boligpolitiske virkemidler hatt fokus på å bedre kvaliteten av de midlertidige kommunale tiltakene. Disse har fått økt

---

<sup>25</sup> Psykisk helsevernloven § 11; Psykisk helsevernloven, § 3-5



bemanning med helse- og sosialfaglig personell for å kunne ha mer fokus på rehabilitering (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Til tross for dette, erfarte de vedtaksansvarlige at akuttovernattinger og midlertidige botiltak fortsatt ble brukt til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Noen ganger kunne midlertidige opphold bli stadig fornyet i samme hus, enkelte ganger i opptil flere år. De vedtaksansvarlige kunne da se på disse hyblene som pasientens «hjem» og faste bolig. Ut fra et bostedsløshetsperspektiv kan det likevel være grunn til å stille spørsmål om dette er en stabil og trygg bolig. Slike boforhold savner de juridiske rettighetene til boligen. Mulighetene for å ha et tilfredsstillende sosialt liv synes også å være begrenset (Dyb & Lid, 2017, s. 26-34; Ulfrstad, 2011, s. 37-57).

Det er kjent at hospitser og midlertidige botiltak kan bidra til en forverring av helsetilstanden til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Brodtkorb, 2001; Ludvigsen & Fjær, 2007). De vedtaksansvarlige i denne studien hadde tilsvarende erfaringer. De erfarte at midlertidige boliger kunne bli tilbudt pasienter som var blitt kastet ut av boligen sin, eller mistet den på annen måte. Midlertidige boliger kunne også bli tilbudt pasienter som hadde planlagte utskrivelser etter et sykehusopphold. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at pasienter som er bostedsløse ved innleggelse til et behandlingsopphold også har en tendens til å være bostedsløse etter utskrivelsen (Lauritzen, Ravndal, & Larsson, 2010; Randby, 2010; Yohanes & Angelin, 2002).

De vedtaksansvarlige erfarte at disse pasientene ofte ble kastet ut av boligen. De erfarte at det ofte ikke nok å skaffe til veie en bolig. Det var også et behov for individuelt tilpassede og stabile tjenester for at disse pasientene skal kunne bli boende og skape boligen om til et hjem dette har bred støtte i tidligere (Hansen & Ytrehus, 2005; Ytrehus & Drøpping, 2004; Ytrehus, Hansen, Langsether, Sandlie, & Skårberg, 2007; Aakerholt et al., 2016). De vedtaksansvarlige la vekt på kontinuitet og tilgjengelighet i tjenestene. Dette har bred støtte i annen forskning. Både forskning og myndigheter har vært opptatt av at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer har særlig behov for tilrettelagte tjenester på grunn av deres alvorlig og sammensatte problematikk (Den norske legeförening, 2015; Evjen et al., 2018; Helsedirektoratet, 2012; Mueser et al., 2006; Aakerholt & Nesvåg, 2012).

## 5.2 utfordringer i samarbeidet

Studien viser at de vedtaksansvarlige la vekt på samarbeid. Både i forbindelse med vurderingen av og i gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, hadde de samarbeid med bydelens administrasjon og tildelingstjenester med tjenesteytere. Rammebetingelsene handler om bolig og tjenester til pasienten. Forutsetninger for å kunne gi behandling (om nødvendig på tvang) var et samarbeid med bydelens tildelingstjenester, pasientenes tjenesteytere/hjelpere og med døgnenhetene innen psykisk helsevern. En helhetlig hjelp var basert på disse elementene. Det handler ofte om samtidighet, noen ganger om «riktig hjelp, til riktig tid».

Det er kjent at kompleksiteten i problemene kan være et hinder for godt samarbeid (Stort.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Betydningen av tverrfaglig samarbeid og integrerte arbeidsmetoder trekkes ofte fram som avgjørende i behandling og oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Evjen et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Helsedirektoratet, 2012; Meld.St. 26 (2014-2015), 2015; Mueser et al., 2006). Samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet trekkes også fram som avgjørende i arbeidet mot bostedsløshet (Husbanken & Rambøll, 2012; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014; Ulfrstad, 2011; Ytrehus, 2018c). Samarbeid sees på som viktig for å overkomme fragmenteringen, differensieringen og kompleksiteten i tjenestetilbudet og for å sikre kontakt mellom ulike aktører. De vedtaksansvarlige beskriver deltakelse i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter og annen direkte kontakt. Det synes å være et ad-hoc samarbeid i konkrete situasjoner i forbindelse med tildeling av bolig og oppfølgingstjenester. Også samarbeidet med tjenesteyterne synes i hovedsak å dreie seg om enkelte situasjoner. Samarbeidet med bydel og tjenestene kan forstås som et flerfaglig samarbeid på tvers av organisasjoner (Ytrehus, 2018c, s. 251). Studien viser at de vedtaksansvarlige opplevde at samarbeidet kunne være vanskelig, prissgitt de lokale forholdene i byen.

### 5.2.1 Komplekse samarbeidssituasjoner og organisasjoner

Litteraturen beskriver ulike grunner til at samarbeid kan oppleves vanskelig. Strukturelle og institusjonelle barrierer kan bidra til å gjøre samarbeidet vanskelig (Glendinning, Hudson, &

Means, 2005; Grønningsæter & Nielsen, 2011; Ytrehus, 2018c, s. 252-253). De vedtaksansvarlige erfarte at deres begrunnelser for forsterkede og individuelt tilpassede tiltak, ikke ble lagt vekt på når bydelen behandlet søknader om bolig- og oppfølgingstiltak. De kommunale tjenestene gjorde sine egne vurderinger av bolig- og tjenestebehovet. I noen tilfeller medførte det at de vedtaksansvarlige da ikke kunne fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Det er kjent at oppdeling av tjenestetilbudene i ulike sektorer og enheter kan hindre en helhetlig tilnærming og et fleksibelt samarbeid (Grønningsæter & Nielsen, 2011; Kjøstvedt, 2015). Oppdeling av behandlings- og tjenestetilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer i to forvaltningsområder; kommune og stat, kan være en av grunnene til at samarbeidet var vanskelig. De kommunale tjenestene har med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og sosialtjenesteloven (2009) ansvar for å medvirke til, men ingen plikt til å skaffe varig tilpasset bolig<sup>26</sup>. Mens spesialisthelsetjenesten er underlagt spesialisthelsetjenesteloven og pålagt ansvar for forsvarlig behandling. Det er også spesialisthelsetjenesten som har ansvar for tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven. De vedtaksansvarlige erfarte konflikter i forhold til deres oppfatning av hva som var nødvendige bolig- og oppfølgingstilbud for å kunne gi forsvarlig poliklinisk behandling og bydelens/kommunens oppfatning av hva som var «godt nok» tilbud.

Tidligere erfaringer har vist at bydelene/kommunene kan oppleve spesialisthelsetjenestens krav om forsvarlige bolig- og tjenestetilbud som innblanding i eget ansvarsområde (Frantzen & Karagöz, 2011, s. 68). Slike konflikter kan bli synlige i ansvarsgrupper, samarbeidsmøter og i direkte henvendelser. Samarbeidspartnerne kan da befinne seg i situasjoner der de forventes å håndtere hindringer som delvis kan relateres til de ulike reguleringene for spesialist- og kommunehelsetjenesten (Frantzen & Karagöz, 2011, s. 68; Helsedirektoratet, 2012, s. 74 Kap 8; 2014, s. 122). De vedtaksansvarlige oppfattet også at økonomiske vurderinger spilte en rolle for samarbeidet både fra sykehusenes side og fra bydelen/kommunens side. Med utgangspunkt i ulike budsjetter med finansiering fra stat eller kommune kan begge instansene ha interesser av at den andre skulle ta utgiftene til omsorg

---

<sup>26</sup> Sosialtjenesteloven, 2009 §15

og/eller behandling av de mest ressurskrevende pasientene (Frantzen & Karagöz, 2011; Kjøstvedt, 2015).

Vi har sett at de vedtaksansvarlige la vekt på tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestene. Dette har bred støtte hos myndighetene som påpeker til at bruk av tvang kan forebygges ved å legge til rette for gode og tilgjengelige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2014, s. 61). Samtidig kan dette kunne være vanskelig å få til. Kontinuitet kan ha med systemforankring å gjøre mens tilgjengelighet kan handle om fleksible tjenester (Aakerholt et al., 2016, s. 16). De vedtaksansvarlige erfarte at når pasientene flyttet, kunne inndeling i bydeler og sykehussektorer føre til at tilbudet til pasienten stoppet. Det skapte manglende kontinuitet både i behandlingen og i tjenestetilbudet (Brattbakk et al., 2016, s. 137; Husbanken & Rambøll, 2012). Forskning har vist at kommunenes interne oppdelinger i ulike tjenesteområder for bolig, rus og for psykisk helse kan være et hinder for godt samarbeid og gode tjenester (Grønningsæter & Nielsen, 2011). Dette kan føre til at de som har hatt langvarig kontakt med disse pasientene og kjenner dem best, for eksempel sosialtjenesten eller hjemmetjenesten, ikke er de som tildeler bolig eller oppfølgingstjenester. Slike oppdelinger er særlig utbredt i storbyene (Brattbakk et al., 2016, s. 135). Samtidig har myndigheter pekt på at bedre samordning av de kommunale tjenestene kan gi redusere kostnadene til blant annet fengselsopphold, trygdekostnader institusjonsopphold, døgnovernattinger (Langsether, Sørvoll, Skårberg, Hansen, & Sandlie, 2011; NOU 2011:15).

Litteraturen peker videre på at samarbeid på tvers av organisasjoner kan bli vanskelig når deltakerne med utgangspunkt i ulikt ståsted, har ulikt syn på hva som er viktig. Mangel på felles forståelse av formålet med samarbeidet kan bidra til et vanskelig samarbeid (Ytrehus, 2018c, s. 252). De vedtaksansvarliges eget utgangspunkt var deres rolle som ansvarlig for vurdering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. En vurdering som de selv ut fra loven sto faglig og personlig ansvarlig for. Samtidig viser studien at de vedtaksansvarlige oppfattet at kommunen og bydelene ikke la vekt på pasientenes behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i forhold til hvordan de ikke la til rette for gode rammebetingelsene for det tvungne vernet. Det var bare når domstolen hadde besluttet tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, at dette fikk betydning for innholdet og kvaliteten i bolig og tjenestetilbudet. Etter de vedtaksansvarliges erfaringer gjaldt det både administrasjonen i forhold til planlegging, tildelingsmyndighetene for bolig og tjenestetilbud, og de ansatte i direkte bo- og oppfølgingstjenester. En svensk undersøkelse i forbindelse med

tvungen behandling etter sosialtjenesteloven viser lignende erfaringer. Angelin og Yohanes (2002) fant at en tvangsinnleggelse ikke fikk noen betydning for hvordan boligbehovet ble vurdert. Innleggelsen førte ikke til at pasienten fikk hjelp til å skaffe bolig. Alle tvangsinnlagte pasienter som var bostedsløse før innleggelsen, var bostedsløse også etter utskrivelsen. Forskningen er likevel ikke entydig. En nyere norsk studie fant at vedtak om tvungent psykisk helsevern sikret pasienten ikke bare gratis medisiner, men kunne også sikre at pasienten fikk kommunale tjenester (Stensrud et al., 2016).

Myndighetene vektlegger at ved behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, må mangel på samarbeid med pasienten erstattes av samarbeid med andre (Helsedirektoratet, 2014; Melamed, Fromer, Kemelman, & Barak, 2000). Når de vedtaksansvarlige erfarte at ansatte i enkelte botilbud ikke ville formidle beskjeder om tvungen depotmedisinering til en pasient, hvordan kan det forstås? De vedtaksansvarlige hadde en oppfatning av at de ansatte vegret seg for å samarbeide om tvangsbehandlingen fordi det kunne forstyrre deres omsorgsrolle og ødelegge tilliten hos pasientene. Alternativt kan det være mulig å forstå dette slik at de ansatte ikke la vekt på tvangsbehandlingen eller at de manglet tilstrekkelig forståelse for behovet for samarbeidet omkring tvangsbehandlingen.

### **5.2.2 Samarbeid og kompetanse**

Vi har sett at *tverrfaglige og integrerte arbeidsmetoder* bør stå sentralt i arbeidet med pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. I alt arbeidet med disse pasientene er det behov for grunnleggende kunnskap om både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer og hvordan disse påvirker hverandre gjensidig. I et tverrfaglig samarbeid er det samtidig viktig at alle faggrupper forstår helheten i pasientens problematikk. Interesse, respekt og empati for den enkeltes spesielle problemer kan være avgjørende (Helsedirektoratet, 2012 anbefaling 3 og 13; Nesvåg, 2018, s. 41-42). Men dette er også krevende.

En grundig diagnostisering og tverrfaglig kartlegging er ofte en del av et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Forskning har vist at det er særlig viktig med utredning av pasientens kognitive funksjoner og tilsvarende viktig å ta hensyn til dette i behandlings- og oppfølgingstilbudene (Ueland & Øie, 2010). De vedtaksansvarlige erfarte at

tildelingstjenestene gjorde sine egne vurderinger og benyttet det de oppfattet som «common sense»; altså såkalt sunn fornuft. Ofte kunne dette medføre at de ikke tok tilstrekkelig hensyn til pasientens sammensatte utfordringer, selv om det forelå begrunnede anbefalinger både fra spesialisthelsetjenesten og/eller andre kommunale instanser. Bruk av sunn fornuft i mangel på spesifikk kompetanse er kjent (Ytrehus, 2018c). Dyb (2002) argumenterer for at det er ofte «legmannsskjønn» som benyttes i til å vurdere hvilken hjelp bostedsløse pasienter får, eller hvilken hjelp pasientene ikke får. Mens Sahlin (2002) fant at selv om tildelingsmyndighetene i kommunen hadde anbefalinger fra andre instanser som kjente pasienten godt, kunne deres vurderinger likevel medføre at de definerte boligbehovet annerledes eller at behovet ble avvist. Dette kan tyde på fortsatt behov for satsinger på kompetanseutvikling om personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. En annen utfordring som kan kreve kompetansebygging er at omfanget av eldre pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er økende. Eldre er mer utsatt for rusmiddelskader enn yngre personer (Frydenlund, 2011). De vedtaksansvarlige erfarte at ansatte i boligtiltak og i sykehjem etterspurte mer kompetanse og veiledning for å ivareta omsorgen for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer.

I samarbeid med de kommunale tjeneste har vi sett at ...De vedtaksansvarlige kunne gå inn i enkelte kritiske situasjoner og gi råd og veiledning til ansatte i de kommunale tjenestene. Når hjemmesykepleien lot seg stoppe av låst dør og ikke fikk gitt medisiner til en pasient med diabetes, schizofreni og rusmiddelproblemer, kan det da være at hjemmesykepleien ikke hadde tilstrekkelig fokus på helheten i pasientens problemer? Disse har en helsefaglig forankring og er tradisjonelt bygd opp ut fra hjelpebehovene til eldre og somatisk syke (Almvik, Borge, & Berntsen, 2006; Woll, 2007). I følge de vedtaksansvarlige kan riktig kompetanse bidra til fleksibilitet i tjenestene. Fleksibilitet framheves i litteraturen som en viktig kvalitet i tjenestetilbudet til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Jo dårligere funksjon en pasient har, jo større behov er det for fleksibilitet i tjenestene (Frantzen & Karagöz, 2011; Ytrehus, 2018a; Ytrehus et al., 2007).

I forbindelse med både innleggelser til og utskrivinger fra døgnbehandling, samarbeidet de vedtaksansvarlige i poliklinikken med vedtaksansvarlige i døgnenhetene. Disse hadde et selvstendig beslutningsansvar og tilsvarende profesjon som de selv. Likevel opplevde de vedtaksansvarlige samarbeidet som vanskelig. De vedtaksansvarlige erfarte at alvorlige rusmiddelproblemer kunne medføre at pasientene ikke fikk innleggelse eller at innleggelsene

ble svært korte. Pasientene fikk ufullstendig behandling til tross for aktuelle og alvorlige psykotiske symptomer. Dette kan forstås ut fra at de vedtaksansvarlige i døgnhetene ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på hvordan alvorlig psykiske lidelse og rusmiddelproblemer gjensidig påvirker hverandre og at de heller ikke la tilstrekkelig vekt på pasientenes helhetlige situasjon. De vedtaksansvarlige kunne også erfare at verken rusmiddelproblemene eller psykoselidelsen ble tilstrekkelig utredet eller behandlet under innleggelser. Tilsvarende erfaringer bekreftes i en rapport fra Helsetilsynet (2016). Forskning viser at det kreves grundig og tidkrevende utredning for å skille rusutløste psykoser fra grunnleggende psykoselidelser. Gjentatte rusutløste psykoser er en sterk risikofaktor for senere schizofreniutvikling. Behandlingsprognosen for schizofreni synker i takt med varighet av ubehandlet psykose (Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto, & Munk-Jorgensen, 2005; Hartz, Pato, Medeiros, & et al., 2014; Rognli, Medhus, & Bramness, 2015). De vedtaksansvarlige erfarte at når pasientene fikk for korte innleggelser, fikk de raskt behov for reinnleggelser. De ble såkalte ”svingdørspasienter”. En analyse av forløp etter utskriving i psykisk helsevern i 2016 bekrefter disse erfaringene (Lilleeng & Pedersen, 2018). Analysen viser at pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hadde kortere døgnopphold, var oftere innlagt som øyeblikkelig hjelp og fikk raskere tilbakefall enn pasienter uten rusmiddelproblemer. Dette tyder på behov for sterkere fokus i behandlingen på pasientens rusmiddelproblemer.

Ulike faggrupper har ulik kompetanse og kan ha ulike roller i arbeidet med bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (Christensen, 2009; Ulfrstad, 2011; Ytrehus & Biong, 2011, s. 77). Spørsmål om hvem som skal delta i samarbeidet kan by på utfordringer. Enkelte yrkesgrupper kan komme til å dominere samarbeidet (Ytrehus, 2018c, s. 252). Det kan være uklareheter om hvem som har koordineringsansvar og sørge for den praktiske strukturen i samarbeidet (Brattrud & Granerud, 2011). Samarbeid på tvers av ulike organisasjoner krever kompetanse om den andre organisasjonens rammer og arbeidsmåter. De vedtaksansvarlige var opptatt av at disse pasientene hadde omfattende og komplekse sosiale problemer (Grønningsæter & Nielsen, 2011). Ansatte i spesialisttjenesten vil ha nytte av kunnskap om og forståelse for organiseringen av og rammene for de kommunale tjenestene, herunder bolig- og tjenestetilbudet. Studien viser at de vedtaksansvarlige kunne ha begrenset kunnskap om hvilke lovmessige rettigheter pasientene hadde til bolig (Helsetilsynet, 2016, s. 12). Et mer utvidet internt samarbeid med sosionomer som har særskilt kompetanse på rettigheter og saksbehandling knyttet til boligsosialt arbeid, herunder boligframskaffelse, oppfølgingstjenester, økonomisk sosialhjelp og trygdeytelser

(Paulsen, 2016) ville kunne gjøre det lettere å se hvordan spesialisthelsetjenestens kompetanse kan utnyttes i samarbeidet om pasientens bosituasjon og totale livssituasjon. Dermed kan urealistiske forventninger fra de vedtaksansvarlige til kommunens bolig- og oppfølgingstjenester unngås. Både ACT- og FACT-team som er opprettet i endel poliklinikker, skal ha bred tverrfaglig kompetanse. Det er imidlertid ikke et krav at det skal være sosionomer i teamene (Aakerholt, 2013a).

### **5.2.3 Samarbeid og ressurser**

Det er kjent fra studier, offentlige utredninger og rapporter at mangel på tilrettelagte kommunale boliger for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er en stor utfordring, særlig i storbyene (Brattbakk et al., 2016; Brodtkorb & Rugkåsa, 2007; Helsetilsynet, 2007, 2016; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014; NOU 2011:15; Riksrevisjonen, 2008). Både de vedtaksansvarlige og deres samarbeidspartnere er prisgitt de lokale ressursforholdene i byen. Prioriteringer i kommunen og bydelene får konsekvenser for poliklinikkens og de vedtaksansvarliges arbeid. Vi har sett at vedtaksansvarlige erfarte at ressursmangelen kunne være underkommunisert og usynliggjort med alternative begrunnelser. Lovpålagte tjenester ble prioritert i kommunen/bydelene, for eksempel boliger til flyktninger. Studien viser at de vedtaksansvarliges engasjement for å fremme pasientenes behov for individuelt tilpasset bolig, kunne medføre store frustrasjoner og mye arbeid for de vedtaksansvarlige - og bidra til vanskelige samarbeidsforhold. De vedtaksansvarlige erfarte at ressursene til behandling og oppfølging av disse pasientene ikke sto i stil til behovene. Spesielt var det vanskelig å få gode bo- og oppfølgingstilbud til de unge og pasienter med alvorlig voldsproblematikk (Den norske legeforening, 2015; Ludvigsen & Fjær, 2007; Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016).

Vi har tidligere pekt på at stigmatisering og marginalisering kan medføre at disse pasienter ikke får behandling og tjenester som de har behov for. Forskning har også vist at negative holdninger og stigmatisering av pasienter med rusmiddelproblemer kan bidra til mangel på prioritering av ressurser (Angelin & Yohanes, 2002; Dyb, 2002; Sahlin, 2002). Dette kan være en medvirkende årsak til at de vedtaksansvarliges erfaringer av vanskelighetene i samarbeidet. De vedtaksansvarlige var bekymret over at mange av disse pasientene hadde



vært bostedsløse over mange år. Tilsvarende er vist i andre studier (Dyb et al., 2013; Dyb & Lid, 2017).

Noen vedtaksansvarlige tok til ordet for en styrking av pasientenes rettigheter til bolig, et spørsmål som også er reist av myndigheter (Helsetilsynet, 2007; NOU 2011:15; Riksrevisjonen, 2008). Spørsmålet om lovmessige rettigheter til bolig kan også knyttes opp bruken av individuell plan. Pasientenes ønsker for bolig er ofte en del av individuell plan. Men de vedtaksansvarlige erfarte at individuell plan ikke fungerte godt nok for disse pasientene, siden det ikke er noen lovmessige rettigheter knyttet til innholdet i planen (Forskrift om individuell plan i NAV).

En konsekvens av mangel på tilrettelagte kommunale boliger kunne bli at de vedtaksansvarlige ikke kunne fatte vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, selv om de vurderte at de øvrige vilkårene for tvungent vern var til stede. En annen konsekvens kunne være langvarige innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Bremnes et al., 2014).

Mangel på døgnplasser i døgnavdelingene innen psykisk helsevern kunne bidra til et vanskelig samarbeid. De erfarte også at disse pasientene periodevis hadde behov for døgnbehandling ved kriser (Larsen & Berge, 2011). De vedtaksansvarlige etterlyste bedre muligheter til akuttinnleggelse og noe lengre behandlingsopphold. Pasientenes sammensatte problemer med alvorlige psykisk lidelse og rusmiddelproblemer i tillegg til svært dårlig funksjonsnivå gjorde at de hadde behov for omfattende og dels langvarig døgnbehandling (Borge, Angel, & Røssberg, 2013; Borge & Hummelvoll, 2008; Evjen et al., 2018; Mueser et al., 2006). De etterlyste flere tilgjengelige akutt plasser og flere langtidsplasser for utredning og behandling. De vedtaksansvarlige så behov for flere plasser i sikkerhetsavdelinger og såkalte «sikkerhetshjem» til de svært få, men svært krevende og farlige pasientene som i årevis hadde fått mange ulike tilbud (Pedersen et al., 2016; Rosenquist, 2015).

De vedtaksansvarlige pekte på at nedbygging av sengeplassene i psykiatrien hadde gått for langt. De mente at nedleggelse av døgnplasser ikke var blitt fulgt opp med tilsvarende oppbygging av bolig- og oppfølgingstiltak i bydelene. Noen etterlyste sågar de gamle asylene (Vold, 1999). Denne bekymringen deles av flere. Den norske legeforeningen har i en rapport uttrykt særlig bekymring for at de sykeste pasientene med omfattende behandlings- og

rehabiliteringsbehov. De påpeker at mange er vanskelige å hjelpe på grunn av høy voldsrisiko og omfattende behov for hjelp og støtte til å bo (Den norske legeforening, 2015; Pedersen & Elde, 2018; Pedersen et al., 2016). Bekymringer over manglende langtids sikkerhetsplasser er også meldt fra kontrollkommisjonene (Pedersen et al., 2016). Når pasientene ikke fikk innleggelse, eller innleggelsene etter de vedtaksansvarliges vurderinger, var for korte til å gi god nok behandlingseffekt, førte dette til store utfordringer i den polikliniske behandlingen.

### **5.3 Studiens begrensinger og styrker**

Det er mange aktører som arbeider med bostedsløse pasienter som kan vurderes å ha behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. En begrensning ved studien kan være at den bare beskriver vedtaksansvarliges erfaringer og vurderinger. Dette gir en ensidighet i oppfatningen av pasientens bosituasjon og samarbeidsutfordringene. Andre synspunkter kunne ha kommet fram ved en bredere tilnærming der andre ansatte på poliklinikken, i kommunens helse- og sosialtjenester eller pasientene selv hadde kommet til ordet.

En annen begrensning er at studien ikke har hatt spesielt fokus på de tverrfaglige samarbeidsforholdene internt i poliklinikkene. Det kan handle om hvordan teamene var organiserte (ACT/FACT-team eller lignende) eller hvordan de samarbeidet med andre faggrupper i poliklinikken. De interne samarbeidsforholdene i poliklinikken er bare indirekte berørt. En videre begrensning ved studien er at informantene var fra et begrenset geografisk område, en større by i Norge. Samtidig viser forskning til lignende utfordringer i andre større byer (Dyb et al., 2013; Dyb & Lid, 2017; Johannessen & Dyb, 2011; Johannessen et al., 2014). I mindre kommuner kan forholdene være annerledes.

Det er vanskelig å vite hvor representativ informantenes erfaringer er. Denne pasientgruppe er relativt liten. Rekrutteringen av informantene tyder på at det er relativt få vedtaksansvarlige som har lang og inngående erfaring med disse pasientene. Samtidig er det rimelig å tro at vi har snakket med noen av de vedtaksansvarlige som er mest interessert og har best kunnskap om bosituasjonen til disse pasientene. Flere situasjoner som er beskrevet i denne studien, kan synes å representerer ekstreme utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenesten.

## 6 Oppsummering og konklusjon

Bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer og som kan ha behov for tvungent psykisk helsevern er en særlig utsatt og sårbar pasientgruppe med høy dødelighet og store behandlings- og oppfølgingsbehov. Pasienten kan være vanskelig å hjelpe. Myndighetene oppfordrer hjelpeapparatet til å ha særlig oppmerksomhet mot disse.

Studien har undersøkt hvordan vedtaksansvarlig i psykiatriske poliklinikker erfarer og vurderer betydningen av bosituasjonen for bostedsløse pasienter som behandles for alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblemer, og som kan ha behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I henhold til psykisk helsevernloven inngår rammebetingelsene, inklusive pasientens bolig og tilhørende tjenestetilbud, i de vedtaksansvarliges helhetlige vurdering av hva som er til pasientens beste.

De vedtaksansvarlige la til grunn at en trygg og stabil bosituasjon og individuelt tilpassede tjenester med riktig kompetanse var avgjørende for at pasienten skulle kunne bo ute i samfunnet og for å kunne ivareta det tvungne vernet på en forsvarlig måte. Forutsetninger for å kunne gi behandling, om nødvendig på tvang, var et samarbeid med kommunenes/bydelenes tildelingstjenester, pasientenes tjenesteytere og med døgnenhetene innen psykisk helsevern. En helhetlig hjelp var basert på disse elementene.

De vedtaksansvarliges primære rolle er å vurdere behov for tvang opp mot frivillig handling. Denne studien beskriver det mange kan oppfatte som en utradisjonell rolle for vedtaksansvarlige. De synes å gå langt ut over de lovkrav og prosedyrer som gjelder for vedtaksansvarliges ansvarsområde. Deres rolle synes å være preget av fleksibilitet og individuelle tilpassinger i arbeidet for å ivareta den enkelte pasient. Med et helhetlig perspektiv på pasientens behov opptrer de som omsorgspersoner, talspersoner og advokater i et ad-hoc samarbeid omkring den enkelte pasient og bidrar i stor grad til koordinering av både spesialisthelsetjenestens og det kommunale tjenestetilbudet. Studien peker på flere forhold som kan ha bidratt til denne rollen.

Et medvirkende forhold kan være at både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, av ulike grunner ikke har gitt god nok hjelp. De vedtaksansvarlige, som

var erfarne spesialister, kan derfor ha kjent et spesielt ansvar. Dette kan ha med kompleksiteten i behovene og pasientbehandlingen å gjøre. Noe som igjen kan ha sammenheng med stigmatisering, manglende kompetanse og manglende ressurser i hele tjenesteapparatet. Et annet viktig medvirkende forhold kan være at de vedtaksansvarlige erfarte at vurderinger av tvang var krevende, både faglig, etisk og personlig. Vurderingene kan ha medført behov for inngående kunnskap om hvor disse bostedsløsepasientene oppholdt seg og hvordan boforholdene faktisk var. For å få denne kunnskapen må de kjenne helheten i pasientens situasjon.

De vedtaksansvarlige la vekt på samarbeid. Samtidig kunne de oppleve samarbeidet som vanskelig. Dette kan ha sammenheng med at komplekse utfordringer i behandlingen og oppfølgingen skulle løses innenfor rammen av komplekse organisasjoner. Flere forhold belyser dette. De vedtaksansvarlige oppfattet at kommunen/bydelene ikke la vekt på pasientenes behov for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sett ut fra hvordan de ikke la til rette for gode nok rammebetingelser for det tvungne vernet. I tillegg synes samarbeidet å være preget av mangel på kompetanse om pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. De vedtaksansvarlige kunne oppleve konflikter i forhold til hva de vurderte som nødvendige bolig- og oppfølgingstiltak for å kunne gi forsvarlig poliklinisk behandling. De erfarte stor mangel på tilrettelagte boliger med individuelt tilrettelagte tjenester til disse pasientene. Akuttovernattinger og midlertidige botiltak kunne bli brukt i mangel av bedre tilbud. Ressursmangelen kunne oppleves underkommunisert og usynliggjort med alternative begrunnelser. Særlig var de bekymret over utilstrekkelige bolig- og oppfølging av de unge og pasienter med alvorlig voldsproblematikk.

Tilsvarende erfarte de vedtaksansvarlige at manglende kompetanse kunne medvirke til vanskelige samarbeidsforhold med døgnenheter innen psykisk helsevern. For å gi helhetlig hjelp hadde de behov for at pasientene fikk døgnopphold, planlagte og ved kriser. Det førte til store utfordringer i det polikliniske arbeidet og for de vedtaksansvarliges arbeid når pasientene ikke fikk innleggelse eller når innleggelsene ble for korte til at rusmiddelproblemene eller psykoselidelsene ble tilstrekkelig utredet og behandlet. De erfarte både at det var stort press på plassene i akuttavdelinger og utilstrekkelig antall langtidsplasser for utredning og behandling. De så behov for flere plasser i sikkerhetsavdelinger og i såkalte «sikkerhetshjem» til de svært få, men svært ressurskrevende og farlige pasientene med voldsproblematikk.

Mangler i det kommunale bo- og tjenestetilbudet og i det øvrige behandlingstilbudet innen psykisk helsevern kunne bidra til at behandling med tvungent psykisk ikke kunne gjennomføres, selv om øvrige vilkår var til stede.

## **6.1 Videre tiltak og forskning**

Etter de vedtaksansvarliges erfaringer og vurderinger handler en god bo- og livssituasjon for de bostedsløse pasientene om å få en bolig, hjelp nok til å kunne bo der og gjøre den til et trygt hjem, og samtidig få den behandlingen de trengte, om nødvendig under tvang.

Det er behov for økt satsing på kompetansebygging om alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Det gjelder både hos beslutningstakere og tjenesteutøvere i de kommunale helse- og sosialtjenestene og i poliklinikkene og døgnavdelingene i psykisk helsevern. Det handler også om bedre samarbeid internt i tjenestene og på tvers av forvaltningsnivåer, organisasjoner og faggrupper. Tverrfaglig samarbeid må styrkes. Det er viktig med videre forskning som kan studere om nye samarbeidsformer kan gi et bedre grunnlag for de vedtaksansvarlige sitt arbeid og om nye samarbeidsformer kan avlaste de vedtaksansvarlige.

Det er videre behov for en sterkere prioritering av behandling-, bo – og tjenestetilbudet til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Flere tilrettelagte boliger med individuelt tilpassede tjenester og flere døgnplasser som støtter opp under kommunens og poliklinikkens arbeid.

Det kan være grunn for å vurdere å styrke de lovmessige rettigheter til bolig og tjenester for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer med behov for tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven. Mangel på bolig gjør at denne pasientgruppen ikke får tilgang til nødvendig behandling.

De siste årene har det vært økende fokus fra myndighetene for å få bedre behandling og mer sammenhengende og helhetlige tjenester til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og

rusmiddelproblemer, i tillegg til reduksjon i tvang og bostedsløshet. Tiltakene overfor vil kunne bidra på alle disse områdene.

En studie med representanter fra faggrupper som arbeider med bostedsløse pasienter som kan vurderes å ha behov tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ville kunne gi ytterligere innsikt i problemstillingen. Det gjelder i første rekke øvrige behandlere og fagpersoner i psykiatriske poliklinikker. Det kunne også vært interessant å få tilsvarende studier om hvordan ansatte i de kommunale tjenestene erfarer og vurderer bosituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer i forhold til behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold / denne studiens problemstilling.

Tilsvarende studier som denne kunne vært gjennomført i andre større og mellomstore byer i Norge.

## **6.2 Refleksjoner**

Til tross for lang erfaring i feltet har jeg blitt overrasket over de vedtaksansvarlige engasjement og omfattende arbeidsinnsats for disse bostedsløse pasientene. Min studie viser hvilken avgjørende betydningen det har for god behandling at pasientene har gode boliger og tjenester og at øvrige rammebetingelser er på plass. Ut fra mitt eget perspektiv som sosionom, er det tydelige at tverrfaglig samarbeid er av stor betydning innen psykisk helsevern.

## 7 Litteraturliste

- Akopian, M., Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2015). Levekår i Oslos bydeler og legevaktbehandlet rusmiddelforgiftning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(21), 1943-1948.
- Almvik, A., Borge, L., & Berntsen, R. A. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforl.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research* (2. utg.). London: Sage.
- Angelin, A., & Yohanes, L. (2002). Tvångsvårdade missbrukares hemlöshet. I I. Sahlin & S.-L. Kärkkäinen (Red.), *Bostadslöshet som problem och politik. Aktuell nordisk forskning (TemaNord; 2002:558)* København: Nordisk Ministerråd.
- Rundskriv Hovednr. 35 - Sosialtjenesteloven, (2012).
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jorgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *The British journal of psychiatry*.(Dec.), 510-515.
- ASAM. (2015, 15.2.2015). *Definition of Addiction*. Hentet fra <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- Berge, T., Bjøntegård, K. S., Ekern, P., Furan, M., Landrø, N. I., Larsen, G. J. S., . . . Vedlog, A. H. (2018). Bruk av tvangi psykisk helsevern - Dilemmaer i beslutningsprosessen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Berge, T., Frantzen, C., & Karagöz, E. M. N. (2012). En modell for boligfaglig samhandling for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 324-333.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bonnefoy, X. R., Annesi-Maesano, I., Aznar, L. M., Braubach, M., Croxford, B., Davidson, M., . . . Rudnai, P. (2004). *Review of evidence on housing and health*. . København: WHO-Europe.
- Borge, L., Angel, O. H., & Røssberg, J. I. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in mental health nursing*, 34(4), 229.
- Borge, L., & Hummelvoll, J. K. (2008). Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(5), 365-373.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brandt-Christensen, M. (2012). Outpatient compulsory treatment of patients in psychiatry does not work as intended (Vol. 174, pp. 1726).
- Brattbakk, I., Nyhus, O. H., Andersen, B., Reichborn-Kjennerud, K., & Iversen, J. M. V. (2016). *Storbyfaktoren. Storbyens særlige sosiale og økonomiske utfordringer* (Arbeidsforskningsinstituttet, r2016:13). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bratrud, T. L., & Granerud, A. (2011). Sammen om gode overganger. Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(3), 206-216.
- Bremnes, R., Lilleeng, S. E., Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Bergesen, F. (2014). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Vedvik, M. A. E., . . . Kindseth, O. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra

[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport om tvang IS-2452.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf)

- Brodtkorb, E. (2001). *Bostedsløs i grenseland. Bostedsløshet blant mennesker med psykiske lidelser i storby*. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter.
- Brodtkorb, E., & Rugkåsa, M. (2007). *Under tak - mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J., & Burns, T. (2014). Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: qualitative study. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(12), 1873-1882.
- Christensen, R. C. (2009). Psychiatric Street Outreach to Homeless People. Fostering Relationship, Reconnection, and Recovery. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(4), 1036-1040.
- Compton, S., Swanson, J., Wagner, H., Swartz, M., Burns, B., & Elbogen, E. (2003). Involuntary Outpatient Commitment and Homelessness in Persons with Severe Mental Illness. *Mental Health Services Research*, 5(1), 27-38.
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: A Swedish national cohort study. *Am. J. Psychiatry American Journal of Psychiatry*, 170(3), 324-333.
- Dalgard, O. S. (1980). *Bomiljø og psykisk helse. En intervju-undersøkelse i Oslo*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S., & Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171(06), 530-536.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Den norske legeforening (2015). *Et fullverdig liv. Rus og psykisk helse – bedre hjelp til de sykeste* (Innspillsrapport). Oslo: Den norske legeforening. Hentet fra [http://legeforeningen.no/PageFiles/216403/Innspillsrapport - et fullverdig liv.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/216403/Innspillsrapport%20-%20et%20fullverdig%20liv.pdf)
- Diseth, R. R., Bøgwald, K.-P., & Høglend, P. A. (2011). Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 1-6.
- Diseth, R. R., & Høglend, P. A. (2014). Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 168.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
- Dyb, E. (2002). Bostedsløhet i Norge - forklaringer på marginalisering. I I. Sahlin & S.-L. Kärkkäinen (Red.), *Bostadlöshet som problem og politik* (Vol.2002:558). København: Nordisk ministerråd.
- Dyb, E. (2003). *Bostedsløshet i Norden. Forskning, politikk og praksis* (Vol. 2003:523). København: Nordisk Ministerråd.
- Dyb, E., & Holm, A. (2015). *Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer* (Vol. 2015:5). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 - en kartlegging*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Dyb, E., Johannessen, K., Lied, C., & Kvinge, T. (2013). *Forklaringer på bostedsløshet* (Vol. 2013:6). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.



- Dyb, E., & Lid, S. (2017). *Bostedsløse i Norge 2016 - en kartlegging* (NIBR-rapport 2017:13). Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR.
- Dyb, E., Solheim, L. J., & Ytrehus, S. (2004). *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt.
- Erickson, S. K. (2005). A retrospective examination of outpatient commitment in New York. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(5), 627-645.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- FEANTSA. (2016). *Average Age at Death of People Who Are Homeless*. Hentet fra <https://www.feantsa.org/download/average-age-of-death-policy-statement2719300317120960890.pdf>
- FEANTSA, & Mental Health Europe. (2009). *FEANTSA-MHE joint statement on homelessness and mental health*. Hentet fra [https://www.feantsa.org/download/090910 feantsa-mhe joint statement-15401213176972267619.pdf](https://www.feantsa.org/download/090910_feantsa-mhe_joint_statement-15401213176972267619.pdf)
- Feiring, E., & Ugstad, K. N. (2014). Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission. A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 500.
- FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Vedtatt 10.12.1946 (1946).
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen.
- Frantzen, C., & Karagöz, E. M. N. (2011). *Min bolig - mitt hjem. Booppfølging av pasienter med dobbeltdiagnose*. Prosjektrapport. Oslo: Diakonhjemmet sykehus.
- Freeman, M., & Pathare, S. (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva: World Health Organization.
- Frydenlund, R. (2011). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*.
- Glendinning, C., Hudson, B., & Means, R. (2005). Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care. *Public Money & Management*, 25(4), 245-251.
- Grønningsæter, A. B., & Nielsen, R. A. (2011). *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Gråwe, R. W., & Hagen, R. (2008). Kombinert rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 513-531). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)-Sluttevaluering* (Oppdragsrapport 2015:2 nr. 8278254389). Halden: Høgskolen i Østfold Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278771>
- Hansen, I. L. S. (2017). *Fra bostedsløs til varig bolig. Evaluering av forsøk med Housing First i Bergen og Sandnes* (Vol. 2017:06). Oslo: Fafo.
- Hansen, I. L. S., & Ytrehus, S. (2005). *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser* (Vol. 494). Oslo: Fafo.
- Hansen, I. L. S., & Øverås, S. (2007). Bolig for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. I J. Rugkåsa & E. Brodtkorb (Red.), *Under tak - mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., . . . Pato, M. T. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*, 71(3), 248.

- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., & et al. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*.
- Haver, B., Gjestad, R., Lindberg, S., & Franck, J. (2009). Mortality risk up to 25 years after initiation of treatment among 420 Swedish women with alcohol addiction.(Report). *Addiction*, 104(3), 413-419.
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., . . . Høy, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS ONE* 13(8).
- Helse Vest, Husbanken, Bergen kommune, Sandnes kommune, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, . . . Tsemberis, S. (2017). *Housing first Metodehandbok*. Stavanger: Helse Vest RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Rapport om narkotika. Stoltenbergutvalget*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-og-omsorgs>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016*. Oslo. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS\\_2687\\_Kontroll\\_av\\_tvangsbruk\\_i\\_psykisk\\_helsevern\\_2016.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS_2687_Kontroll_av_tvangsbruk_i_psykisk_helsevern_2016.pdf)
- Helsedirektoratet, & Politiet. (2012). *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - Oppgaver og samarbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2007). *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser* (nr. 8/2007). Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (nr. 3/2016). Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport3\\_2016.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport3_2016.pdf)
- Husbanken. (2012). *Housing first - muligheter og hindringer for implementering i Norge*. Oslo: Rambøll.
- Husbanken. (2013). *Housing first - kort introduksjon*.
- Husbanken (2016). *Husbankens kommuneprogram. Bolig for Velferd 2016-2020. Programbeskrivelse*. Oslo: Husbanken. Hentet fra <https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/kommuneprogram/>
- Husbanken, & Rambøll, A. S. (2012). *Samhandling som veien til bedre boligsosialt arbeid: et erfaringshefte fra kommuner og Husbankens regionkontorer*. Trondheim: Husbanken.
- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R., & Aarre, T. F. (2017). *Etiske dilemmaer ved bruk av tvang*. I (s. 190-209). Oslo: Gyldendal akademisk, 2017.
- Huus, G., Storm-Olsen, B., & Herheim, Å. (2008). *Mennesker med alvorlig psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Høgskolen i Sørøst-Norge, & Deloitte (2016). *Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid: Sluttrapport* (KS FoU-prosjekt nr. 154013 KS Kommunenes sentralforbund. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2500106>
- Høyser, G. (2009). Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Vedlegg. I *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven*. (Oslo: Helsedirektoratet.
- ICD-10. (2018). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018 *IE-1090*. Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Johannessen, K., & Dyb, E. (2011). På ubestemt tid. Døgnovernatningssteder og andre former for kommunalt disponerte boliger (Vol. 2011:13). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Johannessen, K., Lied, C., & Dyb, E. (2014). *Kartlegging av bostedsløse i Bergen kommune* (Vol. 2014:10). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Järvinen, M. (1998). *Det dårlige selskap. Misbruk - behandling - omsorg*. Holte: Socpol.
- Järvinen, M. (2006). Mötet mellan klient och system-om forskning i socialt arbete. *Dansk sociologi*, 13(2), 73-84.
- Karagöz, E. M. N. (2010). «Hvor lenge skal han bo på TEDD?» Forståelse av bostedsløshet – kontra retten til en varig bolig, et hjem. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(01), 16-25.
- Kavanagh, D. J., & Mueser, K. T. (2007). Current Evidence om Integrated Treatment for Serious Mental Disorder and Substance Misuse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(5), 618-637.
- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & Preston, N. J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2, CD004408.
- Kjønstad, A., & Syse, A. (2012). *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Kjøstvedt, O. (2015). Visjoner og realiteter i første linje. Psykisk helse-arbeid i Kristiansand kommune. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (s. [223]-230). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Oslo: Utgitt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet.
- Kunnskapssenteret (2008). *Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling* (Rapport nr. 25-2008: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/dobbeldiagnose-alvorlig-psykisk-lidelse-og-ruslidelse.del-2-effekt-av-psykososial-behandling>
- Kushel, M., Evans, J., Perry, S., Robertson, M., & Moss, A. (2003). No door to lock. Victimization among homeless and marginally housed persons. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2492-2499.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langsether, A. s., Sørvoll, J., Skårberg, A., Hansen, T., & Sandlie, H. C. (2011). *Organisering og planlegging av boligsosialt arbeid i norske kommuner. Fire casestudier* (Vol. 5/11). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Larsen, G., & Berge, T. (2011). Døgnbehandling ved dobbeltdiagnose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(7), 666-667.
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogik*, 25(1), 16-35.
- Lauritzen, G., Ravndal, E., & Larsson, J. (2010). *Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling* (SIRUS-rapport nr. 6/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra [http://www.sirus.no/filestore/Import\\_vedlegg/Vedlegg\\_publicasjon/sirusrap.6.123.pdf](http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/sirusrap.6.123.pdf)
- Legemaate, J. (1998). Legal protection in psychiatry: balancing the rights and needs of patients and society. *European Psychiatry*, 13, 107s-112s.
- Leknes, J. B. (2011). *Tillit, tid, tilgjengelighet. Tett individuell oppfølging av mennesker med behov for sammensatte tjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lera-Calatayud, G., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodriguez, C., Cañete-Nicolás, C., Asensio-Pascual, P., Calabuig-Crespo, R., & Leal-Cercós, C. (2013). Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a Brain Disease, and it Matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
- Lilleeng, S. E., & Pedersen, P. B. (2018). *Forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne* (Vol. 3/2018). Oslo: Helsedirektoratet.
- Ludvigsen, K., & Fjær, S. (2007). *Varig bolig framfor hospits* (Vol. 1-2007). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Marberger, T. K. (2008). Oppfølging av langtids sosialhjelpsmottakere med uavklarte helseproblemer IK. Rytter (Red.), *Oppfølgings- og tiltaksarbeid i NAV. Med case fra sosialtjenesten i NAV Sagene* Oslo: Kommuneforlaget.
- Melamed, Y., Fromer, D., Kemelman, Z., & Barak, Y. (2000). Working with mentally ill homeless persons: should we respect their quest for anonymity? *Journal of Medical Ethics*, 26(3), 175.
- Meld.St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske [psykiske] lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NEM. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekter innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.) Oslo: Akribe A.S.
- Nordentoft, M., & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, 327(7406), 81.
- NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2011:15. *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

- NSD. (2015). *NSD Personvernombudet for forskning. Meldeplikt*. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Nyström, L. (2007). Boligens arkitektur. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Under tak - mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten* (Oslo: Gyldendal akademisk).
- O'Brien, A.-M., & Farrell, S. (2005). Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 27-30.
- O'Brien, A.-M., Farrell, S., & Faulkner, S. (2009). Community Treatment Orders: Beyond Hospital Utilization Rates Examining the Association of Community Treatment Orders with Community Engagement and Supportive Housing. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 415-419.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen. (2016). Pasienter trenger sosionomhjelp *Fontene*, 2016.
- Pedersen, P. B., & Elde, W. D. (2018). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS\\_2687\\_Kontroll\\_av\\_tvangsbruk\\_i\\_psykisk\\_helsevern\\_2016.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS_2687_Kontroll_av_tvangsbruk_i_psykisk_helsevern_2016.pdf)
- Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Skui, H. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no>
- Pelto-Piri, V., Engstrom, K., & Engstrom, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. (Research article). *BMC Medical Ethics*, 14, 49.
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I., & Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International journal of mental health systems*, 8(1), 40.
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. av 1.januar 2012. *Psykisk helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk\\_helsevern](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk_helsevern)
- Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer: på vei mot en bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Riedl, T. R., & Elde, W. D. (2014). *Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Riksrevisjonen (2008). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til de vanskeligstilte på boligmarkedet* (Dokument 3:8 (2007–2008)). Oslo.
- Rognli, E. B., Medhus, S., & Bramness, J. G. (2015). Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 249-251.
- Rosenquist, R. (2015, 26.mai). Psykiatrisk behandling som straff [Debutt-artikkel]. *Aftenposten*.
- Rugkåsa, J., Dawson, J., & Burns, T. (2014). CTOs: what is the state of the evidence? *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(12), 1861-1871.
- Rugkåsa, J., Molodynski, A., Yeeles, K., Vazquez Montes, M., Visser, C., & Burns, T. (2015). Community treatment orders: clinical and social outcomes, and a subgroup analysis from the OCTET RCT. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 321-329.
- Ruud, T., Landheim, A. S., Nasjonal kompetansetjeneste for ROP, & Akershus universitetssykehus. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Brummundal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus- og psykisk lidelse, Sykehuset innlandet HF.

- Sahlin, I. (1992). Defining Homelessness. *Sociologisk Forskning*, 29(2), 51-71.
- Sahlin, I. (1996). *På gränsen till bostad. Avvisning, utvisning, specialkontrakt*. XIV, Arkiv, Lund.
- Sahlin, I. (2002). Medspelare eller motståndare? Bodstadslösas erfarenheter av myndigheter. I I. Sahlin & S.-L. Kärkkäinen (Red.), *Bostadslöshet som problem och politik. Aktuell nordisk forskning* (Vol. 2002:558). Köbenhavn: Nordisk Ministerråd.
- Sahlin, I., & Kärkkäinen, S.-L. (2002). *Bostadslöshet som problem och politik. Aktuell nordisk forskning* (Vol. 2002:558). Köbenhavn: Nordisk Ministerråd.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data* (5. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Simonsen, S., & Nylenna, M. (2005). *Helseforskningsrett. Den rettslige regulering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sjöstrand, M., Sandman, L., Eriksson, S., Karlsson, P., Helgesson, G., & Juth, N. (2015). Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 16(37).
- Snertingdal, M. I., & Bakkei, V. (2015). *Housing first i Norge - sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema* (Fafo-rapport nr. 978-82-324-0262-5). Oslo: Fafo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (Vol. IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stensrud, B., Høyer, G., Beston, G., Granerud, A., & Landheim, A. S. (2016). "Care or control?": A qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 747-755.
- Stort.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A., & Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration. A qualitative study of patients experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15, 409.
- Syse, A. (2007). *Psykisk helsevernloven. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Kommentartutgave med forskrifter* (2. rev. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sæther, E. W., Svindseth, M. F., Sorthe, I., Hagfonn, G., & Iversen, V. C. (2016). Barriers and success factors in clinical pathways: transition process between psychiatric inpatient care and community care. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(4), 631-640.
- Sørvoll, J., & Aarset, M. F. (2015). *Vanskeligstilte på det norske boligmarkedet . En kunnskapsoversikt* (Vol. nr. 13/2015). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Taksdal, A., Breivik, J.-K., Ludvigsen, K., & Ravneberg, B. (2006). *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger* (Vol. 1, 2006). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier.

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am. J. Public Health, 94*(4), 651-656.
- TvangsForsk. (2014). *Forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern. Forskningsplan for perioden 2014 – 2019*. Tromsø: Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk). Universitetet i Tromsø. Helsedirektoratet.
- Ueland, T., & Øie, M. G. (2010). *Kognitiv svikt ved psykoselidelser*. Stavanger: PsykOpp.
- Ulfrstad, L.-M. (1999). *Hjelpeapparatet for bostedsløse. Om hjelpeapparatet i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger* (Vol. 264-1999). Oslo: Norges byggforskningsinstitutt.
- Ulfrstad, L.-M. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- van Veldhuizen, R. (2013). *FACT. Flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Norsk oversettelse*. (2. utg.). Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig bruk av rusmidler og psykisk lidelse. Sykehuset Innlandet.
- Vergunst, F., Rugkåsa, J., Koshiaris, C., Simon, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 52*(11), 1375-1384.
- Vold, B. (1999). Psykiatriens historie i Norge. *Samfunnsspeilet, 13*(1), 7-14.
- WHO-Europe (2006). *Report on the WHO technocal meeting on quantifying disease from inadequate housing*. København: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization.
- Woll, K. M. (2007). Et beboerblikk på hjemmebesøk. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Under tak - mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2006, Vol.10*(4), p.247-251, 10(4), 247-251.
- Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems, 12*(1).
- Wynn, R., Myklebust, L.-H., & Bratlid, T. (2007). Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry, 2007, Vol.61*(6), p. 433-437.
- Yohanes, L., & Angelin, A. (2002). Tvångsvårdade missbrukares hemlöshet. I I. Sahlin & S.-L. Kärkkäinen (Red.), *Bostadslöshet som problem og politik* (Vol. 2002:558). København: Nordisk Ministerråd.
- Ytrehus, S. (2018a). Bostedsløshet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ytrehus, S. (2018b). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 219-239). Oslo: Akribe A.S.
- Ytrehus, S. (2018c). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 utg.) Oslo: Akribe A.S.
- Ytrehus, S., & Biong, S. (2011). *Foreldrehjemmet som midlertidig oppholdssted for bostedsløse*. Drammen: Høgskolen i Buskerud.

- Ytrehus, S., & Drøpping, J. A. (2004). *Den vanskelige fortsettelsen. En kartlegging av tjenester til tidligere bostedløse* (Vol. 448). Oslo: Fafo.
- Ytrehus, S., Hansen, I. L. S., Langsether, Å., Sandlie, H. C., & Skårberg, A. (2007). *Tjenester til bostedsløse i ti kommuner. Devaluering 2* (Vol. 2007:23). Oslo: Fafo.
- Aakerholt, A. (2013a). ACT-håndbok: Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.
- Aakerholt, A. (2013b). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen* (2. utg.). Brumunddal: Nasjonal kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- Aakerholt, A., & Nesvåg, S. (2012). *Forløp og kunnskapsoppsummering. Tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Aakerholt, A., Veia, A., & Tønnesen, B. L. (2016). *Hjelp til å bo. Oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.



# Vedlegg 1. Intervjuguide

## Intro

Informasjon om tema: Bakgrunn, formål.

Hva intervjuet skal brukes til, taushetsplikt, anonymitet

frivillighet og mulighet til å trekke seg

info om lydopptak

min rolle som masterstudent/ansatt ved Vinderen VPA.

NSD, personvernombudet på Ullevål

Spørsmål fra informanten?

Signering av samtykkeskjema

Start opptak

**Informant nr.** \_\_\_\_\_

Kjønn:        \_\_\_Kvinne    \_\_\_ Mann

Alder:    \_\_\_ \_\_\_ År

## INTERVJU

Din yrkesbakgrunn og arbeidssituasjon?

Profesjon/ utdanning

Erfaringer med vurderinger av vedtak om TUD

Antall år \_\_\_\_\_

## **Erfaringer og vurderinger**

Fortell om dine erfaringer med å vurdere TUD for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ev rusproblemer som ikke har tilfredsstillende bolig?

Fortell om dine vurderinger vedrørende disse pasientenes livssituasjon?

- Dagligliv, jobb, aktiviteter, venner, pårørende, helse, hjelpetjenester, økonomi, kriminalitet, vold og farlighet

## **Bolig**

Hvilke sider ved boligsituasjonen har betydning for vurderinger av vilkårene ved TUD?

- Sted, naboer, boligens utforming og kvaliteter, oppfølging, familie,
- Midlertidig, varig bolig, oppfølgingstjenester, omsorgsnivå

Hvilken bolig mener du kan være bra nok for behandling med TUD?

- Hva tror du pasientene mener
- Hva tror du pårørende erfarer og mener?
- Hvordan vurderer bydelen og andre samarbeidspartnere dette?

## **Ikke tilfredsstillende bolig / bostedsløs**

Hva oppfatter du som ”ikke tilfredsstillende bolig” i forhold til bestemmelsene om TUD?

Hva oppfatter du som ”bostedsløs” i forhold til bestemmelsene om TUD?

Hvilke boligløsninger er ikke bra nok for TUD?

Er reguleringen i psykisk helsevernloven m/forskrifter vedr bolig/bostedsløshet hjelpsom?

- Ikke dårligere enn det tilbudet de får på sykehus
- bostedsløse

I tilfelle, hjelpsom for hvem?

## **Rus**

Hvordan vil du beskrive disse pasientenes rusproblematikk?

Hvordan vurderer du at rusmiddelbruken påvirker pasientenes bo- og livssituasjon?

- Muligheter til å få hjelp til ulike typer boligløsninger fra kommunen/bydel?
- Muligheter for andre hjelpetjenester fra kommune/bydel?
- Muligheter for andre hjelpetjenester fra spesialisthelsetjenesten?

## **Alvorlig psykiske lidelse**

Hvordan vil du beskrive disse pasientenes (TUD) psykiske lidelse?

Hvordan påvirker den psykiske lidelsen deres bo- og livssituasjon?

- behandlings- og hjelpemuligheter?

### **Kriminalitet, vold og farlighet**

Hvordan vil du beskrive disse pasientenes utfordringer med kriminalitet, vold og farlighet?

Hvordan påvirker kriminalitet, vold og farlighet deres bo- og livssituasjon?

- behandlings- og hjelpemuligheter?

### **Mer om dine erfaringer ved vurderingen av bruk/ikke bruk av TUD**

Hva omfatter TUD i praksis for disse pasientene?

Oppnår vi det vi ønsker med behandlingen når vi bruker TUD?

Faglige og etiske dilemmaer i beslutningsprosessen, ved vurderinger av pasientens bosituasjon i forbindelse med vurderingen av TUD?

Hvilken (helse-) hjelp får de ikke, de som ikke får TUD?

Hvilken alternativ oppfølging får disse pasientene når TUD ikke anvendes?

Fordeler uten TUD?

Kunne vi vært TUD foruten, eventuelt under hvilke betingelser?

Reaksjoner på å ikke får TUD?

- Fra pasientene
- Fra pårørendes
- Fra samarbeidspartnere / Kollegaer / Andre

Erfaringer med formelle klager etter vedtak om ikke å opprettholde/etablere TUD?

### **Betingelser for å gi yte god behandling og koordinerte tjenester til disse-pasientene?**

Hva mener du er spesialisthelsetjenestens formelle ansvar?

- Får de den (helse-) hjelpen de trenger og har krav på ihht til lovverket?
- Får de den helsehjelpen de kunne fått dersom de har en tilfredsstillende bolig?

Hvordan opplever du samarbeidet med døgnavdelingene der pasientene er på TPH (tvang med døgn) i forbindelse med overføringsvedtak etter § 4.1, vedr pasienter som ikke har tilfredsstillende bolig?

Hva mener du er kommune/bydelens formelle ansvar vedr bolig og bosituasjonen til disse pasientene?

Får de den (helse-) hjelpen som de trenger og har krav på fra kommune/bydel?

Får de den (helse-)hjelpen de kunne fått dersom de hadde hatt en tilfredsstillende bolig?

Hvordan opplever du samhandlingen mellom bydel og spesialisthelsetjenesten når pasienten ikke har tilfredsstillende bolig/ er bostedsløs?

- IP og ansvarsgrupper?

Hvilket formelt ansvar har du som behandler for pasientens boligsituasjon?

- Ansvar ut over det formelle?
- Hva gjør du i praksis?

Hvilket samarbeid har du med pasientens nære i bolig og nærmiljø?

- Bo-oppfølgere / andre hjelpetjenester, naboer, familie/ pårørende

Hvordan kan spesialisthelsetjenesten supplere og støtte oppfølging i bolig?

### **De mest utsatte/sårbare pasientene**

Hva kan du fortelle mer om de mest utsatte/sårbare pasientene og deres bo- og livssituasjon?

- Hvem er de? Hvordan beskriver du disse?

Hva erfarer du glipper for disse pasientene?

Hva vurderer du kan være gode tiltak for de mest utsatt?

- bolig, omsorg, oppfølging/sengeplasser/ institusjoner/ omsorgshjem
- samarbeid spesialisthelsetjeneste / kommunale tjenester?
- Sikkerhetshjem i spesialisthelsetjenesten?
- privat / offentlig omsorg?

Hva bekymrer deg mest vedrørende bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer som ikke får TUD fordi de er bostedsløse/mangler tilfredsstillende bolig?

### **Annet**

Er det noe du vil legge til? Kan jeg kontakte deg igjen om det er noe jeg lurer på?

Takk for intervjuet - Stopp opptaket.

## **Vedlegg 2. Til leder av poliklinikk**

Til

Leder av \_\_\_\_\_ voksenpsykiatrisk poliklinikk i Oslo  
Oslo, den

### **Tillatelse til å forspørre ansatte om deltakelse i forskningsprosjekt/masterstudie om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold**

Med dette ber jeg om tillatelse til å spørre de faglig ansvarlige (psykiater eller psykologspesialist) ved poliklinikken om deltakelse i en studie som gjennomføres i forbindelse med et masterprosjekt ved Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin.

Dette er en kvalitativ studie om de faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon.

Studien handler om de erfaringene som faglig ansvarlig har med situasjoner der fravær av bolig eller andre sider ved pasientens boligsituasjon, kan spille en rolle for om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold kan komme til anvendelse, og om de faglige vurderingene som gjøres i slike situasjoner. Studien søker også kunnskap om og innsikt i hvordan de faglig ansvarlige opplever og vurderer livssituasjonen til bostedsløse pasienter, og hvilke betingelser de anser må være til stede for å yte god behandling og koordinerte tjenester.

Studien gjennomføres som en kvalitativ studie med samtaleintervju. Intervjuet vil finne sted på informantens arbeidsplass og ta ca. en time. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og til Personvernombudet for Oslo Universitetssykehus HF. Studiens veileder er professor Siri Ytrehus, Høgskulen i Sogn og Fjordane, mobil 48254522.

I tillegg til å være masterstudent er jeg ansatt som klinisk sosionom ved Diakonhjemmets sykehus, Akuttpsykiatrisk avdeling, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Det er ikke knyttet noen bindinger eller betingelser overfor Diakonhjemmets sykehus i forbindelse med denne masterstudien.

Jeg ber om tillatelse til å intervju faglig ansvarlige (psykiater og/eller psykologspesialist) som har erfaring med disse pasientene i din poliklinikk.

Vedlagt følger et informasjonsbrev til mulige interesserte. Jeg ber om at du formidler dette til de faglig ansvarlige som er aktuelle for denne studien.

Med vennlig hilsen

Eli Margrete Nielsen Karagøz

Masterstudent

Kontaktinformasjon:

e-post: [elimargretenielsen.karagoz@diakonsyk.no](mailto:elimargretenielsen.karagoz@diakonsyk.no) Mobil 91842252

# Vedlegg 3. Tilbakemelding fra NSD 5.1.2016

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Jørgen G. Bramness  
Institutt for klinisk medisin Universitetet i Oslo  
Sognsvannsveien 21, bygning 12  
0372 OSLO

Harald Hørfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Vår dato: 05.01.2016

Vår ref: 45906 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45906	<i>En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon.</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Jørgen G. Bramness
Student	Eli Margrete Nielsen Karagöz

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Åsne Halskau

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)

TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmas@svt.uit.no](mailto:nsdmas@svt.uit.no)

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Eli Margrete Nielsen Karagøz [elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no](mailto:elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no)



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45906

Prosjektets formål er å undersøke erfaringene som faglig ansvarlige for tvungen psykisk helsevern, har med situasjoner der fravær av bolig eller andre sider ved pasientens bosituasjon, kan spille en rolle for om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold kan komme til anvendelse.

Utvalget består av faglige ansvarlige ved psykiatriske poliklinikker. Personvernombudet legger til grunn at de psykiatriske klinikkene/arbeidsplassene godkjenner studiet. Vi legger videre til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for behandling av personopplysninger i prosjektet. Prosjektet kan således ikke behandle personopplysninger om pasienter, og vi anbefaler at masterstudent rutinemessig minner informantene om at de har taushetsplikt ovenfor masterstudent/forsker i prosjektet. Forsker må derfor stille spørsmålene på en slik måte at taushetsplikten ivaretas, og kan med fordel minne den ansatte om at navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger (som alder, kjønn, landbakgrunn, spesielle hendelser, diagnoser mm.) må utelates ved omtale av pasienter/pårørende.

Data samles inn via personlig intervju. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet forstår det slik at rådata skal lagres på Diakonhjemmets server for ansatte og ikke på forskningsserver ved UiO. Vi anbefaler at student/veileder avklarer hvorvidt dette er i tråd med UiO's interne rutiner for datasikkerhet. Personvernombudet legger til orientering til grunn at masterstudent etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

(a)

# Vedlegg 4. Personvernombudet Ullevål

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter [Kompetansesenter for personvern og sikkerhet](#)  
[Oslo universitetssykehus HF](#)

**Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.**

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no) sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern) for spørsmål og veiledning.

Når forenklet melding er sendt inn kan prosjektet starte, under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding.

<b>1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET</b>	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) Siri Ytrehus, professor Navn (STUDENT) Eli Margrete Nielsen Karagöz	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Psykiatriske poliklinikker i Oslo
Telefonnummer (STUDENT): 91842252	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): elimargrethenielsen.karagoz@diakonisyk.no siri.ytrehus@hisf.no
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgsolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet <b>Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet</b>	
<b>2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL</b>	
En kvalitativ studie om behandleres erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon.	
<b>3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET</b>	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgsolen / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet.	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet meldes til NSD	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig	
<input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltagerens helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagerens arbeidstid (hvis aktuelt)	
<b>4 LAGRING AV DATA</b>	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvordan skal dette lagres? <b>Forskningsserver på Diakonhjemmet sykehus</b>	
<b>5 DATO FOR UTFYLING</b>	
Sted og dato Oslo, den 21.januar 2016	Utfyllt av: Eli Margrete Nielsen Karagöz

## **Vedlegg 5. Til vedtaksansvarlige/Samtykkeerklæring**

Til

faglig ansvarlig (psykiater eller psykologspesialist) for tvungen psykisk helsevern i psykiatrisk poliklinikk i Oslo

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon.

### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som gjennomføres som en masteroppgave ved Institutt for klinisk medisin ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Studien handler om de erfaringene du har med situasjoner der fravær av bolig, eller andre sider ved pasientens boligsituasjon, kan spille en rolle for om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold kan komme til anvendelse, og om de faglige vurderingene du gjør i slike situasjoner. Studien søker også kunnskap om og innsikt i hvordan faglig ansvarlig opplever og vurderer livssituasjonen til bostedsløse pasienter, og hvilke betingelser de anser må være til stede for å yte god behandling og koordinerte tjenester disse pasientene.

### **Utvalget**

Deltakerne i denne studien vil være 8-10 faglig ansvarlige (psykiater eller psykologspesialist) i utvalget psykiatriske poliklinikker i Oslo, som har erfaring med disse pasientene.

Ledelsen ved din institusjon har gitt tillatelse til å forespørre deg om deltakelse.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Studien blir som en kvalitativ studie med samtaleintervju. Intervjuet vil finne sted på din arbeidsplass og ca. en time. Det vil bli benyttet lydopptak og intervjuene vil bli transkribert i etterkant. Eventuelt vil det skrives notater underveis.

Studien vil ikke samle inn opplysninger om konkrete pasienter.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger om faglige ansvarlige som deltar i denne studien vil bli behandlet konfidensielt. Ingen direkte identifiserbare opplysninger vil bli registeret. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som oppbevares adskilt fra øvrige data. Det er kun intervjuer som har tilgang til denne navnelisten og til lydopptaket. Det transkriberte

intervjuet vil bli lagret på masterstudentens eget hjemmeområde på Diakonhjemmet sykehus server for ansatte. Intervjuene vil også bli lest av min veileder. Dette vil ikke inneholde opplysninger om arbeidssted og navn.

Resultatene vil bli presentert på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31.12.2016. Lydopptak og navneliste med kodennummer vil da bli slettet og datamaterialet anonymisert.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Eli Margrete Nielsen Karagöz (masterstudent)

e-post: [elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no](mailto:elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no)

Mobil 91842252.

I tillegg til å være masterstudent er jeg ansatt som klinisk sosionom ved Diakonhjemmets sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Akuttpsykiatrisk enhet. Det er ikke knyttet noen bindinger eller betingelser overfor Diakonhjemmets sykehus i forbindelse med denne masterstudien.

Studiens veileder er professor Siri Ytrehus, Høgskulen i Sogn og Fjordane, mobil 48254522.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og til Personvernombudet for Oslo Universitetssykehus HF.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 6. Fra NSD vedr endring 6.2.2017

Fra: Åsne Halskau [<mailto:asne.halskau@nsd.no>] Sendt: 6. februar 2017 14:05

Til: Eli Margrete Nielsen Karagøz; [thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)

Emne: Prosjektnr: 45906. En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløses pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold for...

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til endringsskjema registrert 31.12.2016 for prosjekt 45906. «En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløses pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon».

Vi har nå registrert at ny dato for prosjektslutt er 31.12.2017. Senest innen denne datoen skal datamaterialet anonymiseres og eventuelle lydopptak slettes. Personvernombudet gjør oppmerksom på at ved forlengelser på totalt ett år fra opprinnelig prosjektslutt, må det vurderes om utvalget (informantene) skal kontaktes med ny og oppdatert informasjon om prosjektet. Dette kan da bli aktuelt ved ytterligere forlengelser av prosjektet.

Vi har også registrert at opprinnelig veileder ikke er tilknyttet institusjonen lenger, og at prosjektet har fått ny daglig ansvarlig som nå er registrert: [thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)  
Personvernombudet har ingen merknader til endringene.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Åsne Halskau

Seniorrådgiver | Senior Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services T: (+47) 55 58 21 88

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data  
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17 [postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no) [www.nsd.no](http://www.nsd.no)

## Vedlegg 7. Fra NSD endring 2.2.2018

Fra: Pernille Ekornrud Grøndal [<mailto:Pernille.Grondal@nsd.no>]

Sendt: 2. februar 2018 16:00

Til: Eli Margrete Nielsen Karagøz    Kopi: [thomas.clausen@medisin.uio.no](mailto:thomas.clausen@medisin.uio.no)

Emne: Prosjektnr: 45906. En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi

### BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 16.01.2018.

Vi har nå registrert at ny dato for prosjektslutt er 31.12.2018.

Personvernombudet er av den oppfatning at utvalget skal informeres om utsettelsen. Vi viser til at utsettelsen er på to år lenger enn datoen utvalget er informert om. Videre legger vi til grunn at det at enkelte informanter har byttet stilling ikke kan unnta for informasjonsplikten for alle deltakerne. Vi viser også til at dere ifm. datainnsamlingen registrerte navn. Dette gjør det lettere å spore opp de informantene som evt. har byttet arbeidsplass. Til sist viser vi til at utvalgets størrelse er lite, noe som reduserer ressursbruken det medfører å informere.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Vennlig hilsen,

Pernille Ekornrud Grøndal

rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services    T: (+47) 55 58 36 41

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17    [postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no)    [www.nsd.no](http://www.nsd.no)

## Vedlegg 8. Informasjon om utsatt prosjektslutt

Til informantene,

faglig ansvarlig (psykiater eller psykologspesialist) for tvungen psykisk helsevern i psykiatrisk poliklinikk i Oslo

Oslo, den 1.mars 2018.

Informasjon om utsatt avslutning av masterprosjekt

En kvalitativ studie om faglig ansvarliges erfaringer med og vurderinger av livssituasjonen til bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som ikke kan få tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold fordi de er bostedsløse eller ikke har tilfredsstillende bosituasjon.

Igjen vil jeg takke for din deltakelse i denne studien. Av ulike grunner er det blitt forsinkelser i ferdigstillingen. Opprinnelig plan var at prosjektet skulle avsluttes innen 31.12.2016.

Ny dato for prosjektslutt er satt til 31.12.2018. I tråd med tidligere informasjon vil lydopptak og navneliste med kodenummer da ville bli slettet og datamaterialet anonymisert.

Utsettelsen er meldt til Personvernombudet, NSD – Norsk senter for forskningsdata as.

Personvernetombudet har bedt om at informantene orienteres om utsettelsen. Prosjektet er registret i NSD med prosjektnummer 45906.

Dersom du har spørsmål til utsettelsen eller studien, ta kontakt med

Eli Margrete Nielsen Karagøz (masterstudent)

e-post: [elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no](mailto:elimargrethenielsen.karagoz@diakonsyk.no) eller [elimnk@gmail.com](mailto:elimnk@gmail.com)

Mobil 91842252.

Med vennlig hilsen

Eli M Nielsen Karagøz