



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	416
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	22622
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Når bekymringen er større enn handlingsrommet

-En kvalitativ studie av hvordan ansatte i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd.

When the concern is greater than the room for maneuver

- A qualitative study of how employees in the mental health and substance abuse field and the police experience that health policy framework conditions affect the follow-up they offer people with ROP-disorder and threat and violence behavior.

Kari Hjellum

Master i psykisk helse- og rusarbeid

Institutt for velferd og deltaking

Veiledere: Liv Grethe Kinn og Helge Hoff

Innleveringsdato: 14.mai 2021

Antall ord: 22.622

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Å skrive masteroppgave om temaet rusmiddelproblematikk var et naturlig valg etter å ha jobbet med rusfaget fra jeg var nyutdannet sosionom på slutten av 1990-tallet.

Alle årene i sosialtjenesten har oppfølging av bostedsløse rusavhengige med utfordringer på flere livsområder stått mitt hjerte nært.

Når jeg velger å skrive om personer med ROP-lidelse som har trussel- og voldsatferd, beveger jeg meg i spenningsfeltet mellom hjelp og kontroll, og temaet reiser både faglige, juridiske og etiske spørsmål. Motivasjonen for dette er bedre ivaretagelse av noen av de brukerne som har størst behov for hjelp, og som vi i hjelpeapparatet strever med å hjelpe.

Jeg har lært mye gjennom arbeidet med masterprosjektet, og bistand og engasjement fra SIFER (Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) har særlig gitt ny kunnskap om psykisk helsevern og arbeid med voldsrisiko.

Covid 19-pandemien var i ferd med å sette en stopper for gjennomføring av fysiske intervju med deltakerne i studien, men etter intensiv jobbing og heldig timing slapp jeg å gjennomføre datainnsamlingen på Teams. Jeg vil rette en stor takk til informantene mine som med stort engasjement delte sine erfaringer med meg. Uten dem hadde det ikke blitt noen studie! De strukturerte sekretærene mine, Hilde Larsen og Camilla Johnsen, fortjener også takk!

Så vil jeg takke veilederne mine, Liv Grethe Kinn og Helge Hoff, for gode innspill underveis. Takk også til Knut Rypdal som har bidratt med juridisk kompetanse. Å kombinere masterstudie og 100% jobb hadde ikke vært mulig uten fleksibilitet og tilrettelegging fra arbeidsgiver, så takk til sjefen min, Jostein Hestnes.

Sist, men ikke minst – tusen takk til mine to nærmeste, Bjørn og Silje, som har vært tålmodige, og innimellom noe forundret over min bruk av tid og engasjement for dette prosjektet! Nå skal vi bruke tiden sammen på hytten og kjøre fort i båt!

Bergen, mai 2021

Kari Hjellum

Sammendrag

Bakgrunn: Det er utfordrende å etablere koordinerte og helhetlige hjelpetilbud til personer med samtidig rus- og psykiske problem (ROP), og i psykisk helse- og rusfeltet uttrykkes det bekymring og utfordringer rundt helsehjelp til ROP-brukere med trussel- og voldsatferd. Det er få anbefalinger for oppfølging og samarbeid i helsepolitiske dokumenter, og erfaringer fra praksisfeltet er lite dokumentert. Hvordan endringer i relevant tvangslovgivning påvirker oppfølgingsarbeidet er uklart. Målet med denne studien var å utforske hvordan medarbeidere i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingsarbeidet de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel -og voldsatferd.

Metode: Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med 18 deltakere som hadde direkte kontakt med brukergruppen; seks helse- og sosialarbeidere, seks medarbeidere med brukererfaring og seks ansatte i politiet. Systematisk tekstkondensering (STC) ble brukt som analysestrategi.

Resultater: Fire tema framkom: (1) forhøyet terskel for helsehjelp (2) å sjonglere mellom aksept, motivering og tvang når bruker avviser hjelp, (3) når brukers atferd truer hjelpernes sikkerhet og egen mulighet for helsehjelp, og (4) når bekymringen er større enn handlingsrommet. Deltagerne opplevde at lovverket, særlig knyttet til taushetsplikt og tvangslovgivning, begrenset mulighetene til helsehjelp. Det var også usikkerhet om vurderinger av samtykkekompetanse. Flere opplevde at trussel- og voldatferd begrenser brukernes rett til helsehjelp. Å gi helsehjelp og samtidig ivareta egen sikkerhet ble opplevd krevende. Oppfølging av brukere som avviser hjelp ble beskrevet som en balansegang mellom respekt for brukernes autonomi og bruk tvang for å ivareta liv og helse. Det var frustrasjon og bekymring knyttet til at brukere med omfattende og komplekse hjelpebehov møter et fragmentert behandlingsapparat og manglende behandlingstilbud. Helsepolitiske rammebetingelser, og mangel på helsepolitiske rammebetingelser, ser ut til å hemme oppfølgingen medarbeidere i psykisk helse- og rusfeltet og politiet i praksis tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel og- voldsatferd. Implikasjoner for praksis er å styrke strukturer for tverretattlig samarbeid og øke kunnskap om voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering.

Nøkkelord: ROP, trussel- og voldsatferd, helsepolitiske rammebetingelser, samtykkekompetanse, redusert behandlingstilbud, begrenset handlingsrom, fenomenologisk- hermeneutisk, kvalitativ, fokusgruppeintervju, systematisk tekstkondensering.

Abstract

Introduction: It is challenging to establish coordinated and comprehensive help services for individuals with psychiatric illness with concomitant drug problems (ROP), and in the mental health and substance abuse field, concerns and challenges are expressed regarding health care for ROP users with threatening and violent behavior. There are few recommendations for follow-up and cooperation in health policy documents, and experiences from the field of practice lack documentation. How changes in relevant coercive legislation affect the follow-up work is unclear. The aim of this study was to explore how employees in the field of mental health and substance abuse, and the police, experience that the health policy framework affects the follow-up that they provide individuals with ROP-disorder in combination with threatening and violent behavior.

Method: Focus group interviews were conducted with 18 participants directly in contact with the user group; six health care and social workers, six co-workers with user experience and six employees in the police. Systematic text condensation (STC) was used as the analytic strategy.

Results: Four topics emerged: (1) elevated threshold for health care (2) juggling between acceptance, motivation and coercion when the user declines a help offer, (3) when the user's behavior threatens the helpers' safety and their opportunity for health care, and (4) when the concern is greater than the room for maneuver. The participants experienced that the legislation, especially related to the duty of confidentiality and coercive legislation, limited the possibilities for health care. There was also uncertainty concerning assessments of consent competence. Several experienced that threatening and violent behavior limits users' right to health care. Providing health care and at the same time maintaining one's own safety were demanding. Following up users who refuse help was described as a balancing act between respect for users' autonomy and the use of coercion to safeguard life and health. There was frustration and concern associated with users with extensive and complex needs, encounter a fragmented treatment apparatus and missing treatment options. The already existing Health policy frameworks, and the lack of others, seem to limit the follow-up of co-workers in the mental health and substance abuse field, and the police's actually offer individuals with ROP-disorder and threatening and violent behavior. Implications for practice are to strengthen structures for cross-agency collaboration and increase knowledge of violence-risk assessment and management.

Keywords: ROP, threatening and violent behavior, health policy framework, consent competence, reduced offer for treatment, limited room for action, phenomenological-hermeneutic, qualitative, focus group interview, systematic text condensation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Mål med studien og forskningsspørsmål	11
1.3 Begrepsavklaring og avgrensning	11
1.4 Oppgavens oppbygging	12
2.0 Helsepolitiske rammebetingelser	13
2.1 Lovverk, forskrift og rundskriv	13
2.1.1 Tvangslovgivning i psykisk helse- og rusfeltet	14
2.1.1.1 Endringer i tvangslovgivningen	16
2.1.1.2 Vurdering av samtykkekompetanse	17
2.1.1.3 Vurdering av samtykkekompetanse hos rusavhengige personer	18
2.2 Andre helsepolitiske dokumenter	20
2.2.1 Kunnskapssyn i nasjonale retningslinjer	21
3.0 Kunnskapsstatus, tidligere forskning og samarbeidsprosjekter i praksisfeltet	22
3.1 Personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd	22
3.2. Behandlingstilbud til personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd	24
3.3 Samarbeidsprosjekter i praksisfeltet	27
3.3.1 PSP-samarbeidet i Danmark	27
3.3.2 Mellom alle stoler (MAS)	29
3.3.3 Prosjektet «Sent ute»	30
3.4 Oppsummering av kunnskapsstatus og kunnskapsgap	31
4.0 Teoretisk rammeverk	32
4.1 Begrepet autonomi i tradisjonell betydning	33
4.2 Relasjonell autonomi som alternativ til det tradisjonelle autonomibegrepet	34
4.3 Autonomi i klinisk kontekst – klinisk autonomi	34
4.4 Ethiske teorier	36
4.4.1 «De fire prinsippers etikk»	36
5.0 Metode	37
5.1 Forskningsdesign	37
5.2 Rekruttering av deltakere	37
5.2.1 Utvalgsriterier og deltakelse	39
5.3 Datainnsamling	40
5.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervju	41
5.5 Transkribering av intervjuene	43

5.6	Forskningsetikk	43
5.7	Forforståelse og refleksivitet	43
5.8	Analysestrategi - Systematisk tekstkondensering (STC)	45
6.0	Resultater	47
6.1	Forhøyet terskel for helsehjelp	47
6.2	Å sjonglere mellom aksept, motivering og tvang når bruker avviser hjelp	49
6.3	Når brukers atferd truer hjelpernes sikkerhet og egen mulighet for helsehjelp	51
6.4	Når bekymringen er større enn handlingsrommet.....	53
7.0	Diskusjon	54
7.1	Resultatdiskusjon.....	54
7.2	Implikasjoner for forskning og praksis.....	66
7.3	Styrker og begrensninger ved studien	67
8.0	Avslutning	72
9.0	Referanseliste	74
	Vedlegg.....	82
	Vedlegg 1 – Informasjonsskriv fokusgruppe 1 – Helse og sosialarbeidere.....	82
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv fokusgruppe 2 – Medarbeidere med brukererfaring	86
	Vedlegg 3 – Informasjonsskriv fokusgruppe 3 – Ansatte i politiet	90
	Vedlegg 4 – Intervjuguide fokusgruppe 1 – Helse- og sosialarbeidere	94
	Vedlegg 5 – Intervjuguide fokusgruppe 2 – Medarbeidere med brukererfaring	96
	Vedlegg 6 – Intervjuguide fokusgruppe 3 – Ansatte i politiet.....	98
	Vedlegg 7 – Vurdering fra NSD.....	99

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over lovverk, forskrifter og rundskriv	13
Tabell 2: Oversikt over utvalgte helsepolitiske dokumenter	20
Tabell 3: Deltakere i fokusgruppeintervjuene.....	40
Tabell 4: Illustrasjon av de fire trinnene i STC.....	46

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I helsepolitiske dokumenter har det de siste tiårene vært mye fokus på personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP), og i nasjonale retningslinjer gis det anbefalinger vedrørende behandling og samarbeid (Helsedirektoratet, 2012a, s.99). Det påpekes i rapporter fra SINTEF, FAFO og Helsetilsynet at brukere med ROP-lidelse har alvorlige utfordringer på mange livsområder og at samarbeid og samordning rundt brukerne er utfordrende for hjelpeapparatet (Ose et al, 2019; Skog Hansen et al., 2019 og Helsetilsynet, 2019).

Kommunale handlingsplaner for rusfeltet har beskrevet bekymring for personer med **ROP-lidelse** og atferd knyttet til **trusler- og vold** (Bergen kommune, 2020,s.33). Bekymringen knyttes til at trussel- og voldsatferd gjør det vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe. Mange av brukerne har prøvd mye behandling, og gir uttrykk for at de ikke ønsker frivillig behandling eller hjelpetjenester. Bruken av illegale rusmidler og trussel- og voldsatferd medfører kriminalitet og hyppig kontakt med politi og kriminalomsorg (Bergen kommune, 2020, s. 33). Frivillige hjelpetiltak er ikke alltid tilstrekkelig og tvangstiltak i psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan være aktuelt siden brukerne ofte kan være i en situasjon som Gerdner og Berglund beskriver: «Alternativet til tvangsbehandling er jo ikke frivillig behandling, men ingen behandling i det hele tatt» (Gerdner og Berglund, 2009, s. 21).

Internasjonal forskning viser at alvorlig psykisk lidelse kan innebære risiko for vold og at samtidig rusmiddelmissbruk øker risikoen for vold betydelig (Pulay et al., 2007, Wallace et al., 2004, Brennan et al., 2000, Elbogen and Johnson, 2009 i Helsedirektoratet, 2012, s. 53). Det er anbefalt å etablere formalisert og koordinert samarbeid rundt brukerne (NOU 2010:3, s. 50, Helsedirektoratet, 2012, s. 104). I «Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020» pekes det på at det fortsatt ikke gis tilstrekkelig og samtidig hjelp for rusproblemer og voldsproblemer, traumer eller andre psykiske helseproblemer (Prop. 15S (2015-2016), s.49). I NOU 2010:3 påpekes spesifikt mangel på behandlingstilbud til brukerne, og at det forekommer at brukere med ROP-lidelse blir avvist fra rusbehandling på grunn av uttalte

eller kjente voldsproblemer (NOU 2010:3, s. 50). Selv om det i flere nasjonale retningslinjer generelt anbefales samarbeid mellom helse og politi (Helsedirektoratet, 2012a, s. 53 og Helsedirektoratet og Politidirektoratet IS-5/,2012b, s. 1), er det svært få konkrete anbefalinger som omhandler behandling og samhandling rundt personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd.

Det er få dokumenterte praksiserfaringer rundt oppfølgingsarbeid med personer som har ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd. Prosjekter med fokus på samarbeid mellom helsevesen og politi er gjennomført både i europeiske land, og i land utenfor Europa, men det finnes få studier av tiltakene (Sestoft et al., 2014, s. 372). I Danmark har det pågått formalisert samarbeid mellom helsevesen og politi (PSP) i 15 år og erfaringer er dokumenterte (Sestoft et al., 2014, s. 370). Den danske samarbeidsmodellen PSP refereres til i et høringsnotat til Helse- og omsorgsdepartementet fra Kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD) i 2011. I notatet påpekes behov for samarbeidsmodeller som fanger opp personer med psykiske- og/eller rusproblem som begår kriminalitet og ofte faller mellom behandlings- og hjelpetilbud (KRÅD, 2011, s. 2).

I Norge er prosjektet *Mellom alle stoler* (MAS) det eneste prosjektet der erfaringer er dokumenterte og publisert. En erfaring var at samarbeid mellom politi og helsevesen førte til bedre oppfølging av brukerne fra helsetjenesten (SIFER, 2016 s. 8). Høsten 2018 startet prosjektet «Sent ute» som del av Bergen kommunes «Handlingsplan mot åpne russcener», og i Stavanger kommune er det etablert liknende prosjekt der målgruppen er personer med alvorlig ROP- lidelse, kjent voldsrisiko og som tidvis avviser hjelp. I begge prosjektene er det målsetting å generere ny kunnskap om tilnærminger til brukerne, og alternative måter å gi og koordinere tjenester på (Bergen kommune, 2019; Stavanger kommune, 2019 s. 22).

Loverk og organisering av tjenestene gir føringer for hvilke individuelle hjelpetiltak som kan iverksettes og for hvordan instanser kan samarbeide i enkeltsaker. Det er de siste årene gjennomført noen, og foreslått, store endringer i tvangslovgivningen på psykisk helse- og rusområdet der redusert bruk av tvang og styrking av brukernes selvbestemmelsesrett er sentralt (NOU 2019:14, s. 31). Dette medfører endrede rammebetingelser for arbeidet, men

det er for tidlig å konkludere med hvilke konsekvenser det har fått, og vil få, for brukerne. Helsedirektoratets evalueringsrapport fra 2020 oppsummerer noen av erfaringene med endring i psykisk helsevernloven fra 2017 (Helsedirektoratet, 2020).

Hvordan vi som samfunn møter personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd, og hvilken behandling og hjelp som tilbys i kommunen og spesialisthelsetjenesten, er også et uttrykk for hvordan samfunnet ivaretar noen av de innbyggerne som kanskje har de største og mest komplekse utfordringene. Utfra erfaringene i MAS-prosjektet førte bedre samordning og samhandling mellom flere etater både til redusert kriminalitet og bedre helsehjelp til deltakerne i prosjektet (SIFER, 2016 s. 8). Hvordan ansatte i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd kan være relevant både ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med henblikk på hvordan samfunnsvern blir ivaretatt, og med tanke på enkeltindividets relasjon til samfunnet.

Teori i kvalitative studier har særlig betydning for å forstå, tolke og utvikle empiriske observasjoner. Temateorier kan gi et mer spesifikt syn på datamaterialet, og åpne opp for relevante begreper (Malterud, 2017, s. 189). Som teoretisk referanse for studien vil jeg redegjøre for begrepet *autonomi* som er sentralt i helsepolitiske dokumenter. Begrepet brukes hovedsakelig om pasienters rett til selvbestemmelse, men er også relevant i en klinisk kontekst ved at oppfølgernes grad av klinisk autonomi påvirkes av helsepolitiske rammebetingelser. I all helsehjelp, og i alle hjelperelasjoner, er etisk teori relevant, og «De fire prinsippers etikk» (Beauchamp og Childress, 2013) presenteres som et etisk rammeverk for oppfølgernes handlingsvalg.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet har jeg valgt å benytte kvalitativ forskningsmetode der målet er å forstå og utforske mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s.30). Jeg benytter et fenomenologisk hermeneutisk forskningsdesign som bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning (Malterud, 2012, s.28).

1.2 Mål med studien og forskningsspørsmål

Målsetting med studien er å utforske og beskrive hvordan helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet erfarer at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd. Hvordan påvirker eksempelvis lovverk og organisering av behandling- og tjenestetilbud muligheten for å hjelpe, og hva oppleves som hinder for å hjelpe brukerne? Erfaringene kan være bidrag til å utvikle ny forståelse og kunnskap, tilnæringsmåter og samarbeidsmodeller i oppfølgingsarbeidet.

Forskningsspørsmål i studien er:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet tilbyr personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd?

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Begrepene *person*, *bruker* og *pasient* vil brukes om hverandre, avhengig av hvilken kontekst personen beskrives å være i. Det tas utgangspunktet i definisjonene i rundskrivet «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer» (Helsedirektoratet, 2015).

Pasient defineres som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015, s. 2). *Bruker* defineres som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, som ikke defineres som helsehjelp utført av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2015, s. 2).

Begrepet *ROP- lidelse* benyttes som en samlebetegnelse for samtidig rus- og psykisk lidelse slik det er brukt i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012a, s. 16).

Rusmiddelbruken kan omfatte både legale og illegale rusmidler, men personene som er tema i denne studien har primært illegalt rusmiddelbruk og tilhører det illegale rusmiljøet.

Helse- og sosialarbeidere er ansatte innen psykisk helse- og/eller rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med bachelor i helse- og sosialfag. *Medarbeidere med brukererfaring* er personer ansatt innen psykisk helse- og/eller rusfeltet i kommunen og

spesialisthelsetjenesten som har egen erfaring med rus- og/eller psykiske problem. Begge disse «ansattegruppene» vil noen ganger refereres til som *oppfølgere*. *Politiet* er politibetjenter som har hyppig kontakt med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd.

Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skremme en person, og *vold* er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Vold og trusler kan være av både fysisk, psykisk og seksuell art (Arbeidstilsynet, 2017, s. 1).

Helsepolitiske rammebetingelser kan være reformer, lovverk, føringer i rundskriv og retningslinjer, ideologi og verdier og organisering av tjenestene. Det kan både være nasjonale og internasjonale føringer, som FN-konvensjon om menneskerettigheter. Hovedfokus vil imidlertid være norsk lovgivning og nasjonale retningslinjer. Budsjetter og økonomiske styringsmodeller, som for eksempel Innsatsstyrt finansiering, setter rammer og har påvirkning på helsetjenestenes handlingsrom og helsetjenester til brukerne, men hovedfokus i studien vil være på faglige føringer og retningslinjer.

En svært stor andel av personer med ROP-lidelse er bostedsløse og varig og stabil bosituasjon er viktig i behandlings- og recovery-prosessen. Av hensyn til oppgavens omfang omtales imidlertid ikke temaet.

1.4 Oppgavens oppbygging

Innholdet i oppgavens kapittel to og tre gir bakgrunnskunnskap som er relevant for studiens forskningsspørsmål. I kapittel to presenteres helsepolitiske rammebetingelser i form av helsepolitiske dokumenter som lovverk og faglige retningslinjer. Dette gir ikke en uttømmende oversikt, men er et utvalg som vurderes å være relevant for forskningsspørsmålet. Kunnskap og tidligere forskning på personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd, samt behandlingstilbud og erfaringer fra samarbeidsprosjekt i praksisfeltet presenteres i kapittel tre. I kapittel fire presenteres teoretisk referanseramme med beskrivelser av begrepet autonomi og et rammeverk for etisk bedømmelse av handlingsalternativer i helsetjenesten. Metode og fremgangsmåte i studien redegjøres for i kapittel fem. Resultater fra fokusgruppeintervjuene presenteres i kapittel seks, og i kapittel

syv diskuteres funnene fra studien, implikasjoner for forskning og praksis, og styrker og begrensninger ved gjennomføring av studien.

2.0 Helsepolitiske rammebetingelser

I dette kapittelet presenteres helsepolitiske dokumenter som vurderes å være sentrale for forskningsspørsmålet.

2.1 Lovverk, forskrift og rundskriv

Nedenfor presenteres lovverk, forskrifter og rundskriv som er aktuelle for oppfølgingsarbeidet med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd.

Tabell 1: Oversikt over lovverk, forskrifter og rundskriv

Lovverk/forskrift/rundskriv	Innhold/ formål
Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven, 1967)	Generelle bestemmelser om taushetsplikt (1967, § 13) som gjelder for ansatte i offentlige etater
Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)	Rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten Loven slår fast at helsehjelp som utgangspunkt bare kan gis med en pasients samtykke. Bare hvis det finnes grunnlag for det i lov, kan helsehjelp gis uten samtykke
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)	Pålegger kommunene å tilby innbyggerne bestemte helse- og omsorgstjenester Formålet er å sikre gode tjenester til kommunens innbyggere Taushetspliktbestemmelser
Lov om spesialisthelsetjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999)	Regulerer organisatoriske og administrative forhold som angår sykehus og sykehusenes poliklinikker (spesialisthelsetjenester). Spesialisthelsetjenester er en samlebetegnelse på helsetjenester som ikke utføres på et kommunalt nivå Taushetspliktbestemmelser

<p>Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999)</p>	<p>En generell profesjonslov</p> <p>Formålet er å bidra til sikkerhet for pasienter, til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og til tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Taushetspliktbestemmelser</p>
<p>Politiregisterloven, 2010</p>	<p>Formålet er å bidra til effektiv løsning av politiets og påtalemyndighetens oppgaver, beskyttelse av personvernet og forutberegnlighet for den enkelte ved behandlingen av opplysninger.</p> <p>Taushetspliktbestemmelser</p>
<p>Rundskriv <i>Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid</i> (Helsedirektoratet og Politidirektoratet, 2012b).</p>	<p>Klargjøre ansvars- og oppgavefordeling samt rammer for samarbeid mellom helsetjenesten og politiet rundt psykisk syke</p> <p>Taushetspliktbestemmelsene er omtalt.</p>
<p>Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav Kapittel 23A (forskrift om utførelse av arbeid, 2017)</p>	<p>Tydeliggjør arbeidsgivers ansvar for å kartlegge og risikovurdere forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold</p>
<p>Rundskriv <i>Psykisk helsevernloven med kommentarer</i> (Helsedirektoratet, 2017)</p>	<p>Rundskriv med kommentarer til lovbestemmelsene i Psykisk helsevernloven</p>

I helselovsreformen i 1999 moderniserte Stortinget helseretten ved å vedta lovene Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven. Hensyn til rettsikkerhet for pasientene var en særlig viktig legislativ begrunnelse for utformingen av lovene. En annen sentral legislativ begrunnelse var hensynet til å sikre pasienter rettigheter til behandling (Rasmussen, 2002, s. 609).

2.1.1 Tvangslovgivning i psykisk helse- og rusfeltet

Rusavhengige kan tvangsinnlegges både etter helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Psykisk helsevernloven er den mest brukte tvangsbestemmelsen overfor personer med rusmiddelproblemer (Lundeberg og Mjåland, 2014, s. 40).

Vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven (1999, § 3-3 pkt. 1-7) som inneholder flere vilkår som må være oppfylt dersom bestemmelsen skal kunne anvendes. Pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse» og i tillegg er det et vilkår om at

frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette (frivillighetsvilkåret), eller at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (farevilkåret). Det må forutsettes at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingsvilkåret). Pasienten skal gis anledning til å uttale seg og være undersøkt av to leger. Det skal også foretas en helhetsvurdering av om tvang er den klart beste løsningen for vedkommende (psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3 nr. 7).

Vilkåret «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep (juridisk standard) som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Kjerneområde for begrepet er psykoser, herunder rusutløste psykoser. Også andre alvorlige psykiske tilstander faller inn under begrepet, når tilstanden får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand (Helsedirektoratet, 2017, s. 36). Paulsrud-utvalget tok utgangspunkt i at når slik «alvorlig sinnslidelse» har blitt definert så består det av tre hoveddimensjoner:

- «En diagnostisk dimensjon knyttet til diagnosene schizofreni, vrangforestillingslidelser og beslektede lidelser, der psykotiske symptomer er med i definisjonen av lidelsen.
- En symptomdimensjon knyttet til forekomst av psykotiske symptomer ved andre psykiske lidelser, som for eksempel alvorlige depresjoner og bipolare lidelser.
- En funksjonell dimensjon knyttet til andre psykiske lidelser uten klare psykosesymptomer, men hvor funksjonsnivået er like sterkt nedsatt som ved psykotiske lidelser» (NOU 2011: 9, s. 163).

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 10-2) kan rusavhengige tvangsinnlegges i institusjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og holdes tilbake i inntil 3 måneder (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-2). Målgruppen for lovbestemmelsen er rusavhengige med alvorlige fysiske og/eller psykiske helseutfordringer og omfattende og vedvarende bruk av rusmidler. Det er et vilkår at frivillige hjelpetiltak har vært prøvd. I forarbeidene til lovbestemmelsen ble målgruppen beskrevet som så sterkt nedkjørt at de vanskelig kan ta standpunkt til frivillig behandling (Ot.prp.nr. 29, (1990/1991)

s. 92). Å tilrettelegge og motivere den rusavhengige for frivillig behandling er et sentralt formål.

2.1.1.1 Endringer i tvangslovgivningen

De siste tiårene har det, både internasjonalt og nasjonalt, vært et økt helsepolitisk fokus på negative konsekvenser av bruk av tvang, og det er gitt føringer om bruk av tvangsreducerende tiltak. På tross av disse føringene er det i Norge ikke indikasjoner på redusert tvangsbruk i tjenestene (Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Redusert bruk av tvang er en viktig målsetting for norsk psykisk helsetjeneste og praksisen har blitt kritisert i lys av FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (NOU 2011: 9, Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Den rettslige utviklingen går i retning av at man i stadig større grad skal respektere pasientenes selvbestemmelsesrett (Bahus et al., 2018, s. 61).

En persons samtykkekompetanse vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3). Fra september 2017 ble psykisk helsevernloven endret og vilkårene for bruk av tvang ble innskjerpet ved at manglende samtykkekompetanse ble satt som nytt vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern; både som et vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Lovgivers intensjon var økt selvbestemmelse ved å endre fokus fra diagnose til funksjonsnivå og å redusere bruk av tvang (Prop. 147 L (2015-2016) s. 5). Dette medfører at samtykkekompetente pasienter kan avslå tilbud om behandling og oppfølging i psykisk helsevern. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner sin samtykkekompetanse kan også avslutte behandlingen etter eget ønske (Helsedirektoratet, 2020, s. 8).

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke for pasienter som utgjør nærliggende og alvorlig fare for eget liv, eller andres liv eller helse (farevilkåret). Etter innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern ble betydningen av tilstrekkelige farevurderinger satt på spissen (Helsedirektoratet, 2017, s. 39). Ettersom samtykkekompetente pasienter etter lovendringen ikke kan holdes tilbake i tvungent vern med grunnlag i behandlingsvilkåret, som tidligere ble mye vektlagt, blir det avgjørende med

tilstrekkelig dokumentasjon og vurdering av fare dersom det foreligger opplysninger om at farevilkåret kan være oppfylt (Helsedirektoratet, 2017, s. 39).

I Helsedirektoratets rundskriv *Psykisk helsevern med kommentarer* vises det til at lovendringen innebærer overgang fra fokus på diagnose til fokus på funksjonsnivå, og vilkårene for psykisk helsehjelp bringes i bedre samsvar med hovedprinsippene for helsehjelp; pasientens selvbestemmelse og samtykke som vilkår før helsehjelp ytes (Helsedirektoratet, 2017 s. 17). Styrking av pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet er en tilpasning til prinsippene i FNs CRPD-konvensjon som Norge ratifiserte i 2013. Den er uttrykk for en internasjonal utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering (Helsedirektoratet, 2017, s. 17).

I 2016 satt Regjeringen ned et utvalg som fikk i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverk om tvang i helse- og omsorgssektoren (NOU 2019:14, s. 31). Utvalget skulle også utrede forholdet til Norges internasjonale forpliktelser, blant annet FNs CRPD-konvensjon. I juni 2019 la utvalget frem sitt hovedforslag om en felles *tvangsbegrensningslov* for helse- og omsorgstjenesten og økt fokus på forebygging av tvangsbruk. Diagnosenære vilkår i tvangshjemlene erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for aktuelt tiltak (gjelder ikke ved fare for andre). På rusområdet foreslås ny inntaksmodell og det er forslag om forbud mot bruk av mekaniske innretninger og snever adgang til tvangsmedisinering i behandling i psykisk helsevern. Helhetstenking om individet og tilrettelegging for samhandling i tjenestene er sentrale bærebjelker i lovutkastet (NOU 2019:14, s. 31).

2.1.1.2 Vurdering av samtykkekompetanse

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3) beskrives det når samtykkekompetansen kan falle bort, hvem som beslutter dette og formkrav. Hvordan selve vurderingen skal gjøres sier bestemmelsen ikke noe om (Helsedirektoratet, 2017, s. 19). En persons samtykkekompetanse skal vurderes konkret i forhold til det aktuelle spørsmålet som gjelder, og den helsehjelpen som skal gis. Følgende fire momenter er relevante for vurderingen: Evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutning av helsehjelp, evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av

de ulike behandlingalternativene, evnen til å resonnere med relevant informasjon i avveining av de ulike behandlingalternativene og evnen til å uttrykke et valg (Helsedirektoratet, 2017, s. 19). I rundskrivet *Psykisk helsevern med kommentarer* utdypes hvordan begrepet samtykkekompetanse skal vurderes. En persons samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis på grunn av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming» når personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Helsedirektoratet, 2017, s. 17).

Beviskravet «åpenbart» er høyt og ved tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eller nekte å motta behandling (Helsedirektoratet, 2017, s. 17).

En konsekvens av dette vil være at mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, likevel vurderes som samtykkekompetente. Om beviskravet står det i rundskrivet at det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen. Det kreves et visst nivå av konsekvensinnsikt både for å samtykke og for å nekte (Helsedirektoratet, 2017, s. 18). Det er tilstrekkelig at personen har en alminnelig forståelse, det kan ikke stilles spesielle eller strenge krav til forståelsen, som for eksempel forståelse av medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. Beviskravet er ikke er mindre strengt ved tvungen observasjon enn ved tvungent vern (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Paulsrud-utvalget foreslo å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig», delvis begrunnet med innføringen av «nektelse-kompetanse» (NOU 2011: 9, s. 253). I forslaget til tvangsbegrensningslov ble det bemerket at forslaget om endring av beviskravet i Paulsrud-utvalget fremstod som rimelig, men det ble likevel foreslått en videreføring av dagens beviskrav for å hindre «utglidning» (NOU 2019:14, s. 449).

2.1.1.3 Vurdering av samtykkekompetanse hos rusavhengige personer

I rundskriv *Psykisk helsevern med kommentarer* står det at rusmiddelbruk er en faktor som kan påvirke samtykkekompetansen (Helsedirektoratet, 2017, s. 22).

Videre beskrives at en person med rusutløst psykose vil kunne mangle samtykkekompetanse i en akutt fase, men at dette ofte vil være kortvarig dersom pasienten ikke har en primærpsykose (Helsedirektoratet, 2017, s. 25).

I forslaget til ny tvangsbegrensningslov (NOU 2019:14) foreslås det å erstatte begrepet «samtykkekompetanse» med begrepet «beslutningskompetanse» da det juridisk er et mer presist begrep og i større grad markerer brukers selvstendighet. Det anbefales ikke at kriterier for å vurdere beslutningskompetanse lovfestes på grunn av stor bredde i problemstillinger (NOU 2019:14, s. 315). Det vises til at personer med rusmiddelproblemer som oftest vil ha beslutningskompetanse, bortsett fra under akutt ruspåvirkning der rusen i seg selv kan føre til bevissthetsnedsettelse. Det vises også til at det kan stilles spørsmål ved beslutningskompetansen i følgende situasjoner:

- For personer som bruker rusmidler konstant og kontinuerlig og som er preget av abstinensreaksjoner eller «russug» i rusfrie perioder
- Ved psykosesyntomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger tilknyttet rusinntak
- ved kognitiv svekkelse, for eksempel på grunn av hjerneskade etter ukritisk rusbruk
- kombinasjonen av rusproblemer og enkelte former for psykiske helseproblemer kan også resultere i vurderinger av at personen mangler beslutningskompetanse over tid.
- Når personer benekter åpenbare problemer, for eksempel alvorlige ruspåførte somatiske sykdommer, og ikke forholder seg til medisinsk informasjon om konsekvensene av å fortsette å bruke rusmidler

Det presiseres imidlertid at sviktende motivasjon og mangel på gjennomføringskraft ikke vil være et spørsmål om beslutningskompetanse (NOU 2019:14, s. 445).

I høringsuttalelse til NOU 2019:14 fra Bergen kommune vises det til at vurdering av beslutningskompetanse vil by på særlige utfordringer når det gjelder rusavhengige på grunn et stort antall påvirkningsfaktorer (Bergen kommune, 2019, s.22). Rusmiddelbruk påvirker spesielt kognitiv funksjon, og abstinens og «russug» påvirker brukerens beslutninger knyttet til behandling. Personer kan fremstå beslutningskompetent imens det egentlig er «rusen som snakker». Kombinasjon rus- og psykiske lidelser (ROP) vil komplisere vurderingen. Kommunen mener at vurdering av beslutningskompetanse hos rusavhengige er vesensforskjellig fra andre pasientgrupper og at vurdering bør gjøres over noe tid, og ikke kun utfra vurdering her- og nå, i akutte situasjoner (Bergen kommune, 2019, s.23).

Helse Bergen påpeker i sin høringsuttalelse til NOU 2019:14 at det mangler veiledning for hvordan beslutningskompetanse skal vurderes. Behovet for tid til å gjøre vurderinger

fremheves med begrunnelse i at en forsvarlig avrusning ofte tar mange uker. En kortvarig tvungen avrusning vil kunne føre til betydelig økt fare for overdose og dødsfall ved utskriving. De stiller spørsmål ved om det er fare for at dette vil ramme de dårligste pasientene ved at de ikke får nødvendig helsehjelp (Helse Bergen, 2019). Behov for tid til å komme i posisjon til å motivere pasienten for videre behandling fremheves også av Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. Kravet til manglende beslutningskompetanse antas å ville begrense adgangen til å bruke tvang for å komme i posisjon til å hjelpe personer med alvorlige rusmiddelmissbruk (Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, 2019, s. 5).

2.2 Andre helsepolitiske dokumenter

En rekke dokumenter gir helsepolitiske føringer og beskriver strategier og politiske målsettinger for arbeidet. I tabell 2 gis en oversikt over helsepolitiske dokumenter som er relevant for oppfølgingsarbeidet med personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd.

Tabell 2: Oversikt over utvalgte helsepolitiske dokumenter

Helsepolitisk dokument	Tema og formål
<i>Pakkeforløp psykisk helse og rus</i> (Helsedirektoratet, 2015).	<ul style="list-style-type: none"> • Innført fra januar 2019 i psykisk helse- og rustjenestene • Målsetting å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusproblemer • Fem mål for arbeidet: Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngåelse av unødig ventetid, likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av geografisk bosted og bedre ivaretagelse av somatisk helse
<i>Samhandlingsreformen</i> (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter skal få rett behandling, på rett sted og til rett tid. • Bakgrunn: både pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv, deriblant til utfordringer med et fragmentert tjenestetilbud og behov for koordinerte tjenester. • Mål å bedre samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten og fordele oppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på en koordinert og rasjonell måte. • Krav om samarbeidsavtaler • Kommunen fikk økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter

<p><i>Sammen om mestring.</i> Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helse- og rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer for området. • Vektlegger bruker- og mestringsperspektiv, samarbeid mellom tjenestene og tjenestenivåene for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester og psykisk helse og rus ses i sammenheng
<p><i>Prioriteringsforskrift og prioriteringsveileder psykisk helsevern voksne</i> (Helsedirektoratet, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • skal bidra til at de pasientene som har størst behov for helsehjelp skal få raskt tilbud • Skal bidra til likere praksis og være en beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten
<p><i>Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse: Sammensatte tjenester – samtidig behandling (ROP-retningslinjen)</i> (Helsedirektoratet, 2012a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriver kommunenes og helseforetakenes roller og ansvar for rus- og psykisk helsearbeid, og hvordan samhandlingen mellom ulike enheter og nivåer bør skje • 93 anbefalinger om behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelse • Anbefaling om samarbeid mellom kommunal helse- og sosialtjeneste, NAV, kriminalomsorg, politi og spesialisthelsetjeneste rundt personer med ROP-lidelse og alvorlig voldsrisiko
<p>NOU 2010:3 <i>Drap i Norge i perioden 2004 – 2009.</i> (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inneholde anbefalinger vedr. personer med ROP-lidelse og voldsatferd: <ul style="list-style-type: none"> • Personer med pågående rusmiddelmissbruk og samtidig alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, og som tidligere har begått voldelige handlinger, bør få særskilt oppfølging. • Voldelig atferd bør være et prioritert tema i behandling av rusavhengige pasienter
<p><i>Nasjonale faglige råd Voldsriskoutredning ved alvorlig psykisk lidelse</i> (Helsedirektoratet, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definerer at faglig forsvarlig voldsriskoutredning består av risikovurdering og risikohåndtering • Beskriver hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre risikoutredninger • Anbefaler strukturerte kliniske verktøy for å identifisere risiko og forebygge mulige voldshandlinger

2.2.1 Kunnskapssyn i nasjonale retningslinjer

Anbefalinger i nasjonale retningslinjer bygger på kunnskapsbasert praksis. Retningslinjer inneholder anbefalinger og råd som omhandler forebygging, diagnostikk, behandling og/eller

oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012c, s.10). Grunnlag for å vurdere hva som er *faglig forsvarlig* beskrives slik:

Helsepersonell og alle deler av helse- og omsorgstjenesten er forpliktet gjennom lov til å yte forsvarlig helsehjelp, jamfør helsepersonelloven § 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer inngår som aksepterte grunnlag for vurdering av hva som er faglig forsvarlig, se blant annet Prop. 91 L. pkt. 20.5 (2010–2011) (10). Innholdet i forsvarlighetskravet vil endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. De er ikke rettslig bindende, men faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. Helsepersonell må likevel vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov (Helsedirektoratet, 2012c, s. 12).

Kunnskapssynet som ligger til grunn for de nasjonale retningslinjer påvirker anbefalingene som gis, og dermed også oppfølgingsarbeidet som skal utføres i tråd med anbefalingene. Ekeland viser til at den evidensbaserte tilnærmingen er dominerende og ledende innen behandlingsforskning, og er forankret i et objektontologisk kunnskapssyn der den fysiske verden antas å eksistere uavhengig av oss, og ikke er formbar. Medisinen, psykiatrien og diagnosetenkning bygger også på dette kunnskapssynet (Ekeland, 2021, s. 33). I kontrast til objektontologisk kunnskapssyn refererer subjektontologi til den verden av fenomen som ikke kan eksistere uavhengig av oss. Fenomenene skapes av oss gjennom vår bevissthet og fortolkning av dem (Ekeland, 2021, s. 33). Recovery som et faglig perspektiv bygger på et subjektontologisk kunnskapssyn og tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess. Recovery-perspektivet gir et alternativ perspektiv til den biomedisinske sykdomsforståelsen av psykiske problemer og behandling (Borg et al., 2013, s. 9).

3.0 Kunnskapsstatus, tidligere forskning og samarbeidsprosjekter i praksisfeltet

3.1 Personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer (Hustvedt et

al., 2020, s.15). En viktig del av kartleggingen beskriver mottakernes funksjonsnivå på åtte levekårsområder: boligsituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk (Hustvedt et al., 2020, s.15).

I 2019 omfattet den nasjonale BrukerPlan-kartleggingen av tjenestemottakere med rusproblemer 257 norske kommuner med i alt 22 404 tjenestemottakere (Hustvedt et al., 2020, s. 2). Ifølge kartleggingen ble det vurdert at 13 089 personer hadde mindre alvorlig ROP-lidelse og 5262 personer ble vurdert å ha alvorlig ROP- lidelse.

Av de kartlagte ble i underkant av 3000 personer med ROP-lidelse vurdert å ha særlig dårlige levekår og et kritisk lavt funksjonsnivå, og 75% av disse hadde alvorlig ROP-lidelse (Hustvedt et al., 2020, s. 2). Kartleggingen viste at personer som har rusproblemer er mer utsatt for vold, og utøver vold oftere enn de som har psykiske problemer. En andel på 27 % av de kartlagte opplevde vold eller trusler i hverdagen. De som hadde alvorlig ROP-lidelse var spesielt utsatt både for å bli utsatt, og for å utsette andre, for vold (Hustvedt et al., 2020, s. 31).

I Brukerplan-kartleggingen i Bergen kommune i 2019 ble det kartlagt 567 brukere med ROP-lidelse der vold og trusler var en del av brukerens problemområde. De ble enten utsatt for trusler eller vold, utsatte andre for vold eller trusler eller de ble både utsatt for- og utsatte andre for vold eller trusler. Majoriteten av disse brukerne ble totalt sett vurdert å ha svært dårlig, eller kritisk dårlig, funksjonsnivå (Wåde og Hjellum, 2019, s. 24).

I en undersøkelse av de åpne russcenene i Bergen i perioden 2014-2016 fant de at 40% av brukerne hadde blitt utsatt for vold den siste måneden (Lundeberg og Mjåland, 2017. s. 197). Mange av brukerne forklarte årsaker til vold med at gjerningspersonene var psykotisk eller psykisk ustabil, og sterkt ruspåvirket (Lundeberg og Mjåland, 2017, s. 197). At bruk av rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet, og at kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse er en sterk prediktor for vold fremheves også i helsepolitiske dokumenter (NOU 2010:3, s. 50).

3.2. Behandlingstilbud til personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd

Personer med ROP-lidelse og trussel -og voldsatferd har, med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), rett til hjelp og behandling. Dette kan være oppfølging og tjenester fra kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten i Psykisk helsevern eller i Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusavhengige. I tillegg til lovverket er det flere nasjonale retningslinjer som beskriver kommunenes og helseforetakenes roller og ansvar for rus- og psykisk helsearbeid, og hvordan samhandlingen mellom ulike enheter og nivåer bør skje – innad i kommunen, mellom kommune og psykisk helsevern og mellom kommune og TSB (Helsedirektoratet, 2012). *Pakkeforløpet for psykisk helse og rus* som ble innført i psykisk helse- og rustjenestene fra januar 2019 har som formål å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusproblemer (Helsedirektoratet, 2015).

Det anbefales at personer med pågående rusmiddelmissbruk og samtidig alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, og som tidligere har begått voldelige handlinger, bør få særskilt oppfølging. Videre anbefales det at voldelig atferd bør være et prioritert tema i behandling av rusavhengige pasienter (NOU 2010:3, s. 68).

Nasjonale faglige råd ved voldsrisiko (Helsedirektoratet, 2018) fremhever at en faglig forsvarlig voldsrisikovurdering handler både om vurdering og håndtering av risiko, og at hensikten med en grundig strukturert vurdering er å bidra til å redusere risiko gjennom forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2018, s. 3). Sentralt i denne prosessen er å identifisere de som bør prioriteres høyest med tanke på forebyggende tiltak, og innrette tiltakene mot de risikofaktorene som fremstår viktigst for personens voldsproblem. Dette er i samsvar med Risk-Need-Responsivity (RNR) modellen, som peker på de mest effektive kjerneelementene i arbeid med å redusere tilbakefall til voldskriminalitet (Andrews og Bonta, 2011, s.735). Kort handler Risk-prinsippet om viktigheten av å sette inn mest tiltak mot de med høyest risiko. Need-prinsippet handler om betydningen av å kartlegge hvilke dynamiske (potensielt foranderlige) risikofaktorer som er direkte (årsaksmessig) knyttet til volden, og om å rette tiltak spesifikt mot disse. Responsivity-prinsippet viser til viktigheten av å tilpasse formen på tiltakene til faktorer hos den enkelte som påvirker muligheten til endring, som for eksempel læringsstil og evner, såkalte responsivitetfaktorer (Andrews og Bonta, 2011, s.735).

Det er avdekket mangelfull oppmerksomhet mot voldsrisiko i flere helseforetak. I ca. en av fire poliklinikker var voldsrisiko i liten grad tematisert og det var eksempler på at rusens betydning ikke alltid var tillagt vekt i vurderinger av risikoatferd (Helsetilsynet, 2019, s.12).

Tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelse har vært preget av manglende helhet og sammenheng, og mange i målgruppen har ikke vært i stand til å ta imot hjelpen de er blitt tilbudt. Det var i 2008 anslagsvis 4000 mennesker med et stort tjenestebehov som av ulike årsaker falt utenfor hjelpeapparatet. Det er utfordringer i forhold til koordinering av tjenester overfor personer med sammensatte og langvarige behov, inkludert bruk av Individuell plan (Helsedirektoratet, 2015, s. 68). I en kunnskapsoppsummering om pasientforløp for voksne personer med ROP-lidelse vises det til at antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten er redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. På tross av dette hadde kommunene ikke styrket tilbudet tilsvarende innenfor rus- og psykiatriområdet (Riksrevisjonen, 2016, i Fredwall, 2018 s. 38).

I rapporter fra SINTEF, FAFO og Helsetilsynet fra 2019 fremkom det at ca. 25 % i gruppen med ROP-lidelse hadde alvorlige utfordringer på mange livsområder. Det er utfordrende å få til samarbeid og samordning, og det er særlig den gruppen kommunene finner det vanskelig å gi et godt tilbud. (Ose et al., 2019, s. 39; Skog Hansen et al., s. 7; Helsetilsynet, 2019, s. 10). Det fremkom også utfordringer med mangelfull utveksling av vesentlig informasjon om pasientene/brukerne, og om tjenesteytingen mellom involverte enheter (Helsetilsynet, 2019, s. 10).

Pasienter med rusutløst psykose tvangsinnlegges ofte i psykiatriske akuttavdelinger og utskrives vanligvis når den rusutløste psykosen er borte, noe som ofte innebærer mange og korte innleggelses på akuttavdelinger (NOU 2010:3, s. 63). Pasientene kan representere betydelige behandlingmessige utfordringer og noen utvikler en særskilt grenseløs og utagerende atferd under ruspåvirkning og har økt risiko for vold (NOU 2010:3, s. 63).

Det er utfordringer knyttet til behandlingstilbud for pasienter med voldsatferd, og brukernes dårlige funksjon og usikkerhet rundt den aktuelle diagnosen, kan ekskludere dem fra behandling i Tverrfaglig spesialisert behandling for rusproblemer (TSB). Dyssosial og skremmende atferd kan føre til at behandlere vegrer seg for å ta ansvar for disse pasientene

slik at de lett faller ut av hjelpetilbudet. Hovedansvaret legges gjerne til sosialtjenesten og de kommunale lavterskeltilbudene der brukerne sprer frykt i sine omgivelser med kaotisk og truende atferd (NOU 2010:3, s.63).

Informasjonsutveksling og taushetsplikt er et gjentakende tema i samarbeid mellom helsevesenet og politiet. Praksisfeltet rapporterer at taushetsplikt er til hinder for nødvendig samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivåer, og det vises til mangel på systematiske studier av hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes innen og mellom samarbeidende etater (NOU 2010:3, s. 70).

I en litteraturgjennomgang som beskrev brukeres erfaring med behandling i psykisk helsetjeneste fremkom det at brukerne vektlegger autonomi og valgmuligheter i behandlingen (Pettersen og Lofthus, 2018, s.116).

Partnerskap og god relasjon til behandler var grunnleggende, og bekrefter annen forskning som viser at relasjonen til behandleren er viktigere enn hvilken behandlingsform som benyttes (Middelton, et al, 2011 i Pettersen og Lofthus, 2018, s. 120). Brukerne foretrakk å motta akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten og langvarig hjelp mer lokalbasert. Det var viktig å bli møtt med verdighet og oppleve konfidensialitet og tilgjengelig personale som hadde tid. Det fremkom at brukere ofte ser stor nytte av institusjonsbehandling – versus kortere opphold. Brukerne meldte behov for psykiske helsetjenester som i større grad kan dra nytte av brukernes erfaringer og innsikt; ansatte med brukererfaring, brukerstyrte innleggelse og kontinuitet og sammenheng mellom tjenestenivå (Pettersen og Lofthus, 2018, s.121).

Det er gjort svært få nasjonale studier av tvangsbestemmelsene for rusavhengige (Lundeberg og Mjåland, 2014, s. 221; NOU 2019: 14, s. 143). Både nasjonalt og lokalt er det svært få tvangssaker der rusavhengige, med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, tilbakeholdes i TSB. Årlig er det mellom 100 og 150 saker, og kommunene fikk i 2018 medhold i 97% av sakene. En betydelig andel av de personene tvangssakene retter seg mot samtykker til innleggelsen når saken behandles i fylkesnemnda (NOU 2019:14, s. 236).

Helsedirektoratets rapport *Tvang i psykisk helsevern – status etter lovendringen i 2017* oppsummerer status på utviklingstrekk innen bruk av tvang i psykisk helsevern fra 2014 –

2018. Mulige effekter etter lovendringene i 2017 var særlig fokus (Helsedirektoratet, 2020). Fra 2016 til 2018 var det samlet en liten økning i antall innleggelser under vedtak om tvungent psykisk helsevern og en økning i innleggelser med begrunnelse i farevilkåret (Helsedirektoratet, 2020, s. 6). Redusert varighet av tvungent psykisk helsevern vurderes å kunne være en effekt av lovendringen i 2017. Omfanget av henvisninger og etableringer av psykisk helsevern var uendret fra 2016 til 2018, noe som indikerer at det ikke er økt terskel for tvungent psykisk helsevern etter lovendringen i 2017. Samtidig kan vedtaksplikt for pasienter som ikke er samtykkekompetente, men ikke motsetter seg vern, øke volumet på registrerte tvangsvedtak og motvirke effekten av strengere vilkår for tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2020, s. 6). Det oppsummeres redusert varighet av tvungent vern og analysene viser både nedgang i bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og færre døgn under tvungent vern for de lengste tvungne døgnoppholdene (Helsedirektoratet, 2020, s. 6).

3.3 Samarbeidsprosjekter i praksisfeltet

Det er publisert få internasjonale studier som viser resultater av systematisk samarbeid mellom helsevesen og andre myndigheter som politi, men det er etablert slike samarbeid både i Canada, USA, Australia, Nederland og Danmark (Sestoft et al., 2014, s.372). Et samarbeid og nettverk mellom politi, sosialtjeneste og psykisk helsevesen i Rotterdam viste at pasienter med kroniske psykiatriske problemer fikk mer kontakt med akuttpsykiatriske tilbud og at nettverkets samarbeid bidro til å forebygge ufrivillige innleggelser (Wierdsma et al., 2006, s. 613).

Her presenteres erfaringer fra PSP-samarbeidet i Danmark og MAS- prosjektet. Prosjektet «Sent ute» i Bergen kommune pågår, og det presenteres her noen oppsummerte erfaringer etter to års drift.

3.3.1 PSP-samarbeidet i Danmark

En modell for tverrsektorielt samarbeid mellom politi, sosialforvaltningen og psykiatri (PSP) ble etablert for første gang i Frederiksberg Kommune i Danmark i 2004/2005 og ble fra 2009 etablert i hele landet (Vitus og Kjær, 2009, s.7). Formålet med PSP-samarbeidet er å koordinere innsatsen fra politi, sosiale myndigheter og psykiatri overfor sosialt

vanskeligstilte, å forebygge kriminalitet og sikre at innbyggere som faller mellom alle disse instansene får best mulig hjelp. Målgruppen for samarbeidet beskrives å ha samtidige problemer, truende oppførsel og å kunne utsette seg selv eller andre for fare. Mange personer erkjenner ikke egen sykdom eller sosiale situasjon og kan være «usynlige» og stå i fare for å kunne "gå til grunne" (Vedelsby, 2009, s. 3). Målet er å bedre koordinering, informasjons- og erfaringsutveksling mellom instansene (Vedelsby, 2009, s. 3). Samarbeidet utføres både på et politisk strategisk nivå og et operativt nivå. Det er på det operative nivået det primære og praktiske PSP-samarbeidet foregår «Frontline-ansatte» har direkte kontakt med brukere og konkrete brukersaker drøftes. (Vedelsby, 2009, s. 4).

Evaluering viser at PSP-samarbeidet synliggjør en utsatt gruppes problemer og mobiliserer myndighetene til tidligere og mer vedlikeholdende innsats. Styrket innsats forebygger også kriminalitet (Sestoft et al., 2014, s. 373). Koordinering av informasjon danner et samarbeid rundt utsatte personer og fanger opp personer som ellers har risiko for å falle mellom instansene. Samarbeidet gir tverrfaglig kompetanseutvikling, gjensidig respekt for hverandres arbeid og felles ansvarsfølelse for innbyggerne. Samarbeidet medvirker også til en «vakhund»-funksjon der systemfeil påpekes (Sestoft et al., 2014, s. 373).

I det første PSP-samarbeidet i Frederiksberg kommune ble uklare lovgivningsmessige rammer rundt utveksling av opplysninger identifisert som et hinder for samarbeidet. Praxis rundt taushetsplikt var gjenstand for stor diskusjon i samarbeidet (Vitus og Kjær, 2009, s. 10). I 2009 ble det gjort en lovendring i retsplejeloven (2009) som medførte at instansene i regi av PSP -samarbeidet kan dele informasjon uten hinder av taushetsplikten og uten å innhente samtykke fra personen det gjelder (Vitus og Kjær, 2009, s. 91.) Opplysninger må imidlertid ikke videreformidles med henblikk på etterforskning av straffesaker (retsplejeloven, § 115, Stk. 2, 2009 i Vitus og Kjær, 2009, s. 91).

I evalueringen av PSP-samarbeidet ble lovendringen i retsplejeloven vurdert å være avgjørende for effektiviteten i samarbeidet, og at den ga økte muligheter og større fleksibilitet til å gripe inn i spesielt problematiske situasjoner. Grensene for hvilken informasjon som vurderes relevant for PSP-samarbeidet, og hvem som «eier» informasjon, ble diskutert. Det ble oppsummert at lovendringen stiller høye krav til at deltakerne i

samarbeidet opprettholder en streng disiplin rundt etikk, og det fordrer at deltakerne i samarbeidet har tillit til hverandre (Sestoft et al., 2014, s. 375).

Det har blitt påpekt at PSP-samarbeidet kan true innbyggernes rettssikkerhet i forhold til myndighetenes inngripen og utgjøre risiko for maktmisbruk (Vitus og Kjær, 2009, s. 8). Samarbeidet befinner seg i spenningsfeltet mellom å gi bedre hjelp til innbyggerne og sosial kontroll fra myndighetenes side. Dette står også i skarp kontrast til tendensen i det offentlige behandlingssystem der innbyggerne i økende grad involveres som aktivt medbestemmende aktører (Vitus og Kjær, 2009, s. 8).

3.3.2 Mellom alle stoler (MAS)

Pilotprosjektet MAS ble gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet i Oslo, Trondheim og Bergen i perioden 2014 – 2016. Inklusjonskriteriene for deltakelse i prosjektet var strafferettslig utilregnelighet eller tvil om utilregnelighet. Kriminalitet som vinningslovbrudd, skadeverk og narkotika skulle være av en slik karakter eller omfang at en reaksjon var «nødvendig» av hensyn til samfunnsvern (SIFER, 2016, s.7).

I Bergen ble prosjektet forankret i divisjon Psykisk helsevern i Helse Bergen, i Hordaland politidistrikt og Bergen kommune, og ledet av SIFER. Brukergruppen hadde alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og flere av kandidatene var bostedsløse. (SIFER, 2016, s. 7). Målsettingen var å utvikle arbeidsmåter og få kunnskap om tiltak som kan forebygge nye kriminelle handlinger og bedre personenes psykiske helse.

Fem kategorier av virkemidler ble brukt i prosjektet: Økt bruk av rettspsykiatrisk undersøkelse, tiltale med påstand om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, økt bruk av begjæring om tvungent psykisk helsevern og økt samhandling mellom politi og helsetjenesten.

Resultatene fra prosjektet viste nedgang i kriminalitet i alle byene og det var en klar nedgang der kandidatene fikk oppfølging fra psykisk helsevern (SIFER, 2016 s. 8). Det ble vurdert at flere kandidater fikk bedre oppfølging fra helsetjenesten grunnet samarbeid mellom politi og helsevesen. Utfordringer i prosjektet var blant annet reglene om taushetsplikt som noen

ganger var til hinder for et tettere samarbeid. Anbefalinger fra prosjektet var blant annet å videreføre arbeidsmetoden med særskilte påtalejurister og etterforskere som følger opp kandidatene i tett samarbeid med helsetjenesten, fortsette økt bruk av rettspsykiatriske undersøkelser og begjæring av tvungent psykisk helsevern, samt fortsette samhandling mellom politi og helse, herunder faste samarbeidsmøter, undervisning og etablering av egne psykiatrigrupper i politidistriktene (SIFER, 2016, s. 12).

3.3.3 Prosjektet «Sent ute»

Høsten 2018 startet Bergen kommune prosjektet «Sent ute» som en del av «Handlingsplan mot åpne russcener» (Bergen kommune, 2019, s.14). Målgruppen er personer med rus- eller ROP-lidelse med trussel- og voldsatferd som det knyttes stor bekymring til. De oppholder seg på de åpne russcenene og er godt kjent i kommunen, i spesialisthelsetjenesten og hos politiet. I prosjektet er det mål å finne gode verktøy for økt samarbeid og samordnete tjenester. Brukerne må samtykke til deltakelse, og strategiene skal være tilpasset brukerne og krever smidighet i forvaltningen av tjenestene. Spesialisthelsetjenesten innen rus- og psykisk helsevern, politiet og Bergen kommune deltar i prosjektets referansegruppe, og en prosjektkoordinator drifter prosjektet og koordinerer samarbeid og oppfølging av brukerne på systemnivå (Bergen kommune, 2020, s. 34).

I notat som oppsummerer noen av erfaringene etter to års drift, vises det til at det er mangelfullt og fragmentert tilbud til brukerne både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (Bergen kommune, 2021, s. 5). Det finnes ikke behandlingsplasser i TSB som er tilpasset brukerne med høy grad av psykiatriske symptomer, omfattende rusproblematikk og voldshistorikk. I Psykisk helsevern gis disse pasientene ofte en kortvarig akutt innleggelse og utskrives med diagnosen «rusutløst psykose». Det er stor mangel på adekvate og differensierte botilbud til brukerne i kommunen. Mange av brukerne er bostedsløse og voldsproblematikk gjør bosituasjonen ekstra utfordrende. Informasjonsflyt og samarbeid mellom instansene er utfordrende. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever det svært utfordrende å gi tjenester og behandling til brukerne, og ivaretagelse av ansattes sikkerhet er særdeles krevende å håndtere (Bergen kommune, 2021, s.1).

Det vurderes å være behov for en *forsterket koordinatorrolle* og ytterligere utstrakt samarbeid mellom involverte etater og instanser. Det er diskusjoner og uenighet mellom TSB og Psykiatrisk klinikk om hvem som skal «eie» og koordinere ROP-forløpet rundt brukeren og ha rollen som koordinator i *Pakkeforløpet for psykisk helse og rus* medfører forsinkelser i pasientforløpet (Bergen kommune, 2021, s. 3).

Prosjektets referansegruppe oppsummerer at det, mellom Psykiatrisk klinikk, kommunen og TSB, er store forskjeller i vurderinger og ulik forståelse av ROP-pasienters komplekse og sammensatte sykdomsbilde. Dette fører ofte til samarbeidsproblemer og uenighet mellom instansene; Kommunen og TSB ser og møter brukeren utenfor institusjon med pågående rusmiddelbruk, i høy stimuli miljø og uten rammer der brukeren i stor grad oppleves som grenseløs, psykotisk og farlig med en truende og voldelig atferd. Psykiatrisk klinikk møter pasienten innlagt i institusjon, uten ruspåvirkning, i et lavstimuli miljø, ofte medisinerert og med strenge rammer for atferd og kontroll (Bergen kommune, 2021, s.1). Kommunen og TSB opplever at Psykiatrisk klinikk tilnærming til samarbeidet er preget av «akuttpsykiatri» og fokus på å få pasienten videre i «systemet». Det er en opplevelse av at Psykiatrisk klinikk i redusert grad benytter adgangen til å bruke tvang, og at det som hovedsakelig avgjør bruk av tvang er manglende samtykkekompetanse. Farlighetskriteriet i psykisk helsevernlov ser ut til å bli benyttet i liten grad, og med ulik forståelse av adgangen til dette (Bergen kommune, 2021, s. 2).

Prosjektets ressursgruppe ser verdien av å inkludere politiet i samarbeidet rundt brukerne. I prosjektet har politiet deltatt i samarbeidsmøter rundt enkeltpersoner og erfaringen er at politiets observasjoner og vurderinger av brukeren er verdifulle bidrag i samarbeidet. Hverken i tjenestene i kommunen eller spesialisthelsetjenesten er det i dag praksis, tradisjon eller kultur for å inkludere politiet i samarbeidet. Årsakene kan være antakelse om at brukerne vegrer seg for å samtykke til slikt samarbeid. Erfaringen i prosjektet er imidlertid at kun noen få brukere ikke har villet samtykke til deltakelse (Bergen kommune, 2021, s. 2).

3.4 Oppsummering av kunnskapsstatus og kunnskapsgap

Med bakgrunn i presentert forskning og kunnskap, helsepolitiske dokumenter og erfaringer fra samhandlingsprosjekter i praksisfeltet kan det oppsummeres at personer med ROP-

lidelse har stort hjelpebehov og det er utfordrende for hjelpeapparatet å tilby samordnete og koordinerte tjenester (Ose et al, 2019; Skog Hansen et al., 2019 og Helsetilsynet, 2019). Trussel- og voldsatferd ser ut til å gi økt utfordring ved at atferden utgjør en sikkerhetsrisiko for ansatte, og det er utfordrende for spesialisthelsetjenesten og kommunene å gi helsehjelp og tjenester til brukerne (NOU 2010:3, s. 50; Helsedirektoratet, 2012a, s.49; Bergen kommune, 2021, s.1).

Endringen i psykisk helsevernloven i 2017 er ikke endelig evaluert, og forslaget om ny felles tvangsbegrensningslov vil medføre store endringer på psykisk helse- og rusfeltet dersom den blir vedtatt (Helsedirektoratet, 2020; NOU 2019:14).

Bortsett fra noen få samhandlingsprosjekter internasjonalt, og ett nasjonalt prosjekt, der brukerne har ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd, er det svært få dokumenterte erfaringer knyttet til formalisert samarbeid rundt brukerne mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og politi. Utover en generell anbefaling om samarbeid mellom disse instansene, er helsehjelp til personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd, og håndtering av voldsrisiko, i liten grad beskrevet i helsepolitiske dokumenter.

Ut fra dette vurderes det som relevant å utforske hvilke erfaringer helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og politi har i direkte møter og oppfølgingsarbeid med brukerne, og hvordan de opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingsarbeidet.

4.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet redegjøres det først for begrepet autonomi. Deretter presenteres «De fire prinsippers etikk» (Beauchamp og Childress, 2013) som et etisk rammeverk for hjelpernes handlingsvalg.

Begrepet *autonomi* er sentralt i helsepolitiske føringer når det gjelder pasienters selvbestemmelse, og er også relevant i en klinisk kontekst ved at hjelpenes grad av kliniske autonomi påvirkes av helsepolitiske rammebetingelser.

Begrepet autonomi redegjøres utfra en tradisjonell forståelse med utgangspunkt i plikтетikken og Immanuel Kants moralteori. Deretter presenteres en alternativ forståelse av begrepet autonomi - *relasjonell autonomi*, som springer utfra en kritikk av den tradisjonelle forståelsen (Solberg, 2020, s. 51; Verkerk, 2001, s.289, Mackenzie og Stolja, 2000 i Heggstad, 2016, s. 384). Begge begrepsforståelsene vurderes relevante når det gjelder pasienters selvbestemmelse og autonomi. Begrepet klinisk autonomi beskrives hovedsakelig med utgangspunkt i Ekelands omtaler og beskrivelser av begrepet.

4.1 Begrepet autonomi i tradisjonell betydning

Autonomi betyr selvstyre (Sagdahl, 2019).

Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) regnes som plikтетikkens far, og i plikтетiske teorier fremheves betydningen av plikter og handlingsregler. Plikтетikk er en moralteori der de etiske prinsippene bak handlingen er avgjørende for om handlingen er moralsk riktig, ikke bare konsekvensene og resultatet av handlingen (Pedersen og Nordtvedt, 2017, s.24).

Kant vektla menneskets frihet til å velge og et moralsk ansvar for valg og handlinger. Han fremhevet også menneskets ubetingede og absolutte moralske verdi der menneskeverdet er det samme for alle, uavhengig av helse og sykdom (Pedersen og Nordtvedt, 2017, s.24). I

Grunnlegging til moralens metafysikk fra 1785 skrev han:

Et fornuftig vesen må alltid betrakte seg som lovgivende i et formålenes rike muliggjort gjennom viljens frihet, - om det nu er som medlem eller overhode. Men stillingen som overhode kan det ikke innta bare i kraft av sin viljes maksime, men kun når det er et fullstendig uavhengig vesen uten behov eller innskrenkninger av sine evner slik at dets evner er helt i samsvar med dets vilje (Kant, I., 1785/1997 s. 46).

Kant brukte autonomi om viljen, når den bestemmes av fornuftens morallov, og Kants

Autonomiprinsipp lød som følger:

Aldri å velge på annen måte enn slik at maksimene for ens valg også inngår i den samme vilje sakt som almen lov (Kant, I., 1785/1997 s. 52).

For Kant rommer begrepet autonomi selve essensen av det menneskelige. Autonomi er altså grunnen til den verdighet den menneskelige og enhver fornuftig natur har. Med vår fornuft kan menneske finne ut av rett og galt i livet (Kant, I., 1785/1997 s. 48).

Innen medisin betyr autonomi frihet til å treffe valg av betydning for eget liv og helse. Denne selvbestemmelsesretten betegnes også som pasientautonomi (Sagdahl, 2019). I følge Solberg står det etiske idealet om pasientautonomi og brukermedvirkning sterkt i norsk helsevesen, og gjennomsyrrer det juridiske og etiske rammeverket rundt helsetjenesten (Solberg, 2020, s.46). «Ingen beslutninger om meg uten meg» er motto for helsetjenesten (Meld St.34 (2015-2016), s.3).

4.2 Relasjonell autonomi som alternativ til det tradisjonelle autonomibegrepet

En kritikk av det tradisjonelle autonomibegrepet er at det er for individualistisk, og innenfor omsorgsetikken er det utviklet en alternativ forståelse av autonomi der begrepet *relasjonell autonomi* fokuserer på at vi i utgangspunktet er avhengige og sårbare mennesker (Solberg, 2020, s. 51; Verkerk, 2001, s.289, Mackenzie og Stolja, 2000 i Heggstad, 2016, s. 384).

Ifølge omsorgsetikeren Verkerk legges det i idealet om autonomi til grunn en selvtilstrekkelighet og uavhengighet av andre, og andre viktige verdier i helsetjenesten som omsorg, tillit og ansvar plasseres i skyggen av autonomi-idealet. Det underslås at autonomi som kompetanse utvikles i relasjoner (Verkerk, 2001, s. 291).

Autonomi betraktes som moralsk kapasitet til å ta egne valg, og omsorgsetikere etterspør et autonomibegrep som ikke defineres i motsetning til relasjoner av avhengighet og tilknytning (Verkerk, 2001, s. 291). Omsorgsetikerne vektlegger viktigheten av å ha forhold til andre for å se seg selv som autonom. Kritikken innebærer ikke en avvisning av forestillingen om autonomi, men autonomi betraktes som en moralsk kompetanse som er rekonseptualisert og definert i forhold til andre (Verkerk, 2001, s. 291).

4.3 Autonomi i klinisk kontekst – klinisk autonomi

Begrepet *klinisk* brukes i dag om det som har med pasientbehandling og praktisk medisin å gjøre (Malt, 2020). Ekeland skiller mellom profesjonsautonomi og klinisk autonomi der profesjonsautonomi gjelder profesjonens forhold til samfunnet og klinisk autonomi som

gjelder relasjonen til pasienten (Ekeland, 2011, s. 3). Autonomi refererer i en klinisk kontekst til den profesjonelle hjelperens faglige og kliniske handlingsrom, og mulighet til å velge metodikk, behandlingsform og tidsrammer med utgangspunkt i pasientens tilstand (Utvåg et al., 2014, s. 2). Begrepet *klinisk* vurderes relevant for studien som beskrivelse av helse- og sosialarbeidernes- og medarbeidere med brukererfarings profesjonelles handlingsrom i oppfølgings- og relasjonsarbeidet med brukerne/pasientene.

Den kliniske autonomien og profesjonsutøveres handlingsrom til å utøve faglig skjønn kan begrenses av lovverk, forskrifter, økonomiske, administrative og institusjonelle rammer og av faglige og etiske retningslinjer innen profesjonene (Ekeland, 2011, s. 3; Bringedal og Carlsen, 2018, s. 166). Helsereformer, faglige retningslinjer og anbefalinger er virkemidler både for beslutningsstøtte i arbeidet og for å styre klinisk praksis (Bringedal og Carlsen, 2018, s. 166). For å kunne fatte beslutninger må man bruke dømmekraft og i enhver handlingssituasjon i praksis må profesjonelle foreta skjønnsbaserte beslutninger. Disse beslutningene vil også stå i et forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra (Ekeland, 2004, s. 3).

Ekeland fremhever at klinisk autonomi er knyttet til relasjonen mellom en profesjonell hjelper og en pasient, og at dette er et sentralt kjennetegn ved den kliniske logikken (Ekeland, 2011, s. 3). Ekeland hevder at dersom den kliniske autonomien svekkes for mye, så svekkes også grunnlaget for den kliniske logikken. En pasient i rollen som subjekt og aktør, og med rett til medbestemmelse, forutsetter en hjelper som har tilstrekkelig autonomi til å imøtekomme dette. På denne måten er klinisk autonomi en forutsetning for pasientens autonomi (Ekeland, 2011, s. 4; Ekeland, 2004, s. 7).

I en rapport fra en delstudie om erfaringskonsulenters opplevelse av sin arbeidssituasjon formidlet flere at rollen som erfaringskonsulent enda er uklar, og at det er ulike forventninger og forståelser knyttet til hvordan en erfaringskonsulent skal arbeide (Åkerblom et al., 2020, s.21). Flexibilitet i tjenestene og frihet til å utforme egen stilling ble fremhevet som positivt og mange erfaringskonsulenter påpekte sammenhengen mellom frihet i rollen og mulighet til å kunne få bruke og utnytte egne erfaringer (Åkerblom et al., 2020, s. 35).

4.4 Etske teorier

I all helsehjelp og i alle hjelperelasjoner er etisk teori relevant. Oppfølging av personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd kan være utfordrende og gi etiske dilemma. Etske teorier er systematiske redegjørelser for det gode og rette, og skal kunne vise hva som er gyldige eller uholdbare begrunnelser og argumenter når en vurderer hva en bør gjøre i møte med et etisk dilemma (Pedersen og Nordtvedt, 2017, s. 24). Etske teorier kan være til hjelp i analyse av klinisk-etske dilemma. «De fire prinsippers etikk» (Beauchamp og Childress, 2013) presenteres som et etisk rammeverk for hjelpernes handlingsvalg.

4.4.1 «De fire prinsippers etikk»

I «De fire prinsippers etikk» skisseres et helhetlig rammeverk for etisk bedømmelse i helsetjenesten (Beauchamp og Childress, 2013). Følgende fire prinsipper er sentrale: *Velgjørenhetsprinsippet* som tilsier at en bør velge den behandlingen eller tilnærmingen som antas å være pasientens beste og alle former for handling der intensjonen er at det er til nytte for pasienten (Beauchamp og Childress, 2013, s. 203). *Ikke skade-prinsippet* forplikter en til å avstå fra å forårsake skade hos pasienten og *rettferdighetsprinsippet* som handler om at det bør gis like gode helsetilbud til pasienter som i utgangspunktet har samme sykdomstilstand (Beauchamp og Childress, 2013, s. 249). Det fjerde prinsippet *respekt for pasientens autonomi* innebærer å anerkjenne pasientenes synspunkt, valg og handlinger basert på deres verdier og tro. Dette innebærer respektfull handling og ikke kun en respektfull holdning. Det innebærer mer enn ikke å blande seg inn i andres liv. Det innebærer også å bygge opp eller opprettholde pasientens mulighet til å ta autonome valg samtidig som man hjelper til med å dempe andre forhold som kan ødelegge for en autonom handling (Beauchamp og Childress, 2013, s. 107).

De fire prinsippene utgjør ikke en generell etisk teori, men et rammeverk for å gjøre vurderinger i helsetjenesten. Prinsippene må veies og balanseres mot hverandre slik at de kan fungere i spesielle omstendigheter. Balansering er prosessen med å finne argument for å styrke troen på hvilke moralske normer som skal gjelde (Beauchamp og Childress, 2013, s. 20).

5.0 Metode

I dette kapittelet redegjør jeg for fremgangsmåten i studien. Begrunnelse for, og refleksjoner rundt, valg jeg gjorde underveis presenteres og diskuteres i kapittel 7.

5.1 Forskningsdesign

I arbeidet med studien har jeg hatt en induktiv tilnærming der det primære har vært å samle inn empiriske data utfra forskningsspørsmålet.

Ut fra forskningsspørsmålet valgte jeg å benytte kvalitativ forskningsmetode og innhentet data gjennom fokusgruppeintervju. I kvalitativ metode er målet er å forstå og utforske mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Jeg benyttet et fenomenologisk hermeneutisk forskningsdesign som bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning (Malterud, 2012, s. 19). Fenomenologi har røtter fra både filosofi og psykologi og fokuserer på mening og menneskers levde erfaringer. Hermeneutikken bruker livserfaringer som redskap for bedre forståelse av sosial, kulturell, politisk eller historisk kontekst der erfaringer oppstår (Polit and Beck, 2017, s. 465).

Målet med fortolkende fenomenologiske undersøkelser er å utforske andres erfaringer og forståelser, og fokusere på fortolkning av meningen med erfaring heller enn kun å beskrive dem (Polit og Beck, 2017, s. 486).

5.2 Rekrutering av deltakere

I et fenomenologisk studiedesign er utvalget ofte lite, men alle deltakerne må ha erfaring med fenomenet som undersøkes og være i stand til å uttrykke disse erfaringene. Det er også ønskelig å utforske mangfold i erfaringer (Polit og Beck, 2017, s. 499).

I et strategisk utvalg prioriteres informasjonssterke deltakere som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2012, s. 42). Et godt strategisk utvalg av deltakere og gruppesammensetningen kan styrke validiteten av de empiriske dataene, og både homogenitet og variasjon er viktig å ta hensyn til når grupper skal settes sammen (Malterud, 2012, s. 44). Homogenitet vil styrke gruppedynamikken ved at deltakerne lettere kan gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer slik at assosiasjonseffekten øker og det blir mindre motsetninger i samhandlingen. Samtidig må homogenitet balanseres mot

variasjon mellom samtlige deltakere da det er mangfoldet i erfaringer som kan skape nyanser i de empiriske dataene og som gjør det mulig å utvikle nye og relevante beskrivelser av det som studeres (Malterud, 2012, s. 44).

Ut fra forskningsspørsmålet i studien ble fokusgruppeintervju vurdert som hensiktsmessig metode for innsamling av data. I fokusgruppeintervju er en gruppe deltakere samlet for en diskusjon, og en fordel med denne metoden er at en får tak i synspunktene til mange personer på kort tid (Polit og Beck, 2017, s. 511). I denne studien ble det rekruttert deltakere til tre forskjellige fokusgrupper; helse- og sosialarbeidere og medarbeidere med brukererfaring ansatt i kommune og spesialisthelsetjeneste, og ansatte i politiet. Det ble rekruttert deltakere fra to forskjellige byer på vestlandet.

For at det skal kunne kalles en fokusgruppe må samtalen kjennetegnes av uttalt interaksjon mellom deltakerne. Det er ingen absolutte regler rundt minimums- eller maksimumsantall i fokusgrupper, men det anbefales vanligvis fra fem til åtte deltakere (Malterud, 2012, s. 40). I utgangspunktet planla jeg et antall på mellom fem og åtte deltakere. Resultatet ble seks deltakere i hver fokusgruppe, et antall som kan være passelig med tanke på aktiv deltakelse og god samhandling mellom deltakerne. For moderator er det et overkommelig antall deltakere å skulle lede (Malterud, 2012, s. 40).

Jeg kontaktet først sentrale kontaktpersoner som kunne tenkes å ha en portvaktfunksjon inn mot psykisk helse- og rusfeltet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rekruttering av medarbeider med helse- og sosialfaglig bakgrunn og brukererfaring ble godkjent og forankret i den aktuelle kommunens overordnede administrasjon. Deretter kontaktet jeg ledere for aktuelle instanser og avdelinger i spesialisthelsetjenesten som anbefalte aktuelle deltakere. Etter hvert rekrutterte jeg deltakere gjennom snøballrekruttering der jeg kontaktet aktuelle deltakere etter forslag fra ansatte i de ulike instansene (Malterud, 2012, s. 52). Informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakelse ble sendt i etterkant av første kontakt på telefon. Rekruttering av deltakere fra politiet ble gjennomført og forankret i Vest politidistrikt.

5.2.1 Utvalgskriterier og deltakelse

Det ble utarbeidet utvalgskriterier med både inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Eksklusjonskriteriet for alle tre gruppene var manglende erfaring fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd. Felles inklusjonskriterier for alle tre fokusgruppene var kvinner og menn i alderen 25- 60 år og å ha direkte kontakt med personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd.

Deltakerne i fokusgruppen med *helse- og sosialarbeidere* i kommunen og spesialisthelsetjenesten måtte ha bachelor i helse- og sosialfag og minimum tre års erfaring fra oppfølgingsarbeid med brukerne. Deltakerne måtte jobbe med individuell oppfølging eller rehabilitering i helse- eller sosialtjenesten i kommunen, i Psykisk helsevern eller Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. De måtte også ha erfaring fra samhandling og samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet og ha kjennskap til og/eller forvalte aktuelt tvangslovverk på rusfeltet og i psykisk helsevern.

Deltakerne i fokusgruppen med *medarbeidere med brukererfaring* innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten måtte ha egen erfaring med psykiske problemer og/eller rusproblematikk. Deltakerne kunne være erfaringskonsulent, medarbeider med brukererfaring eller ansatt i andre stillinger der brukererfaring er etterspurt kompetanse. Deltakerne måtte ha minimum ett års erfaring etter ansettelse, erfaring fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd, og ha erfaring fra samhandling og samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet. De burde ha noe kjennskap til aktuelt tvangslovverk på rusfeltet og i psykisk helsevern.

Deltakerne i fokusgruppe med *ansatte i politiet* måtte ha minimum to års erfaring fra arbeid med personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd, og ha noe erfaring fra samhandling med andre instanser i hjelpeapparatet.

I tabell 3 på side 39 gis en oversikt over deltakerne i fokusgruppeintervjuene.

Tabell 3: Deltakere i fokusgruppeintervjuene

Helse- og sosialarbeidere i kommunen og spesialisthelsetjenesten	Medarbeidere med brukererfaring i kommunen og spesialisthelsetjenesten	Ansatte i politiet
seks kvinner med bachelor i helse- og sosialfag	to kvinner og fire menn som alle hadde egen erfaring med psykiske problemer og/eller rusproblematikk	seks menn
tre av deltakerne jobbet i spesialisthelsetjenesten; to ansatt i TSB og en fra Psykisk helsevern i spesialisthelsetjeneste.	tre av deltakerne jobbet i spesialisthelsetjenesten; En erfaringskonsulent i TSB og to jobbet med behandling i TSB	
tre ansatte i kommunen derav en i et ambulant og oppsøkende behandlingsteam og to i helse- og sosialtjenesten.	tre ansatte i kommunen, en i et ambulant- og oppsøkende behandlingsteam, og to i booppfølgingstjeneste.	fem av de ansatte jobbet i forebyggende avsnitt og en var ansatt i patrulje
alle hadde direkte brukerkontakt og flere års erfaring fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd	alle hadde direkte brukerkontakt og mer enn ett års erfaring etter ansettelse fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd	alle hadde direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd gjennom arbeid med patrulje- eller forebyggende arbeid. Fire hadde erfaring fra arbeid særlig rettet mot åpne russcener

Alle de 18 deltakerne hadde norsk etnisk bakgrunn.

5.3 Datainnsamling

Malterud viser til at fokusgruppeintervju er en relevant forskningsmetode når vi vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. I fokusgruppeintervju brukes gruppedynamikken til å skape fortellinger og kvalitative data. (Malterud, 2012, s. 22). Formålet er å åpne noen nye dører til et felt som er relativt ukjent slik at det kan utvikles nye problemstillinger som egner seg for videre fordypning (Malterud, 2012, s. 20). Forskingsintervjuet kan ligne på en hverdagslig samtale, men kjennetegnes av struktur og systematikk, og det som skiller fokusgruppeintervjuer fra individualintervjuer er muligheten for samhandling mellom deltakerne (Malterud, 2012, s.72).

I eksplorerende studie er det fordelaktig at intervjuet ikke struktureres for mye og åpner opp for kunnskap fra deltakernes livsverden. Samtidig bør spørsmålene være spesifikke slik at det

i svarene også kommer frem noe som faktisk er opplevd (Kvale, 1996 i Malterud, 2017, s. 134). I fokusgruppeintervjuene benyttet jeg en semistrukturert intervjuguide med konkret spørsmålsformulering, men som likevel ga rom for at deltakerne kunne snakke om det de var opptatt av (Malterud, 2012, s. 33). Jeg benyttet åpne spørsmål der fokuset var å få frem deltakernes erfaringer og opplevelser. Jeg spurte om deltakerne kunne gi eksempler på det de delte. Dette kalles «Critical incident technique» og inviterer deltakerne til å fortelle om konkrete hendelser knyttet til bestemt sak (Flanagen, 1954, Bradley, 1992 i Malterud, 2017, s. 134).

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med hovedveileder og biveileder og bestod av fem hovedspørsmål der det innledningsvis ble stilt spørsmål om hvilke helsepolitiske føringer som styrer den daglige oppfølgingen av brukerne. Helsepolitiske rammebetingelser inkluderer også helsepolitiske føringer, men er et videre begrep. Begrepet føringer ble vurdert å være mer konkret som et innledende spørsmål i intervjuet.

Det andre spørsmålet handlet om hvilke dilemmaer deltakerne opplever i møte med brukerne når de skal følge gjeldende helsepolitiske rammebetingelser for oppfølgingsarbeidet. De to neste spørsmålene handlet om deltakernes erfaringer med tvangslovgivningen innen psykisk helse- og rusfeltet, og endringene som skjer på dette området. Det femte spørsmålet var hvordan deltakerne samarbeider med politiet/helsevesenet. Avslutningsvis åpnet jeg for kommentarer fra deltakerne og spurte om det var noe de hadde tenkt vi skulle snakke om, men som vi ikke hadde snakket om. Til slutt spurte jeg hvordan deltakerne hadde opplevd intervjusituasjonen.

5.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

De tre fokusgruppeintervjuene varte i ca. 90 minutter hver og ble tatt opp på lydopptaker. Lydfilene ble umiddelbart etterpå overført og lagret som en kryptert lydfil på egen pc, i henhold til retningslinjer fra Høgskolen på Vestlandet om lagring på privat enhet. Lydfilen ble deretter slettet fra lydopptakeren.

I fokusgruppeintervju skal moderator følge med på gruppedynamikken, sørge for at deltakerne kommer til orde og ha en mer styrende rollen enn i individuelle intervju (Malterud, 2017, s. 139). Som moderator ledet jeg samtalen utfra intervjuguiden og var

bevisst på at tiden ble brukt hensiktsmessig i forhold til forskningsspørsmålet (Malterud, 2012, s. 65). Jeg formidlet til deltakerne at jeg kom til å styre samtalen inn mot forskningsspørsmålet hvis samtalen avsporet mye. Jeg prøvde i størst mulig grad innta en «ikke-vitende posisjon» (Anderson og Goolishan i Gergen og McNamee, 1992, s. 26) der jeg i stor grad lot samtalen gå fritt og lot det være stille om det oppstod pauser. Om noe var uklart sjekket jeg ut om jeg hadde forstått det deltakerne fortalte på riktig måte, eller ba deltakerne om å gi eksempler.

I alle tre fokusgruppeintervjuene benyttet jeg sekretær. Sekretæren hadde en anonym rolle under intervjuene, men laget et system som sikret at alle utsagn kunne knyttes til hver enkelt deltaker i etterkant. Sekretæren hadde også som oppgave å følge med på hva som foregikk i gruppediskusjonen og noterte observasjoner om stemning i gruppene (Malterud, 2012, s. 67).

Det var aktive og engasjerte deltakere i alle fokusgruppene. I gruppen med *helse- og sosialarbeidere* startet samtalen mellom deltakerne fra første spørsmål. I gruppen med *medarbeidere med brukererfaring* var det lenge stille etter jeg hadde stilt det første spørsmålet, som handlet om hvilke helsepolitiske føringer som styrer den daglige oppfølgingen av brukerne. Deltakerne gav uttrykk for at de ikke forstod hva jeg mente med «helsepolitiske føringer» og jeg repeterte informasjonen fra informasjonsskrivet, og eksemplifiserte betydningen av begrepet som lovverk og faglige retningslinjer. Etter dette fløt samtalen mellom deltakerne. I fokusgruppen med ansatte i *politiet* var de fleste aktive i samtalen, og en til to deltakere utpekte seg som spesielt aktive.

I alle intervjuene snakket deltakerne sammen og utvekslet erfaringer og synspunkt med utgangspunkt i spørsmålene i intervjuguiden. Jeg var i forkant bevisst på at intervjuene ikke skulle ha en form der deltakerne svarte til meg som moderator, men at samtalen gikk på tvers av deltakerne (Malterud, 2012, s.73).

5.5 Transkribering av intervjuene

Å transkribere innebærer å omforme et taleopptak til tekst, og i den kvalitative forskningsprosessen innebærer det å organisere materialet fra datainnsamlingen og gjøre det tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017, s. 77). Intervjuene fra alle tre fokusgruppene ble transkribert manuelt høsten 2020, totalt 82 sider. Transkriptene fra de tre intervjuene ble lest av begge veilederne.

5.6 Forskningsetikk

I alle faser av arbeidet ble det tatt forskningsetiske hensyn. I rekruttering av deltakerne ble det gitt informasjon om prosjektets formål, metode for innsamling av data og hva opplysningene skulle brukes til. Etter mal fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) utformet jeg informasjonsskriv tilpasset hver av de tre fokusgruppene med vedlagt samtykkeskjema som deltakerne undertegnet før deltakelse i intervju. Det ble formidlet at deltakelse var frivillig, og at samtykke til deltakelse kunne trekkes tilbake i forskningsperioden. Jeg beskrev hvordan konfidensialitet skulle ivaretas gjennom lagring, oppbevaring, anonymisering og kryptering av data, hvem som ville ha tilgang til data og tidspunkt for sletting av data. Kontaktopplysninger til ansvarlig veileder og meg som student ble oppgitt. Prosjektplan ble vurdert av NSD før rekrutteringsarbeidet startet, referansenummer 229234. Før intervjuene startet minnet jeg deltakerne om taushetsplikten de hadde i kraft av arbeidssituasjonen sin, og ba dem anonymisere tilstrekkelig dersom de ville gi konkrete eksempler fra oppfølgingsarbeidet. Jeg oppfordret også til taushetsplikt når det gjaldt hvem som hadde deltatt i fokusgruppeintervjuene og til innholdet i intervjuene.

5.7 Forforståelse og refleksivitet

Tema for denne studien er knyttet til 20 års egen erfaring fra sosialtjenesten i kommunen med oppfølging av rusavhengige med samtidige psykiske problem og omfattende utfordringer på flere livsområder som bosituasjon og økonomi.

Som forskere bringer vi med oss egen forforståelse inn i forskningsprosjekter. Dette påvirker måten vi samler, leser og tolker data på. Forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2017, s.45). Kvalitative intervju stiller

krav til at en som forsker utøver refleksivitet ved å identifisere egen påvirkning og betydningen dette har for datainnsamlingen (Malterud,2017, s.69).

I tillegg til mitt sosialfaglige perspektiv som familieterapeut og klinisk sosionom med spesialisering innen rusproblematikk, vil min erfaringsbaserte kunnskap utgjøre en del av min forforståelse. Deltakelse og erfaringer fra arbeidet i referansegruppen til prosjektet *Sent ute* i Bergen kommune var sentral for mitt valg av tema, og min motivasjon til å gjennomføre denne studien. Hvordan kommunen og spesialisthelsetjenesten, og helse og politi, kan samarbeide og samhandle for å komme i posisjon til hjelpe, og gi brukerne bedre helsehjelp, er jeg spesielt opptatt av. Gjennom eget arbeid, og særlig i rusprosjektet *Ytrebygdamodellen* (Kompetansesenter rus region vest -Bergen, 2014), har jeg erfart at relasjonsarbeid, brukerstyring, tett individuell oppfølging og fleksible og oppsøkende tjenester har vært svært nyttig og medvirket positivt i brukernes tilfriskningsprosess. Samtidig har jeg erfart at tvangsinnleggelse av rusavhengige i mange tilfeller var livreddende hjelp til personer som, der og da, ikke var i stand til å vurdere sin egen situasjon, men som i etterkant uttrykte at innleggelse på tvang hadde reddet livet deres. I kontakt med brukere som har omfattende og sammensatte problemer på mange livsområder og gjerne avviser hjelpetilbud, er min erfaring at en som helse- og sosialarbeider vil komme i, og må ta stilling til, dilemma som i større eller mindre grad omhandler prinsipper om autonomi og velgjørenhet, og paternalisme.

Min forforståelse er preget av mitt engasjement for at rusavhengige og personer med ROP-lidelse skal få hjelpen de har behov for. Jeg mener at vi som fagpersoner har et faglig og moralsk ansvar for å stille spørsmål ved, og reflektere rundt, når og i hvilken grad en skal akseptere at brukere ikke ønsker hjelp, og når dette kan få alvorlige konsekvenser for deres liv og helse. Dette er vurderinger som både kan kreve juridisk-, helse- og sosialfaglig kompetanse og etisk dømmekraft.

Med bakgrunn i dette er refleksivitet en viktig tilnærming i forskningsprosessen. Refleksivitet er en tilnærming der forskeren er bevisst verdier, erfaringer som han/hun har med seg i en kvalitativ studie. Forskeren diskuterer sin egen erfaring med fenomenet og hvordan disse

erfaringene muligens kan skape de tolkningene som forskeren gir (Creswell og Poth, 2017, s. 327). Hvordan min forforståelse kan ha påvirket forskningsprosessen diskuteres i kapittel 7.

5.8 Analysestrategi - Systematisk tekstkondensering (STC)

I analyse av intervjuene gjennomførte jeg tematisk tverrgående analyse der jeg benyttet Systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017, s.97). Målet for analysen var å sammenfatte deltakernes fortellinger på en måte som kunne lede til nye beskrivelser av de fenomener som ble belyst i fokusgruppeintervjuene (Malterud, 2012, s. 102).

STC består av fire trinn der trinn (1) er å danne seg et helhetsinntrykk, og få et inntrykk av foreløpige temaer gjennom å lese transkriptene. I trinn (2) gjennomføres en systematisk gjennomgang av transkripsjonene linje for linje der meningsdannende enheter blir identifisert, klassifisert og sortert i kodegrupper. Trinn (2) er kondensering der innholdet i de meningsdannende enhetene abstraheres ut fra kodegrupper. Et kondensat er en sammenstilling og kunstig sitat basert på innholdet fra de meningsbærende enheten omsatt i en generell form. I trinn (4) utarbeides fortolkende synteser der materialet rekontekstualiseres og sammenfattes, og gir grunnlag for nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2017, s. 98).

Jeg startet med å lese gjennom transkriptene for å danne meg et helhetsinntrykk og få et overordnet og generelt inntrykk av foreløpige tema. Av hensyn til egen forforståelse og posisjon leste også sekretærene, hovedveileder og biveileder gjennom transkriptene og skrev ned deres helhetsinntrykk, og inntrykk av foreløpige tema. Deretter gjennomførte jeg en systematisk gjennomgang av transkripsjonene linje for linje og identifiserte, klassifiserte og sorterte meningsdannende enheter i kodegrupper. Fra trinn tre i STC gjennomførte jeg en tverrgående analyse der felles kodegrupper på tvers av de tre fokusgruppene ble identifisert. Deretter abstraherte jeg innholdet i de meningsdannende enhetene fra subgruppene i et kondensat. Kondensatet skal utgjøre en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som denne subgruppen forteller om, og er et spesielt metodisk begrep i STC (Malterud, 2017, s. 106). I det siste og fjerde trinnet utarbeidet jeg en syntese der jeg rekontekstualiserte og sammenfattet det jeg fant i form av fortolkende synteser. Jeg

utarbeidet til slutt en analytisk tekst som bestod av en syntese av innholdet i sitatene og beskrivelser (Malterud, 2017, s. 108).

Veilederne deltok også i arbeidet med å identifisere felles kodegrupper på tvers av de tre fokusgruppene, og i utarbeidelse av den analytiske teksten. Tabell 4 illustrerer hvordan analysen ble gjennomførte ved bruk av de fire trinnene i STC. Eksempelet er hentet fra fokusgruppen med *helse- og sosialarbeidere*.

Tabell 4: Illustrasjon av de fire trinnene i STC

Trinn 1 Foreløpig tema	Trinn 2 Meningsbærende enheter	Trinn 3 Kondensering	Trinn 4 Endelig kategorier
Lovgivning og ansvar for ROP-brukerne	«På en måte at du får bare så vidt skummet det verste, sant altså du får, de gjenvinner samtykkekompetansen når rusen går ut»	Vi ser at kravet til manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernlov medfører at ROP-brukerne blir svingdørspasienter ved at de gjenvinner samtykkekompetansen raskt – når rusinntaket stoppes. De skrives ut og fortsetter å ruse seg.	Forhøyet terskel for helsehjelp

6.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra fokusgruppeintervjuene med utgangspunkt i følgende fire tema som analysen av data resulterte i: (1) Forhøyet terskel for helsehjelp, (2) å sjonglere mellom aksept, motivering og tvang når bruker avviser hjelp, (3) når brukers atferd truer hjelpernes sikkerhet og egen mulighet for helsehjelp, og (4) når bekymringen er større enn handlingsrommet.

6.1 Forhøyet terskel for helsehjelp

På tvers av de tre fokusgruppene rapporterte deltakerne sine opplevelser av at lovverket, særlig knyttet til taushetsplikt og Psykisk helsevernlov, ofte begrenset deres muligheter til å tilby helsehjelp til brukere med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd. Deltakerne identifiserte ulike barrierer for helsehjelp, blant annet at strengere kriterier for tvangsinnleggelse og taushetspliktsbestemmelser var til hinder for informasjonsutveksling mellom instanser i helsevesenet, og mellom helse og politi. Både medarbeiderne med brukererfaring og helse- og sosialarbeiderne gav eksempler på at trussel- og voldsatferd ofte begrenset brukernes rett til helsehjelp.

Flere av deltakerne gav uttrykk for at lovendringen i Psykisk helsevernlov i 2017, der vilkåret om manglende samtykkekompetanse ble innført, hadde medført en forhøyet terskel for tvangsinnleggelse, også for de brukerne der deltagerne vurderte at det var fare for liv eller helse. De opplevde at lovendringen førte til en forverring av brukernes sykdomsbilde og at flere brukere ble gående lenge uten helsehjelp. Dette medførte at brukere var svært syke når de ble innlagt, behandlingsbehovet stort og prognosene for tilfriskning mulig mindre, slik en deltager i fokusgruppen med politiet beskrev det:

..det å ikke intervenere tidligere da, det gjør jo at folk bare går og blir sykere, sykere og sykere. Helt til de blir så ekstremt syke at – NÅ! er lovverket innenfor og da er de kanskje så syke at det skipet er mye tyngre å snu da enn hvis man hadde blitt lagt inn på tvang første gangen

Dessuten fremhevet deltakere med helse- og sosialfaglig bakgrunn og medarbeidere med brukererfaring at brukeres pågående rusmiddelbruk og rusavhengighet gjorde det vanskelig å vurdere den enkeltes samtykkekompetanse. Dette resulterte ofte i korte opphold i psykisk helsevern med rask utskrivelse:

Ja, rusen «klinger av» de etter noen dager, så gjenvinner de samtykkekompetanse.. og så blir de utskrevet.. så har du en sånn eevig svingdørsproblematikk, i hvert fall med ROP-pasientene våre..(helse- og sosialarbeider)

Flere av deltakerne gav uttrykk for at det ble tatt forhastede vurderinger av brukernes samtykkekompetanse. Eksempelvis fremhevet flere av medarbeiderne med brukererfaring at dette fikk uheldige konsekvenser i form av manglende helsehjelp til brukerne. De mente at grundigere vurderinger og dypere forståelse av brukernes problematikk, kunne resultert i andre konklusjoner rundt samtykkekompetanse, og at flere brukere dermed ville fylt kriteriene for tvangsinnleggelse.

Helse- og sosialarbeiderne trakk også frem betydningen av tid til å gjøre vurderinger av brukernes samtykkekompetanse, og viste til at korte legekonsultasjoner gjerne ikke var tilstrekkelig til å vurdere hvorvidt brukere med omfattende rusmiddelbruk, ustabil livssituasjon og raske skifter i helse- og sinnstilstand var samtykkekompetente eller ikke, slik følgende sitat illustrerer:

..De er jo samtykkekompetente, men denne samtykkekompetansen varierer veldig når de bor ute på gaten da, og slutter på medisiner for den psykiske lidelsen sin, blant annet, og dette er jo ikke sånn som sykehusavdelingene ser sånn som vi ser da, blir utkastet av boliger osv. osv., ruser seg nesten til døde.. altså da.. (helse- og sosialarbeider)

Noen av medarbeiderne med brukererfaring gav uttrykk for at vilkåret om manglende samtykkekompetanse i Psykisk helsevernlov sviktet brukerne med størst hjelpebehov, fordi den psykiske helsetilstanden til noen av brukerne var av en slik karakter at de burde ivaretas selv om de ble vurdert som samtykkekompetente.

Hvordan taushetspliktsreglene, og særlig helsepersonells taushetsplikt, begrenset mulighet for informasjonsutveksling og samarbeid mellom instanser i helsevesen og politiet ble påpekt på tvers av fokusgruppene. En av helse- og sosialarbeiderne beskrev det slik:

Så jeg synes jo at lovverk og taushetsplikt, det blir jo til hinder for å klare og dra lasset sammen sånn at den som er hovedpersonen faktisk får den hjelpen han trenger til enhver tid, og at de rundt er trygge..

Samtidig fremhevet medarbeidere med brukererfaring at helsepersonells taushetsplikt var viktig for å kunne etablere en trygg behandlingsrelasjon der brukerne kunne stole på, og ha

tillitt til hjelperne. De opplevde at brukerne var opptatt av helsepersonells taushetsplikt, og ofte påpekte at de hadde denne plikten.

En av deltakerne fra fokusgruppen med politiet viste til at informasjonsutveksling ga mulighet for å skreddersy tiltak rundt brukere, og gav eksempel på et vellykket samhandlingsprosjekt mellom helsevesen og politiet der en hadde klart å etablere tilpassede hjelpetiltak til brukere med komplekse utfordringer. Strukturer for samarbeid mellom helsevesen og politi var et uttrykt ønske både blant helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderne med brukererfaring:

..så burde det vært sånn i byene at det var en kontaktperson på politikammeret som hadde god kjennskap til dette her miljøet, denne pasientgruppen da og så at det var en link mellom hjelpeapparatet og politiet... (medarbeider med brukererfaring)

Mer samarbeid på tvers ble vurdert å kunne gi brukerne bedre helsehjelp, og forebygge det medarbeiderne med brukererfaring mente var u hensiktsmessig og hyppig fengsling av brukere.

6.2 Å sjonglere mellom aksept, motivering og tvang når bruker avviser hjelp

Både i fokusgruppen med helse- og sosialarbeiderne og i fokusgruppen med medarbeiderne med brukererfaring ble det diskutert ulike utfordringer og dilemmaer knyttet til å komme i posisjon til, og hjelpe, brukere som avviste hjelp. Oppfølgingsarbeidet ble beskrevet som en krevende balansegang mellom å respektere brukernes autonomi, være oppsøkende og pågående, og bruke tvang.

På tvers av alle tre fokusgruppene ble bruk av tvang rapportert som nødvendig intervensjon for å kunne hjelpe de brukerne som hadde stort behov for helsehjelp og ikke var i stand til å vare på seg selv. Opplevelsen var at dette oftest handlet om å ivareta brukernes liv og helse, og at tvang ble benyttet når andre muligheter allerede var prøvd. Tross fokuset på å redusere bruk av tvang ble det vurdert som nødvendig i noen tilfeller. En medarbeider med brukererfaring uttrykte det slik;

Det er jo fokus på det, det er for mye tvang, sier de jo. Bruken av tvang må ned, ikke sant, det hører vi jo hele veien, men av og til så er det jo nødvendig. Det er jo ikke for det at det «nå er de så vanskelig, vi sender de...» det er jo ikke det det er snakk om! det er jo snakk om at det er jo, når det blir brukt som siste, siste mulige virkemiddel, det det er jo det det skal være og, men jeg tenker vi kan ikke få vekk all bruk av tvang, hvordan skal vi da klare å hjelpe de aller aller sykeste?

Samtidig påpekte medarbeiderne med brukererfaring at tvang også kunne virke mot sin hensikt. En erfaring var at kontinuiteten i pasientforløpene ikke var god nok og at avbrutte tvangsinnleggelse kunne gi økt overdosefare fordi brukerne da hadde lavere toleranse for rusmiddelbruk.

Flere av helse- og sosialarbeiderne mente at begrepet «tvang» var negativt ladet, og at det ikke var beskrivende for innholdet i tvangstiltakene for rusavhengige, som innebærer tilbakeholdelse i institusjon for å motivere den rusavhengige for frivillig behandling. Med referanse til at tvang i noen tilfeller ble vurdert nødvendig, fortalte en av helse- og sosialarbeiderne om en pårørende som hadde sagt at man ikke burde bruke ordet «tvang», men heller tenke på det som ivaretagelse.

Å respektere brukernes valg og autonomi ble spesielt fremhevet av medarbeiderne med brukererfaring. De mente at rusavhengige uten alvorlige psykiske lidelser måtte kunne få velge å bruke rusmidler, selv om det kunne gi alvorlige konsekvenser. For helse- og sosialarbeiderne virket det vanskeligere å skulle akseptere et slikt valg, og flere fortalte hvordan de jobbet hardt for å komme i posisjon til brukere selv om de avviste tilbud om hjelp. De beskrev også en hårfin balansegang mellom frivillig helsehjelp og hjelp som grenset mot å være paternalistisk, slik det neste sitatet illustrerer:

...Det er jo et dilemma dette med frivillighet altså. Hvor går grensen for hva som er frivillig og hva som er at vi «pusher» de? Dette er jo ROP-pasienter som gjerne ikke på en måte da passer inn i det som dere snakket om; passer ikke inn i døgn. De blir avviste og sånn.. eh..og så da vi jobbet oppsøkende.. og det, vi er jo rimelig pågående da. Eh, i forhold til dette med å skaffe de det behandlingstilbudet vi tenker de trenger. Så ja, frivillig og frivillig... vi gjør det jo på en måte i beste mening og ja, det ligger mange vurderinger bak hvorfor vi er så pågående og da. Mange ganger har det vært ekstremt vellykket, for å si det sånn.. og andre ganger ikke, selvfølgelig (helse- og sosialarbeider)

Å møte brukerne på det de selv ønsket utfra en recovery-orientert tilnærming ble, av medarbeiderne med brukererfaring, trukket frem som nyttig. En av dem beskrev hvordan denne tilnærmingen kunne føre til positive endringer;

...så lenge det ikke er krav til rusfrihet da, så er det jo på en måte møte de der de er. Og da er det faktisk en del som, altså nå har vi jo hatt de som kom inn først har vi jo på en måte kjent nå rimelig godt, eh, i 5 år, eh og mange av de som jeg liksom aldri hadde tenkt kom til på en måte å ville gjøre noen ting som helst, har jo plutselig liksom, om de ikke er rusfri så har de i alle fall et mye bedre liv i dag enn det de hadde, altså mye mer innhold og, ja, enn det de hadde tidligere da..

6.3 Når brukers atferd truer hjelpernes sikkerhet og egen mulighet for helsehjelp

Å gi brukere med trussel- og voldsatferd helsehjelp og samtidig ivareta egen sikkerhet ble beskrevet som en krevende øvelse både av helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderne med brukererfaring. Deltakerne beskrev et stort fokus på kartlegging av voldsrisiko og ivaretagelse av HMS for ansatte, men få helsepolitiske føringer og uklare rammer for hvordan en i praksis skulle håndtere og ivareta både brukernes rett til helsehjelp og ansattes sikkerhet.

Helse- og sosialarbeiderne pekte på at det i kommunehelsetjenesten manglet rammer som ivaretok deres sikkerhet. En av helse- og sosialarbeiderne trakk særlig frem økt risiko ved å gi ambulerende tjenester på brukernes egen arena;

...du skal oppsøke og prøve å gi helsehjelp i et miljø der det sitter gjerne x-antall andre syke, narkomane, voldelige mennesker i en leilighet og så skal vi inn og så skal du prøve å hjelpe din pasient blant dette her som du ikke har oversikt over. Som du ikke vet helt hvor du har ..

Både medarbeiderne med brukererfaring og helse- og sosialarbeiderne forankret brukernes rett til helsehjelp i Pasient- og brukerrettighetsloven. Helse- og sosialarbeiderne påpekte imidlertid at lovverket ikke omtaler hvordan en kan tilrettelegge for at helsetjenester kan gis til brukere som truer og er voldelige, samtidig som helsepersonells og oppfølgeres sikkerhet ivaretas. Både medarbeiderne med brukererfaring og helse- og sosialarbeiderne viste til at vanlig praksis var at brukerne, av hensyn til ansatte og medpasienter, ble skrevet ut fra behandlingstilstander og gjerne flyttet ned et behandlingsnivå i spesialisthelsetjenesten når de viste truende og voldelig atferd.

For å overholde ansvaret og plikten til å gi brukerne tjenester, fortalte medarbeiderne med brukererfaring og helse- og sosialarbeiderne om kreative løsninger der blant annet politiet hadde bistått og vært i beredskap i forbindelse med hjemmebesøk.

Politiet fortalte at de opplevde rusmiljøet som et potensielt veldig farlig miljø, med lav terskel for vold og mye våpen i omløp. Noen opplevde at mange ansatte i hjelpetiltakene var redde for personer i miljøet og at de, av hensyn til behandlerrelasjonen, hadde for høy toleranse for brukernes atferd og ikke satt nok grenser. En av medarbeiderne med brukererfaring gav også et eksempel på at relasjonen mellom bruker og behandler kunne bli så sterk at behandler blir blind for brukers alvorlige og grove trusler. En faglig forståelse av at

trussel- og voldsatferd kan være uttrykk for, og symptom på, brukernes psykiske lidelse eller rusavhengighet, så ut til å øke helse- og sosialarbeidernes toleransegrense for brukernes atferd, og at det å gi brukerne helsehjelp ble gitt høy prioritet;

..vi skal jo ikke finne oss i hva som helst, eh, vi som jobber her, eller utsette oss for hva som helst vi som jobber her heller da. Men på den andre siden er det en hjelpetrengende pasient, eller bruker da, som og har rett på hjelp og utøver vold kanskje fordi den er psykotisk eller ruset eller, ja..så det er på en måte hele tiden sånn en etisk balansegang som vi diskuterer veldig mye til tider.. (helse- og sosialarbeider)

Både helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderne med brukererfaring fortalte om økt fokus på trussel- og voldsatferd, og viste til at voldsrisikovurderinger inngikk i planarbeid og i basiskartleggingen i Pakkeforløpet for psykisk helse og rus. De opplevde å bruke mye tid på å kartlegge voldsrisiko, forebygge hendelser og prøve å forstå atferd bak vold.

Erfaringskompetanse og relasjon til brukeren ble, av medarbeidere med brukererfaring, vurdert å gi et godt grunnlag for å vurdere voldsrisiko. De erfarte at brukerne var mer åpne og forholdt seg annerledes til dem enn til fagpersoner, og at deres egen erfaring gav en dypere forståelse av brukernes situasjon. Direkte kommunikasjon med brukerne opplevdes nyttig i håndtering av voldsrisiko, slik følgende sitat illustrerer:

...og igjen den spesielle rollen vi, som erfaringskonsulenter har, er at hvis det er noe som er potensielt, eller at de er ustabile har rett og slett spurt dem rett ut sånn: «jeg er nødt til å spørre deg «Per», er du til fare for meg? Har du tenkt å klinke meg imens vi er ute på tur eller noe... sånn, bør jeg være redd? de er jo bare mennesker, ikke sant? På direkte spørsmål så bruker de å svare ganske direkte og. Som den ene karen: «Det ville jeg aldri gjort mot deg!» liksom da.. (medarbeider med brukererfaring)

Flere av medarbeiderne med brukererfaring sa de var blitt mer bevisst på egen sikkerhet, men opplevde at HMS-krav kunne begrense fleksibiliteten i arbeidet. De ønsket i større grad å gjøre egne vurderinger av voldsrisiko;

Vi har jo og disse samme kravene i (helseforetakets navn), ikke sant. Vi skal være to stykker i bilen og sånn. Hvis jeg skal være helt ærlig så, hvis jeg skulle fulgt det – jeg hadde aldri fått gjort det jeg skulle gjøre (..) Jeg kjører og henter alene, jeg gjør det, ellers får jeg ikke tingene gjort. Jeg får litt kjeft for det av og til., men det går stort sett greit, da, men det har jo heldigvis ikke smelt enda da. Det skulle vært mulig å tatt den vurderingen selv (medarbeider med brukererfaring)

6.4 Når bekymringen er større enn handlingsrommet

På tvers av de tre fokusgruppene ble det uttalt frustrasjon og bekymring rundt at brukere med ROP-lidelse og omfattende og komplekse hjelpebehov møtte et fragmentert behandlingsapparat. Til tross for innføring av Pakkeforløp for psykisk helse og rus erfarte helse- og sosialarbeiderne stadige diskusjoner og uenighet rundt ansvaret for ROP-brukerne, spesielt mellom Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Erfaringen var at det ikke fantes adekvate og integrerte behandlingstilbud til brukere med sammensatte og komplekse helseutfordringer. En av helse- og sosialarbeiderne beskrev det slik:

.. så er det denne somatikken, det er selvsykdom, suicidalitet, ganske mye. Så driver en og sender de rundt, det er ikke et sted som de kan få komme (...) Du må reise der for at du har spiseforstyrrelse, så skal du reise der for at du har suicidalproblematikk og så kan du ... du må reise rundt forbi!

En av deltakerne i fokusgruppen med politiet beskrev hvordan brukernes straffbare handlinger kunne komplisere situasjonen ytterligere;

En ting jeg opplevde, eller har opplevd på patrulje og, er at den type personer havner utforbi alle stoler, på en måte. Den har gjerne gjort noe straffbart, det er grunnen til at vi er der, men det er ikke straffbart nok til at vi kan sette han i «kjelleren». Han blir fremstilt lege, men han er ikke syk nok til at de vil ha han. Også blir det en sånn kasteball da. Sånn jeg ser det i alle fall. Der ingen har lyst å ende opp med problemet - altså personen!

Medarbeiderne med brukererfaring og helse- og sosialarbeiderne fortalte om mye bekymring, omsorg, engasjement og ansvarsfølelse for det de omtalte som de sykeste og dårligste brukerne. Redusert tilbud om døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten og utilstrekkelige helse- og omsorgstjenester i kommunen var en av bekymringene. En av helse- og sosialarbeiderne eksemplifiserte det med brukere som var vurdert som kronisk suicidale og ikke hadde et hjelpetilbud, og der spørsmålet ble hvor lenge hjelperne skulle la være å gjøre noe, og som hun uttrykte det: ha «is i magen».

En medarbeider med brukererfaring, ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, beskrev hvordan nivået på det kommunale tjenestetilbudet ofte ikke ble opplevd som forsvarlig i forhold til brukernes behov;

.. og så hjem i en leilighet og så skal vi, altså vi kan jo være der mandag til fredag, sant, men det er jo og lørdag, søndag og så er det jo, altså fra fire til morgenen etterpå, altså, ja, du går liksom hjem med en klump i magen da, går dette greit og så er det egentlig bare flaks..

Helse- og sosialarbeiderne gav eksempler på hvordan krav fra ulike instanser i behandlingsapparatet kunne være til hinder for oppfølgingsarbeidet med brukere som ønsket hjelp. Krav til rusfrihet før oppstart i behandlingstilbud og effektivitetskrav om fullt belegg på plassene i spesialisthelsetjenesten var eksempler. Krav til pasientgjennomstrømning ble vurdert å redusere mulighet for fleksibilitet og langsiktig planlegging av gode behandlingsforløp for brukerne.

Flere av deltakerne knyttet manglende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten til at brukers helse, livssituasjon og hjelpebehov ikke ble vurdert grundig nok. Et ønske om å se mer helhet i brukernes utfordringer og problematikk ble trukket frem av mange av helse- og sosialarbeiderne. De ønsket mer tid til å gjøre godt faglig arbeid og gå dypere inn i brukernes situasjon og behov. Spesielt ønsket de lengre opphold i døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten med tid til utredning og utprøving av medikamentell behandling

..mye overdoser og, ja- og det er kjempefrustrerende! For det er klart at (...) og massiv personlighetsproblematikk og, selvskading og suicidalatferd. Så du klarer ikke å stoppe det med disse korte intervensjonene på sengepost, sant! Det må lengre tids innleggelser til for å klare og få noe ting til (helse- og sosialarbeider)

Dagens rammer og tilnærming i døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten ble, av flere av helse- og sosialarbeiderne, vurdert ikke å være tilstrekkelig til å hjelpe de brukerne som over tid avviser hjelpetilbud. De ønsket å gjøre mer enn å dokumentere i journalen at brukeren hadde fått tilbud om helsehjelp, og takket nei. De så behov for mer tid sammen med brukerne, når en først hadde lykket å komme i posisjon.

7.0 Diskusjon

7.1 Resultatdiskusjon

Forskningsspørsmålet for denne studien var:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet tilbyr personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd?

Hovedintrykket fra fokusgruppeintervjuene var at det i alle tre gruppene ble uttrykt bekymring for brukerne med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd, og da særlig de brukerne som de omtalte som de sykeste og dårligste brukerne.

Opplevelsen av en *forhøyet terskel for helsehjelp* og utfordringer med å gi helsehjelp til brukere med trussel- og voldsatferd virket å begrense handlingsrommet til oppfølgerne, og hvilken oppfølging de kunne tilby brukerne. Opplevelsen av forhøyet terskel for helsehjelp ble knyttet til helsepolitiske rammebetingelser som lovverk rundt taushetsplikt og til endringer i psykisk helsevernloven. Lovendringen i psykisk helsevernloven fra 2017 er forholdsvis ny og erfaringer lite dokumentert. I denne sammenhengen kan derfor denne studien, som synliggjør erfaringer fra praksisfeltet, være av interesse. Utfordringene ved å gi helsehjelp til brukere med trussel- og voldsatferd knyttes blant annet til at det er svært få helsepolitiske føringer og rammer for det praktiske oppfølgingsarbeidet.

Funn i denne studien ser ut til å bekrefte forskning på at oppfølgernes handlingsrom og kliniske autonomi påvirkes, og kan begrenses, av lovverk, forskrifter, økonomiske, administrative og institusjonelle rammer, og av faglige og etiske retningslinjer innen profesjonene (Ekeland, 2011, s. 3; Bringedal og Carlsen, 2018, s. 166). Spesielt ser lovverket ut til å påvirke handlingsrommet, både når det gjelder muligheter for å samarbeide med andre instanser, og i hvilken grad en opplever mulighet til å gi helsehjelp og ivareta de brukere som vurderes kanskje å ha de største, og mest komplekse, utfordringene. Oppfølgerne hadde til dels sterke beskrivelser av bekymring de kjente på. En av helse- og sosialarbeiderne beskrev bekymring for kronisk suicidale brukere som var uten hjelpetilbud og der vurderingene handlet om hvor lenge de skulle ha «is i magen». En av medarbeiderne med brukererfaring fortalte at hun gikk hjem med klump i magen med tanke på brukere som ikke fikk tilstrekkelige tjenester i egen bolig. Disse konkrete eksemplene på bekymring kan være uttrykk for at oppfølgernes faglige vurdering og etiske dømmekraft i noen situasjoner tilsier at brukerne burde fått tilbud om mer helsehjelp, men at de helsepolitiske rammebetingelsene, og særlig bestemmelser i lovverket, begrenser oppfølgernes kliniske autonomi og handlingsrom. Oppfølgerne kan komme i en skvis mellom systemets rammer og hva de, utfra egen kompetanse, vurderer som riktig hjelp til brukerne i en gitt situasjon.

I den videre diskusjonen vil jeg primært drøfte funnene *forhøyet terskel for helsehjelp* og *Når brukers atferd truer hjelpernes sikkerhet og egen mulighet for helsehjelp* som to aspekter ved deltakernes bekymring. Dette drøftes i lys av tidligere forskning, andre erfaringer fra praksisfeltet og teori. Avslutningsvis vil det også drøftes hvordan oppfølgernes handlingsrom kan påvirkes av andre helsepolitiske rammebetingelser som organisering av tjenestetilbudet og kunnskapssyn.

Lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017, med innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, ble av deltakerne i denne studien særlig trukket frem som forklaring på at terskelen for tvangsinnleggelse ble opplevd å være høyere. Funnene i studien bekrefter erfaringen fra «Sent ute»-prosjektet med at det er redusert adgang til å bruke tvang, og at vurdering av pasientenes samtykkekompetanse er avgjørende for utfallet (Bergen kommune, 2021, s. 2). Helsedirektoratets rapport om status etter lovendringen i 2017 oppsummerer imidlertid det motsatte; at terskelen for tvang ikke er økt. Det tas imidlertid forbehold om at vedtaksplikt også for pasienter som ikke er samtykkekompetente, men ikke motsetter seg vern, kan bidra til å øke volumet på det totale antallet registrerte tvangsvedtak (Helsedirektoratet, 2020, s.6).

Deltakernes erfaringer var at personer med ROP-lidelse ofte ble svingdørspasienter i psykisk helsevern ettersom de raskt gjenvinner samtykkekompetansen når den akutte ruspåvirkningen er borte. Dette funnet bekrefter det som beskrives i nasjonale retningslinjer, en offentlig utredning fra 2010 og «Sent-ute» prosjektet (NOU 2010:3, s. 63; Helsedirektoratet, 2020; Bergen kommune, 2021, s.2). Deltakerne i studien problematiserte spesielt vurderinger av brukernes samtykkekompetanse og opplevde at det ble tatt forhastede beslutninger rundt dette. De så behov for mer tid til å gjøre helhetlige vurderinger ettersom brukerne ofte er preget av en ustabil livssituasjon der omfattende rusmiddelbruk og bostedsløshet også påvirker den fysiske- og psykiske helsetilstanden. Deltakerne påpekte at å vurdere samtykkekompetanse hos en person med ROP-lidelse stiller andre krav til vurdering enn å vurdere samtykkekompetanse hos en person som ikke er rusmiddelavhengig. De uttrykte usikkerhet rundt, og tvil ved, om de faglige vurderingene som gjøres av brukernes samtykkekompetanse er gode nok. Dette sammenfaller med

innvendingene rundt vurdering av beslutningskompetanse i høringsuttalelsene til forslag om ny tvangsbegrensningslov fra Helse Bergen og Bergen kommune. Her påpekes at vurdering av rusavhengiges samtykkekompetanse vil være vesensforskjellig fra pasienter med andre helseproblemer, og at det er manglende veiledning på hvordan vurderingene skal gjøres (Helse Bergen, 2019; Bergen kommune, 2019, s.23).

Sammen peker dette på behov for mer kunnskap og faglig drøfting rundt vurdering av rusavhengiges samtykkekompetanse. Dette er i liten grad omtalt eller drøftet i gjeldende helsepolitiske føringer og retningslinjer. Med tanke på at vurderingene kan være avgjørende for om det iverksettes inngripende tiltak, eller ikke, overfor personer som har alvorlige helsetilstander, bør vurderingene kvalitetssikres i den grad det er mulig.

Noen av medarbeiderne med brukererfaring mente at vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernlov sviktet brukerne med størst hjelpebehov, og gav uttrykk for at noen brukere burde ivaretas selv om de ble vurdert å være samtykkekompetent. Begrunnelsen for dette var knyttet til brukernes helsetilstand, og at de kunne være til fare for seg selv. Både helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderens med brukererfaring snakket hovedsakelig om forhøyet terskel for tvangsinnleggelse når brukere kunne være til fare for seg selv, og ikke utfra eventuell fare for andre.

Farevilkåret i psykisk helsevernloven (1999), som er et av unntakene for vilkåret om samtykkekompetanse, gir adgang til at pasienten som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller for andres liv eller helse kan tvangsinnlegges i psykisk helsevern. Bekymringen som medarbeidere med brukererfaring formidlet kan forstås som at farevilkåret ikke har vært benyttet i vurdering av brukere de vurderte kunne være til fare for seg selv. I lovverket er det krav til at det skal være en årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet (Helsedirektoratet, 2017, s. 36). For personer med ROP-lidelse er det ulike vurderinger av hva som er den primære sykdommen; den psykiske lidelsen eller rusavhengigheten. Det er sannsynlig at denne diskusjonen også inngår i vurderinger rundt farevilkåret, og dersom rusmiddelbruken vurderes å være primær lidelse, vil det, i alle fall i praksis, kunne være en årsak som utelukker tvangsinnleggelse med begrunnelse i farevilkåret. Ved akuttinnleggelser er det sannsynlig at faren som ROP-pasienter vurderes å

utgjøre for seg selv (eller andre) knyttes til ruspåvirkningen, og at farevilkåret ikke lenger vurderes oppfylt når den akutte ruspåvirkningen er borte.

Det synes å være delte erfaringer med, og synspunkter på, hva som er praksisen rundt bruk av farevilkåret. Helsedirektoratets rapport viser til en økning i tvangsinnleggelse med begrunnelse i farevilkåret etter lovendringen i 2017 (Helsedirektoratet, 2020, s. 6), imens erfaringer fra «Sent ute»-prosjektet tilsier at farevilkåret benyttes i liten grad, og at det er ulik forståelse av dette vilkåret (Bergen kommune, s. 2).

Funnene i denne studien viser at det er mest bekymring for at brukere med stort hjelpebehov, som en konsekvens av økt terskel for tvangsinnleggelse, ikke blir ivaretatt når det også vurderes å være fare for eget liv og helse. Bekymringen ble eksemplifisert i alle tre fokusgruppene. Med tanke på at brukerne også har trussel- og voldsatferd er det interessant at deltakerne i studiene ikke snakket om farevilkåret i tilknytning til at brukerne kan være til fare for andre. Også deltakerne fra politiet uttrykte mest bekymring for at syke personer ikke ble ivaretatt, men gav samtidig uttrykk for at en konsekvens av dette også ville være flere syke personer med trussel- og voldsproblematikk «ute på gaten».

Endringen i Psykisk helsevernloven begrunnes med en styrking av pasientens autonomi og rettssikkerhet. Flere har påpekt at idealet om autonomi står sterkt i helsevesenet, og har stilt spørsmål ved om det er et ubetinget gode for pasienter, og spesielt de sykeste pasientene (Solberg, 2020, s.54). Både helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderne med brukererfaring beskrev en krevende balanse mellom å respektere brukernes autonomi, være oppsøkende og pågående og bruke tvang i oppfølgingen av brukere som avviser hjelp. Bruk av tvang ble av alle fremhevet som nødvendig for å kunne hjelpe de som ikke var i stand til å ta vare på seg selv, samtidig som de også påpekte utfordringer ved bruk av tvang.

Spesielt helse- og sosialarbeiderne beskrev at det kunne være glidende overganger mellom frivillighet og det å «pushe» brukerne i en bestemt retning, en balanse mellom de etiske prinsippene *respekt for pasientens autonomi* og prinsippet om *velgjørenhet* som beskrives i Beauchamp og Childress' fire prinsippers etikk (Beauchamp og Childress, 2013, s.107). Prinsippet om velgjørenhet virket mer fremtredende hos helse- og sosialarbeiderne enn hos

medarbeiderne med brukererfaring, og helse- og sosialarbeiderne gav også uttrykk for at oppfølgingen de gav tidvis tenderte mot å være paternalistisk. Deres beskrivelse av oppfølgingsarbeidet har likheter med den tilnærmingen som omsorgsetikeren Verkerk fremhever og omtaler som «medfølelse innblanding» der oppfølgerne har en aktiv og forpliktende rolle overfor brukerne (Verkerk, 2001, s. 292). Funnene fra denne studien peker mot at grenseoppgangene og vurderingene mellom en paternalistisk tilnærming og hva som er omsorg for brukere som avviser hjelp, både er glidende og kan være vanskelige. Flere omsorgsetikere hevder at retten til selvbestemmelse særlig rammer pasienter som avviser hjelp og har en mistillit til hjelpeapparatet (Verkerk, 2001, s.293). Medarbeiderne med brukererfaring uttrykte i sterkere grad respekt for brukernes autonomi, og virket mer fortrolig med at konsekvensene av dette også kunne være at brukerne tok valg som kunne være til skade for dem selv.

Dersom en legger til grunn et rendyrket autonomiideal og brukerne vurderes som samtykkekompetent, begrenser dette i stor grad hvilken helsehjelp som kan gis til brukere som avviser hjelpetilbud, men der oppfølgerne vurderer at bruker har stort behov for hjelp. Det begrenser hjelpernes handlingsrom, og, som funn fra denne studien viser, setter det oppfølgerne i situasjoner som åpenbart gir etiske dilemma. Det at medarbeiderne med brukererfaring i større grad fremhevet respekt for brukernes autonomi er gjerne ikke et overraskende funn, men verdt å stoppe opp ved ettersom de selv har «kjent på kroppen» hva som har hjulpet dem og ikke. De viste til erfaringer med at Recovery-tilnærming hadde ført til positive endringer for mange av brukerne ved «å møte de der de var» og respektere deres valg. Autonomi og valgmuligheter i behandlingen blir også vektlagt i undersøkelser om brukererfaringer med psykiske helsetjenester der nytte av brukernes erfaringer, ansettelse av medarbeidere med brukererfaring og bruk av brukerstyrte innleggelses fremheves (Pettersen og Lofthus, 2018, s.121).

Valgene mellom å respektere brukernes autonomi eller å legitimere handlinger i prinsippet om velgjørenhet berører også eksistensielle forhold knyttet til liv og død. I oppfølgingen av personer med ROP-lidelse som tidvis utsetter eget liv og helse for svært stor fare, og der marginene mellom liv og død kan være små, blir dilemmaene tydelige og konkrete. Bekymringen, de krevende problemstillingene og dilemmaene som ble formidlet i denne

studien bør det være rom for å reflektere rundt og drøfte, uten at det blir en polarisert diskusjon som handler om en er «for eller imot tvang». Ekeland har formulert det slik:

(..) det er i humanismens navn nødvendig å diskutere hvor langt «ikke-inngripen» begrunnet i enkeltindividets frihet og selvbestemmelse bør strekke seg når vi er vitne til en uverdigg og selvødeleggende livssituasjon (Ekeland, 2021, s. 77).

Det andre aspektet knyttet til deltakernes bekymring var utfordringene med å gi brukerne med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd helsehjelp og samtidig ivareta egen sikkerhet. Deltakerne beskrev stort fokus på å kartlegge voldsrisiko og å ivareta ansattes sikkerhet.

Kartlegging av voldsrisiko er i tråd med krav i arbeidsmiljøloven og fremheves i flere helsepolitiske dokumenter (Arbeidstilsynet, 2017; Helsedirektoratet, 2018; Helsedirektoratet, 2015). Risikovurderinger kan bidra til å øke forståelse av risikoen en person utgjør, inkludert sårbarhetsområder og forvarsler på endring i risiko, og bidra til å identifisere trolig forebyggende tiltak slik at risikoen reduseres eller kan håndteres. I «Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse, utarbeidet for spesialisthelsetjenesten, Psykisk helsevern og TSB» vises det til at risikohåndtering handler om å vurdere hvordan voldsrisiko kan reduseres, og å utforme tiltak i samsvar med dette (Helsedirektoratet, 2018, s. 3). Målet er å legge et grunnlag for behandling og oppfølging som kan sikre et tryggere og bedre liv for pasientene og deres omgivelser. Det er forventning til at behandler fatter gode faglige beslutninger der hensynet til allmenn sikkerhet (samfunnsvernet) veies opp mot den enkelte pasients rett til frihet og medbestemmelse (Helsedirektoratet, 2018, s.19). Risikohåndtering beskrives som sentralt og innebærer å iverksette spesifikke individuelle tiltak som reduserer vold og fremmer personlig vekst. Som eksempel på spesifikt tiltak står det: «Risikohåndtering kan for eksempel i en gitt situasjon være å utsette en utskriving eller sikre tettere oppfølging etter utskriving» (Helsedirektoratet, 2018, s. 19).

Som nevnt i innledningen er det i dag god forskningsmessig dekning for å hevde at voldsforebygging bør forankres i RNR-modellen (Andrews, et al, 2012). Denne tilsier først at de mest intensive forebyggende tiltakene bør rettes mot de med høyest risiko. Dernest bør

tiltakene rettes mot de dynamiske risikofaktorene som fremstår tettest årsaksmessig knyttet til voldsproblemet. Til slutt bør tiltakene tilpasses forhold ved den enkelte som påvirker i hvilken grad han eller hun kan nyttiggjøre seg tiltakene. Funnene i denne studien kan tyde på at det i møte med personer med ROP-lidelse i alle fall delvis gjøres det motsatte; Når fare er identifisert reduseres i praksis oppfølgingen, og den «skreddersys» ikke i tilstrekkelig grad fordi rammebetingelsene ikke gjør dette mulig.

Et funn i denne studien var at det var få og uklare rammebetingelser for hvordan en i praksis skulle håndtere og ivareta både brukernes rett til helsehjelp og ansattes sikkerhet.

Deltakerne relaterte i liten grad arbeidet med risikovurdering til det praktiske oppfølgingsarbeidet, og utfra det kan det stilles spørsmål ved hvilken funksjon voldsrisikovurderinger har for det praktiske og direkte arbeidet med brukerne, og da spesielt i det ambulante oppfølgingsarbeidet i kommunen. Kravene til å gjennomføre risikovurderinger utfra et HMS-hensyn kan også bli en øvelse en gjør fordi det er et lovkrav og for å ha «ryggen fri». I stedet for å være et verktøy i oppfølgingen og møtet med brukere med trussel – og voldsatferd, kan det ende med å bli en dokumentasjon på at brukeren faktisk utgjør en så stor sikkerhetsrisiko at det ikke er forsvarlig å gi brukerne helsehjelp. Å gi ambulerende tjenester på brukernes egen arena ble i denne studien trukket frem som særlig risikofyllt og uforutsigbart med tanke på miljøet brukerne tilhører. Politiet beskrev også dette miljøet som potensielt «veldig farlig» med lav terskel for vold og mye våpen i omløp.

Faglige modeller og rammer for den praktiske håndteringen og oppfølgingen av brukere med trussel- og voldsatferd i kommunen synes i stor grad å mangle, noe som også bekreftes fra erfaringene i Sent-ute prosjektet (Bergen kommune, 2021, s. 5). Deltakerne i denne studien representerte ulike perspektiv og ivaretar ulike funksjoner og roller i samfunnet. Likevel ble det i alle tre fokusgruppene uttrykt et unisont ønsket om strukturer for samarbeid mellom helsevesen og politi. At medarbeiderne med brukererfaring også uttrykte dette ønsket så klart, kan sies å være mer uventet med tanke på at de fra tidligere, sannsynligvis, både har hatt gode, og mindre gode, erfaringer i kontakt med politiet.

De samme barrierene knyttet til informasjonsutveksling mellom instanser som ble identifisert i denne studien var også utgangspunktet for lovendringen i den danske retsplejeloven som ble innført med bakgrunn i de første erfaringene fra PSP-samarbeidet (Vitus og Kjær, 2009, s.91). I en tid der idealet om pasientautonomi står sterkt, kan denne lovendringen sies å være banebrytende med tanke på at brukernes autonomi settes til side, slik at helsevesen og politi skal kunne utveksle informasjon og opplysninger om brukerne. Lovendringen reiser noen grunnleggende spørsmål både juridisk, menneskerettslig og etisk. Samtidig er den et konkret uttrykk for praksisfeltets behov for et overordnet rammeverk som muliggjør informasjonsutveksling og, i det minste, gir retning for hvordan ulike instanser og myndigheter kan samarbeide rundt brukere som har komplekse utfordringer, behov for helsehjelp og åpenbart utgjør en voldsrisiko.

På tvers av alle fokusgruppene ble det formidlet erfaringer med at samarbeid mellom helse- og politi kunne gi brukerne bedre hjelp. Dette bekrefter erfaringen både fra MAS-prosjektet, det danske PSP-samarbeidet og «Sent ute»-prosjektet (SIFER, 2018, s.8; Sestoft et al., 2014, s. 373; Bergen kommune, 2021, s.5). Deltakere fra fokusgruppen med politiet fremhevet særlig større mulighet til å «skreddersy» tiltak rundt brukere når informasjon kan utveksles. Samarbeid mellom helse og politi fordrer samtykke fra bruker, og dersom bruker ikke samtykker vil samhandlingen begrenses til innsats i situasjoner der bestemmelser om nødrett, avverge- og varslingsplikt gjelder. En vanlig oppfatning er at brukerne ikke vil samtykke til at helsevesenet samarbeider med politiet. Erfaringene fra «Sent ute»-prosjektet er imidlertid at kun et fåtall brukere ikke har ønsket å samtykke til slikt samarbeid. Oppfatningen om manglende samtykke fra brukerne kan også handle om at det er lite tradisjon, kultur og praksis for at helse- og sosialarbeider etablerer systematisk samarbeid med politiet (Bergen kommune, 2021, s. 2).

Brukernes rett til helsehjelp er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Funn i studien kan imidlertid tyde på at brukere med trussel- og voldsatferd, som ønsker behandling eller helsetjenester, i realiteten får redusert tilbud om helsehjelp. Brukernes trussel- og voldsatferd ble av helse- og sosialarbeiderne og medarbeiderne med brukererfaring beskrevet som en vanlig utskrivelsesgrunn i døgnbehandling i Tverrfaglig

spesialisert behandling for rusproblemer (TSB), og pasienter ble gjerne gitt rettigheter til helsehjelp på et lavere behandlingsnivå grunnet voldelig atferd. I et pasientrettighetsperspektiv er dette et funn som er viktig å synliggjøre, og denne beskrivelsen av praksis bekreftes i NOU fra 2010, i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) og erfaring fra «Sent-ute»- prosjektet (NOU 2010:3, s.63; Prop. 15 s (2015-2016), s.49; Bergen kommune, 2021, s. 5). Behandlingsplasser i TSB er ikke tilpasset brukere med høy grad av psykiatriske symptomer, omfattende rusproblematikk og voldshistorikk. Voldsatferd kan ekskludere pasienter fra behandling, og dyssosial og skremmende atferd kan medføre at de lett kan falle ut av hjelpetilbudet (NOU 2010:3, s.63; Bergen kommune, 2021, s. 5). Sammen kan dette tyde på at det på dette området er langt mellom «liv og lære», og at personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd får et redusert tilbud, og ikke et behandlingstilbud eller tiltak som er tilpasset den voldsrisikoen de vurderes å utgjøre. En praksis der ROP-pasienter skrives ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten på grunn av voldsatferd kan hverken være i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven eller hensynet til samfunnsvern. Hensynet til å beskytte ansatte i en akutt situasjon kan føre til at en ikke kan iverksette tiltak som kan redusere risiko på lengre sikt, i tråd med nasjonale råd for risikovurdering i spesialisthelsetjenesten og R-N-R-modellen.

Hvordan helsevesenet skal håndtere situasjoner der brukerne har behov for- og rett til helsehjelp men er samtykkekompetent, avviser hjelp og samtidig utgjør en sikkerhetsrisiko, er det pr. i dag svært vanskelig å finne veiledning på i lovverk eller andre helsepolitiske dokumenter. Trussel- og voldsatferd kan lede til et straffespor med kontakt med politi og kriminalomsorg. Det ser imidlertid ut til å være mer utfordrende å etablere helsehjelp og samordnede og koordinerte tjenester rundt brukerne. Det fordrer i tilfelle tydelige risikohåndteringsplaner og kriterieutløste intervensjoner, i tråd med skisserte anbefalinger i NOU 2010:3 og nasjonale råd for voldsrisikovurdering. Tvangsinnleggelse i Psykisk helsevernloven kan være aktuelt dersom kriteriet om «alvorlig sinnslidelse» og farevilkåret vurderes å være tilstede. Det kan imidlertid synes som diskusjoner rundt hva som defineres som «alvorlig sinnslidelse» og hvorvidt det er rusavhengigheten eller den psykiske lidelsen som er den primære lidelsen, kan komplisere og gi en forhøyet terskel for helsehjelp.

I denne studien er helsepolitiske rammebetingelser også definert og avgrenset til å kunne være reformer, ideologi og verdier og organisering av tjenestene. Avslutningsvis vil det, med utgangspunkt i funnene fra denne studien, diskuteres hvordan noen slike helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen som tilbys brukerne og hjelpenes handlingsrom.

Ut fra funnene i denne studien ser organisering av tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd ut til å påvirke oppfølgingsarbeidet i stor grad. På tvers av de tre fokusgruppene ble det gitt flere eksempler på at brukerne møter et fragmentert behandlingsapparat der blant annet liten tid og krav til effektivitet vurderes å begrense muligheten til å gjøre grundige vurderinger og gi god faglig helsehjelp. Redusert tilbud om døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten, mangel på integrerte behandlingstilbud til ROP-pasienter og utilstrekkelige helse- og omsorgstjenester i kommunen ble trukket frem. Deltakerne fortalte også om effektivitetskrav og krav til pasientgjennomstrømning som forhold som reduserte muligheten for fleksibilitet og tilrettelegging av gode pasientforløp.

Tross anbefalinger om helhetlig, integrert, koordinert og samtidig helsehjelp til personer med ROP-lidelse i flere nasjonale retningslinjer og helsepolitiske dokumenter, bekrefter funn fra studien det som fremkommer i revisjoner og rapporter fra ulike tilsyn; Det er utfordrende å få til samordnete og koordinerte tjenester rundt personer med ROP-lidelse, og utveksling av vesentlig informasjon om brukerne er mangelfull. Heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten er redusert, og kommunen fikk, som følge av Samhandlingsreformen fra 2012, større ansvar for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene har imidlertid ikke fått styrket tilbudet tilsvarende (Riksrevisjonen, 2016, i Fredwall, 2018 s. 38).

Spesielt fremhevet helse- og sosialarbeiderne diskusjoner og uenighet rundt ansvaret for ROP-pasientene mellom Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Dette sammenfaller med erfaringer fra «Sent-ute» prosjektet der det mellom Psykiatrisk klinikk, kommunen og TSB oppleves å være store forskjeller i vurderinger av ROP-pasienter med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde (Bergen kommune, 2021, s.1). Dette kan handle om grunnleggende forskjeller mellom psykisk helsevern, TSB og kommune, der forskjeller i kunnskapssyn, fagfeltets historie og kultur

kommer til uttrykk i praksis. Ekeland vektlegger særlig betydningen av kunnskapssyn og viser til at evidensbasert praksis, som bygger på en objektontologisk epistemologi, har fått fotfeste og at et slikt kunnskapssyn medfører problematiske praksiser (Ekeland, 2021, s.33). Ekeland fremhever at psykisk helsevern og rusbehandling har mange brukere med sammensatte problemer, de profesjonelle møter subjekter og at behandlingen må skreddersys den enkelte (Ekeland, 2021, s. 67).

Samtidig som anbefalinger i retningslinjene bygger på kunnskapsbasert praksis fremheves også Recovery-orienterte tilnærminger som bygger på et subjektontologisk kunnskapssyn. Her sees pasientene som subjekter og aktører, og brukermedvirkning, brukerstyrte innleggelse og ansettelse av personer med erfaringskompetanse fremheves. Brukermedvirkning fremheves i de fleste helsepolitiske dokumenter som en modell for oppfølgingen av mennesker med langvarig behov for hjelp (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2015; Helsedirektoratet, 2018). I rapporten om erfaringskonsulenters opplevelse av sin arbeidssituasjon vises det til at rammene som legges for integrering av erfaringskonsulenter og bruk av erfaringskompetanse, krever andre rammer enn den evidensbaserte praksis som er dominerende på rus- og psykisk helsefeltet i dag (Åkerblom et al., 2020, s 21).

Det formidles altså forankring både i et objektontologisk kunnskapssyn og i et subjektontologisk kunnskapssyn i nasjonale retningslinjer. Det presiseres imidlertid at de nasjonale faglige retningslinjene ikke er absolutte og at det er nødvendig å bruke klinisk skjønn for å vurdere relevansen i anbefalingene (Helsedirektoratet, 2012c, s. 12). Tross retningslinjenes rom for å bruke klinisk skjønn vil møtet mellom to ulike kunnskapssyn i praksisfeltet trolig gi grobunn for uenigheter, ulike vurderinger og forståelser av ROP-pasientenes komplekse behov, og om hva som er riktig tilnærming og helsehjelp. Dette ble også formidlet av deltakerne i studien, og ser ut til å påvirke oppfølgingen og hjelpetilbud som tilbys brukerne.

Et interessant funn i denne studien som beskriver forholdet mellom det å følge helsepolitiske føringer og ta autonome valg i en klinisk kontekst, er *medarbeiderne med brukererfaring* sine betraktninger rundt oppfølging av personer med ROP-lidelse og trussel-

og voldsatferd. Flere av medarbeiderne sa de opplevde at HMS-krav knyttet til ansattes sikkerhet kunne begrense fleksibiliteten i oppfølgingsarbeidet, og de ønsket i større grad å gjøre egne vurderinger av voldsrisiko. En av medarbeiderne fortalte også at han i mange situasjoner tok egne beslutninger utfra egne vurderinger, og heller tok kjeften etterpå. Flere av medarbeiderne med brukererfaring mente at deres erfaringskompetanse, relasjon og direkte kommunikasjon med brukerne var et fortrinn i møtet brukere med trussel- og voldsatferd. Flere hadde opplevd at noen brukere ble trigget av oppfølgere med fagkompetanse, og at brukerne forholdt seg annerledes til dem ettersom de hadde brukererfaring. Slik medarbeiderne med brukererfaring beskrev og eksemplifiserte sin tilnærming, sammenfaller med prinsippet «Responsivity» i R-N-R-modellen der generelle prinsipper for god behandling som for eksempel varm, empatisk og støttende stil og evne til å gi tilbakemelding på ikke-dømmende måte fremheves (Andrews & Bonta, 2011, s.735).

Med bakgrunn i presentert forskning, erfaringer fra samarbeidsprosjekt i praksisfeltet og funn i denne studien, kan det oppsummeres at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd. Både eksisterende – og manglende rammebetingelser påvirker hjelpenes handlingsrom og grad av klinisk autonomi. I rusfeltet har det å hjelpe personer med ROP-lidelse blitt omtalt som et «wicked problem» (Evjen et. al.,2012, i Fredwall, 2018, s. 42). Begrepet knyttes til at den eksisterende spesialiseringen og organiseringen ikke er egnet til å håndtere komplekse samfunnsmessige utfordringer, og at det krever nye former for samordning og kryssing av formelle grenser (Grimsmo et al. i Fredwall , 2018, s. 58). Uttrykket vurderes også å være dekkende som oppsummering for flere av funnene i denne studien.

7.2 Implikasjoner for forskning og praksis

Oppsummert tegner det seg områder som vurderes aktuelt å utforske videre og som kan ha implikasjoner for praksis.

Det kan synes å være behov for å evaluere konsekvenser av endringene i psykisk helsevernloven og utforske uklarheter rundt vurdering av personer med ROP-lidelers samtykkekompetanse. Den påvirkningen som rusmiddelbruk gir, og personer med ROP-

lidelse sine komplekse utfordringer, bør i større grad vektlegges som del av vurderingsgrunnlaget.

Særlig i kommunen ser det ut til å være behov for kunnskap om voldsrisikovurdering og modeller som R-N-R for å gi brukere med trussel- og voldsatferd helsehjelp samtidig som ansattes sikkerhet ivaretas. Etablering av formelle samarbeidsstrukturer på systemnivå bør inngå som del av felles nasjonale modeller som utvikles for det praktiske oppfølgingsarbeidet. Voldsrisikovurdering og samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og politi vil være sentralt. Erfaringskompetanse i oppfølgingsarbeidet med brukere som har trussel- og voldsatferd bør utforskes nærmere som viktig ressurs i arbeidet. I utviklingsarbeidet bør det sees til erfaringer fra samarbeidsprosjektene som er gjennomført i Norge og den danske PSP-modellen.

Det bør etableres fora både på system- og operativt nivå der problemstillinger knyttet til oppfølgingsarbeidet med brukerne kan drøftes og reflekteres rundt. Dette kan være problemstillinger som omhandler både juridiske, helse- og sosialfaglige og etiske spørsmål.

7.3 Styrker og begrensninger ved studien

Refleksivitet innebærer å ha en aktiv holdning der vi erkjenner og vurderer betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 21). I alle stegene i forskningsprosessen har jeg tilstrebet å være bevisst eget ståsted og mulighet for påvirkning. Jeg vil starte diskusjonen rundt studiens styrker og begrensninger med å synliggjøre noen av mine valg i forskningsprosessen, og mine refleksjoner rundt disse valgene. Deretter diskuteres studiens interne validitet, og grad av overførbarhet til andre kontekster.

Både min utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring har påvirket stegene og valgene i forskningsprosessen. Valg av tema for studien var særlig knyttet til erfaringer fra min nåværende stilling som rådgiver i Etat for sosiale tjenester i Bergen kommune der problemstillinger fra tjenestene rundt oppfølging og helsetjenester til personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd oppleves å ha økt de siste årene. Deltakelse i referansegruppen til prosjektet «Sent ute» har også skapt interesse for spørsmål knyttet til fagfeltet psykisk helse, jus og etikk.

Forskningsspørsmålet omhandler hvordan systemets rammer påvirker oppfølgerne og ansatte i politiet på et individnivå. Denne innfallsvinkelen til tema kan knyttes til min sosialfaglige bakgrunn med faglig forankring i Systemteori og det interaksjonistiske perspektiv (Shulman, 1992). Innenfor dette perspektivet betraktes individene som en del, og produkt, av systemene personen inngår i, og det foregår samhandling mellom individet og de ulike systemene. Perspektivet bygger på et humanistisk menneskesyn der man tenker at endring er mulig, og individet betraktes som aktivt handlende og utvelgende (Shulman, 1992).

Jeg besluttet tidlig å rekruttere deltakerne til fokusgruppene med *helse- og sosialarbeiderne* og *medarbeiderne med brukererfaring* fra annen kommune enn den jeg jobber i. Dette var et valg som ble tatt av hensyn til at jeg, i kraft av min rådgiverstilling i Bergen kommune, ville kunne påvirket deltakere i studien om de jobbet inne psykisk helse- og rusfeltet i Bergen. Det vurderes som en styrke ved studien at jeg, i selve intervjusituasjonen, hadde mulighet til kun å være i rollen som masterstudent og forsker, og at deltakerne ikke visste noe om min arbeidssituasjon utover at jeg jobbet i psykisk helse- og rusfeltet. Ingen av deltakerne i fokusgruppen med politiet hadde kjennskap til min rådgiverrolle eller arbeidsfelt.

I intervjuene benyttet jeg to forskjellige sekretærer. Sekretæren som deltok i intervjuene med oppfølgerne deltok ikke intervjuet med politiet ettersom hun utfra sitt arbeid, kunne hatt jobbforbindelser til deltakerne i politiet. Med bakgrunn i disse valgene vurderes det at datainnsamlingen og deltakernes svar ikke er påvirket av min rolle som rådgiver eller av sekretærenes arbeidssituasjon.

I analyse av data vil forforståelse kunne påvirke tolkningen av data. En begrensning i studien kan være den nærhet til temaet som jeg har gjennom arbeidet mitt, og særlig som deltaker i referansegruppen til prosjektet «Sent ute». Dette kan medføre det som beskrives som feltblindhet der jeg i rollen som forsker vil lete etter uttalelser fra informantene og litteratur og forskning som bekrefter min egen forforståelse og erfaringer. Dette kan føre til at jeg som forsker overser spor som kan lede til ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 155). Samtidig påpeker Malterud at feltkunnskap og profesjonserfaring kan gi en umiddelbar forståelse av mange fenomener der en som forsker går mer målrettet inn (Malterud, 2017, s. 155).

Analyseprosessen vurderes å ha vært transparent ved at den har vært tilgjengelig for innsyn og innspill fra andre (Malterud, 2017, s. 36). Begge sekretærene leste gjennom transkriptene fra intervjuene og gav innspill på hva de så som foreløpige temaer. Både hovedveileder og biveileder har deltatt i alle fire trinnene i analysen. Hovedveileders utdanning som ergoterapeut med doktorgrad innen psykisk helsearbeid og biveileders erfaringsbakgrunn som psykolog innenfor sikkerhetspsykiatrien representerer ulike faglige perspektiv som data er tolket og analysert utfra. Disse forholdene vurderes å ha bidratt til intersubjektivitet i studien.

Intern validitet handler om hva dataene sier noe om og om svarene vi har fått er gyldige i forhold til spørsmålene vi har stilt (Malterud, 2017, s.23). Tema og mål med studien, og foreløpig forskningsspørsmål ble beskrevet i informasjonsskrivet som ble sendt til deltakerne i forkant av at de samtykket til å delta. Før intervjuene startet repeterte jeg kort studiens mål og forskningsspørsmål. Jeg presiserte også at forskningsspørsmålet handlet om personer med *ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd*, og ikke rusavhengige generelt.

At alle de 18 deltakerne var etnisk norske og hadde samme språkbakgrunn kan vurderes å være en styrke når det gjelder studiens interne validitet. Dette kan ha redusert muligheten for språklige misforståelser. Begreper oppfattes imidlertid ikke på samme måte av dem som blir spurt, og vi kan dermed risikere at folk snakker sant om noe annet enn det vi ønsker å spørre dem om (Malterud, 2017, s.23). I fokusgruppen med *medarbeiderne med brukererfaring* forstod ikke deltakerne hva jeg mente med begrepet «helsepolitiske føringer» i det første spørsmålet, og jeg valgte, etter en stunds stillhet, å repetere informasjonen fra informasjonsskrivet og gav noen få konkrete eksempler på hva det kunne være. Jeg vurderte det som viktig for den interne validiteten å definere og eksemplifisere begrepet slik det ble brukt i studien. Brukerne sa at de først hadde oppfattet spørsmålet som et kunnskapsspørsmål der jeg søkte ett riktig svar. I etterkant ser jeg at dette spørsmålet burde vært endret fordi det var noe omfattende og «krevende» som innledende spørsmål. Dersom jeg skulle gjennomført flere fokusgruppeintervju ville jeg endret det innledende spørsmålet og tydeliggjort begreper ytterligere i informasjonsskrivet og i den innledende informasjonen før intervjuene. Denne uklarheten rundt begrepet «helsepolitiske føringer» kan ha påvirket den interne validiteten og således være en begrensning ved studien. Det

vurderes imidlertid at repetisjon av informasjon og eksempler var klargjørende for deltakerne. Det var ingen som tilbakemeldte uklarheter rundt begrepet i de andre to fokusgruppene.

At forskeren og deltakerne har felles forståelse av spørsmålene betyr ikke at en ikke skal åpne opp for at erfaringer og data kan skape nye spørsmål (Malterud, 2012, s. 132). I intervjuet med *medarbeiderne med brukererfaring* sa en av deltakerne på slutten av intervjuet at han trodde et tema i intervjuet skulle være «brukere innlagt i frivillig behandling i TSB som utskrives på grunn av voldelig atferd». Trussel- og voldsatferd som hinder for helsehjelp hadde vært tema tidligere i intervjuet, men da med annen vinkling. Dette innspillet til deltakeren åpnet opp for samtale rundt et tema som viste seg å bli et av de sentrale funnene i studien, og belyser hvor viktig det er, at en som forsker, er åpen for det som deltakerne uttrykker og bringer «til torgs» i kvalitative studier (Malterud, 2017, s. 134).

I vurdering av utvalgets informasjonsstyrke er følgende fem dimensjoner relevante å ta stilling til: Studiens problemstilling, utvalgets match til problemstillingen, teoretiske perspektiver til å tolke data, intervjuenes styrke og analysestrategien som er valgt (Malterud, 2017, s. 64). I studien benyttet jeg strategisk utvalg og følgende forhold spilte inn på informasjonsstyrken: Studiens formål kan sies å være bredt og overordnet. Forskningsspørsmål omhandler fenomen på et systemnivå, og kan gjerne oppleves å være lite konkret, noe som uklarhetene rundt begrepet «helsepolitiske rammebetingelser» i den ene fokusgruppen kan være et uttrykk for. Dette kan gi en lavere informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 64).

Fokusgruppeintervjuene vurderes å ha gitt et rikt og innholdsrikt materiale. Deltakerne bidro med rikholdige fortellinger, eksempler på hendelser og refleksjoner rundt tema.

Mangfold og variasjon i utvalget kan gi bedre informasjonsstyrke og utfordre konklusjoner som først synes opplagte. De tre fokusgruppene bidro til å belyse forskningsspørsmålet fra ulike perspektiv, som alle vurderes som relevante med tanke på at personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd både har kontakt med kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og politi. Fokusgruppene representerte både et helse- og sosialfaglig perspektiv, et kontroll- og myndighetsperspektiv og et brukerperspektiv.

Samtidig som de tre fokusgruppene gav variasjon og mangfold i utvalget, var hver av fokusgruppene homogene og bestod av deltakere med samme bakgrunn; enten ansatte i politiet, andre med helse- og sosialfaglig bakgrunn eller egen erfaring med psykiske problem og/ eller rusproblem. I rekrutteringen av deltakere vektla jeg at deltakerne hadde erfaring både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten slik at fenomenet kunne utforskes fra flest mulig sider. I gruppene med helse- og sosialarbeidere jobbet tre i spesialisthelsetjenesten; to i TSB og en i psykisk helsevern. Tre jobbet i kommunen; en i ambulans behandlingsteam og to i helse- og sosialtjenesten. I gruppen med medarbeidere med brukererfaring jobbet tre i spesialisthelsetjenesten; en som erfaringskonsulent i TSB og to jobbet med behandling i TSB. Tre jobbet i kommunen, en i ambulans behandlingsteam og to i bo oppfølgingstjeneste. Det vurderes å være svært relevant for forskningsspørsmålet at både kommune- og spesialisthelsetjenesteperspektivet var representert med lik andel deltakere i fokusgruppene. Homogenitet i fokusgruppene vurderes å ha vært en fordel under selve intervjuet, og i analysearbeidet representerte de tre fokusgruppene ulike perspektiver som var lett å holde atskilt. Utvalget vurderes i stor grad å matche problemstillingen. Å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse bidro til å sikre at de rekrutterte informantene hadde relevant informasjon om temaet for studien.

Den teoretiske referanserammen med redegjørelse og diskusjon rundt begrepet autonomi vurderes som relevant og sentralt for tolkning av data. I resultatene er både brukernes autonomi og oppfølgernes grad av klinisk autonomi sentralt. Ethiske dilemma knyttet til frivillighet og respekt for brukers autonomi versus prinsippet om velgjørenhet, og noen ganger å «dytte» brukerne i ønsket retning var gjennomgående tema.

Utvalget har stor betydning for vurderingen av ekstern validitet og i hvilken grad funnene i studien er overførbare til andre kontekster og sammenhenger. Deltakernes bakgrunn både fra rus- og psykisk helsetjeneste i kommune og spesialisthelsetjeneste, og politi, vurderes å være relevant og overførbart til rus- og psykisk helsetjeneste i kommune og spesialisthelsetjeneste og politi i hele Norge. Fokus i forskningsspørsmålet var helsepolitiske rammebetingelsene der lovverk ble et sentralt tema i intervjuene. En begrensning når det gjelder overførbarehet kan være at personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd ofte tilhører en marginal gruppe og illegalt miljø som kan knyttet til åpne russcener der trusler og

vold er utbredt (Lundeberg og Mjåland, 2017 s. 197). Åpne russcener er i stor grad et storbyfenomen, og studiens funn er kanskje ikke like relevante og overførbare til psykisk helse- og rustjenestene i distriktene, med tanke på at omfanget av brukere med trussel- og voldsatferd sannsynligvis vil være mindre. Det vurderes likevel at studiens funn er overførbare og relevante for oppfølgingsarbeidet med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd i de fleste psykisk helse- og rustjenester i hele landet.

8.0 Avslutning

Målet med denne studien var å utforske hvordan helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og politiet, som jobber direkte med personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd, opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr brukerne.

Med bakgrunn i funnene fra studien, forskning og kunnskap og erfaringer fra samarbeidsprosjekter i praksisfeltet, vil jeg oppsummere at personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd har komplekse utfordringer, og å gi oppfølging og helsehjelp til brukerne krever stor grad av samarbeid og koordinering både i, og mellom, instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Lovverket ser ut til å gi forhøyet terskel for helsehjelp og særlige identifiseres terskel for tvangsinnleggelse i psykisk helsevern og taushetspliktbestemmelser som barrierer for helsehjelp. Det er usikkerhet rundt vurdering som gjøres av rusavhengiges samtykkekompetanse, og bekymring for at særlig brukerne med ROP-lidelse og størst hjelpebehov blir skadelidende. Å følge opp brukerne gir etiske dilemma for oppfølgerne, og et vanlig dilemma er om en skal handle utfra prinsippet om å respektere brukernes autonomi eller prinsippet om velgjørenhet. Autonomiidealet i helsevesenet kan se ut til å spisse disse dilemmaene.

Det mangler et overordnet rammeverk for hvordan oppfølgerne praktisk kan tilby helsehjelp til personer med ROP- lidelse og trussel- og voldsatferd samtidig som ansattes sikkerhet ivaretas. Tross pasientrettigheter ser brukernes trussel- og voldsatferd ut til å redusere

mulighet for spesialisert behandling, og det er spesielt utfordrende for kommunen å gi ambulerende helsetjeneste. Ønske om strukturer for samarbeid mellom helsevesen og politi ble formidlet i denne studien, og erfaringer fra noen få samarbeidsprosjekt viser at samarbeid mellom helse og politi kan gi brukerne bedre helsehjelp.

Det kan konkluderes med at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingsarbeidet som *helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring* og *politi* tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd. I denne studien ble det særlig fremhevet hvordan helsepolitiske rammebetingelser, og mangel på helsepolitiske rammebetingelser, hemmet oppfølgingsarbeidet med brukerne. Bekymringen som deltakerne formidlet så ut til å være større enn handlingsrommet deres.

9.0 Referanseliste

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). *The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*. I S. McNamee & K. J. Gergen (red), *Inquiries in social construction. Therapy as social construction*, 25–39. Sage Publications, Inc.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model. Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal justice and behavior* 2011 (38), 735-755.
<https://doi:10.1177/0093854811406356>
- Arbeidstilsynet. (2017). *Vold og trusler*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/pageAsPdf?showAsImage=true>
- Bahus, M.K, Friis, P. & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi- en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk Juss*, 44 (2), 56-78.
<https://DOI: 10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*. (7. utgave). Oxford University Press.
- Bergen kommune.(2019). *Handlingsplan mot åpne russcener 2019-2022*
<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-enkeltplaner/byradsavd-for-arbeid-sosial-og-bolig/handlingsplan-mot-apne-russcener-2019-til-2022>
- Bergen kommune.(2019). Byrådssak: *Høringsuttalelse til lovforslag NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven*
<https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/2202308/Framstilling-Horingsuttalelse-til-lovforslag-NOU-2019-14-Tvangsbegrensingsloven>
- Bergen kommune.(2020). *Plan for rusfeltet 2018-2022*
 Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-enkeltplaner/byradsavd-for-arbeid-sosial-og-bolig/plan-for-rusfeltet-2018-2022>
- Bergen kommune.(2021). *Erfaringer fra prosjekt «Sent ute» etter 2 års operativ drift*. Notat med referanse 2019/34129-13.
- Borg M., Karlsson B., Stenhammer A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA Rapport nr. 4/2013).
<http://www.napha.no/attachment.ap?id=92>
- Bringedal, B. og Carlsen, B.(2018). *Styring for kvalitet og likebehandling*. I: Aasen, H. S, Bringedal, B., Bærøe, K. og Magnussen, A-M. (red.) *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.

- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (4. utgave) Thousands Oaks, Calif.,: SAGE Publicatins, Inc.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier. Arbeidsnotat nr. 6/2004
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/31110/6-2004%2c%20Ekeland%2c%20Autonomi%20og%20evidensbasert%20praksis.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis, et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
<https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Ekeland, T.-J., Stefansen, J. og Steinstø, N.-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning* Vol. 14 (No. 1), 2–14.
https://www.researchgate.net/publication/274383260_Klinisk_autonomi_i_evidensens_tid_Styringspolitiske_utfordringer_for_klinisk_praksis_Tor-Johan_Ekeland_Jon_Stefansen_og_Nils-Olaf_Steinsto
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
<https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>
- Forvaltningsloven (1967) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10) Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=Forvaltningsloven>
- Fredwall, T.E. (2018) *En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse*.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2496896/Samtidig%20rusmiddellidelse%20og%20psykisk%20lidelse-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. (2019). *Høring - NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?expand=horings svar&lastvisited=afd5b5a8-2105-49a3-94de-da9239a1c5f6>
- Gerdner, A. og M. Berglund.(2009). *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. Till Missbruksutredningen*. Socialdepartementet.

- Helse Bergen.(2019). *Høringsuttale – NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?uid=2b715ba1-aabd-4f18-b248-9888e83fd30e>
- Helsedirektoratet (2012a). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet og Politidirektoratet (2012b) *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. S-5/2012*
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid/Helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2012c). *Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Nasjonal veileder.*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.*
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/saerlige-samtykkebestemmelser#paragraf-2-1-hovedregelen-om-samtykke>
- Helsedirektoratet (2018) *Voldsrisikovurdering ved alvorlig psykisk lidelse. Nasjonale faglige råd*
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
- Helsedirektoratet (2020) *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017*
Rapport IS-2888

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/>

Helse- og omsorgstjenesteloven.(2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven .(1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64) Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven%20\(1999\)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven%20(1999))

Helsetilsynet. (2019). *Det heng dårlig saman - Landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusproblem og psykisk lidning- oppsummeringsrapport* (Rapport nr. 6)

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/det-heng-darleg-saman-landsomfattande-tilsyn-i-20172018-med-kommunale-tenester-til-personar-med-samtidig-rusmiddelproblem-og-psykisk-liding-oppsummeringsrapport/>

Hustvedt, I.B., Bosnic, H. og Håland, M. E. (2020). *BrukerPlan årsrapport 2019.*

Tjenestemottakere med rusproblemer og psykisk helseproblemer i kommunen

<https://www.brukerplan.no/5650 BrukerPlan Årsrapport digital 2020 06 02 ef.pdf>

Kant. I. (1997). *Morallov og frihet. Moralfilosofiske skrifter* (E. Storheim, Overs.) Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 1785)

Kompetansesenter rus- region vest Bergen. Stiftelsen Bergensklinikkene.(2014). *Evaluering av rusprosjektet Ytrebygdmodellen 2006-2011*

<https://docplayer.me/1364144-Evaluering-av-rusprosjektet-ytrebygdmodellen.html>

KRÅD (2011) *Høringsuttalelse - utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet*

https://www.regjeringen.no/contentassets/84dac6b150a34bd3836958333187bdb2/krad_p.pdf?uid=Det_kriminalitetsforebyggende_råd

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

Lundeberg, Ingrid Rindal og Mjåland, Kristian.(2017). *Åpne russcener i Bergen etter stengningen av Nygårdsparken; En studie av strategi, tiltak og brukererfaringer.*

Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen

<https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/15880/Sluttrapport%20Åpne%20russcener%20i%20Bergen%20korrigert%20og%20endelig.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Mackenzie, C. og Stoljar, N. (2000) *Autonomy Refigured* i Heggstad, A. K.T. (2016).

Verdighet og autonomi i demens og psykisk helsearbeid i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 13 (4), 381-386.

<https://DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2016-04-10>

Malt, U. (2020, 30. juli). Klinisk. I *Store medisinske leksikon*.

<https://sml.snl.no/klinisk>

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

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

Meld. St. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

NOU 2010: 3 (2010) *Drap i Norge i perioden 2004 – 2009*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>

NOU 2011: 9 (2011) *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>

NOU 2019:14 (2019). *Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>

Ose, S.O., Kaspersen, S. L., Hilland, G.H., Kalseth, J., Ådnanes, M. (2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2019/Kommunalt%20psykisk%20helse%20og%20rusarbeid%202019.pdf/_attachment/inline/59d6f697-9aba-4e0d-8447-62c6b5bb08a6:3826c145e7348817deb326a0694b809a101cef36/Kommunalt%20psykisk%20helse%20og%20rusarbeid%202019.pdf

Ot.prp.nr. 29 (1990/1991) Lov om sosiale tjenester

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1990-91&paid=4&wid=a&psid=DIVL1041>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven%20\(1999\)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven%20(1999))

Pedersen, R. & Nortvedt, P.(2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal.

Pettersen, H. og Lofthus, A.-M. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15 (2-3), 112-123

<https://DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03>

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano.(2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utgave). Wolters Kluwer cop.

Politiregisterloven.(2010).Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (LOV-2010-05-28-16). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-05-28-16?q=politiregisterloven>

Prop. 147 L (2015-2016) *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/>

Prop. 15 S (2015-2016). *Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>

Psykisk helsevernloven.(1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rasmussen, Ø. (2002.)Jus og psykiatri- før og nå. I Kruger, K., Lilleholt, K.,& Holgersen, G.(Red.), *Nybrott og odling: Festskrift til Nils Nygård på 70 årsdagen* (s. 605-624) Fagbokforlaget.

Sagdahl, M. (2019). Autonomi. I Store medisinske leksikon

<https://snl.no/autonomi - filosofi>

Sestoft, D., Ramussen, M.F., Vitus, K. & Kongsrud, L. (2014). The police, social services and

psychiatry cooperation in Denmark—A new model of working practice between governmental sectors. A description of the concept, process, practice and experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 370-375.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.007>

Shulman, L. (1992). *The skills of helping* (3.utgave) E Peacock publishers Inc.,

SIFER (2016) *Rapport fra MAS-prosjektet*

<https://sifer.no/wp-content/uploads/2019/08/Mellom Alle Stoler - Samlet rapport.pdf>

Skog Hansen, I. L., Tofteng, M., Sørensen Holst, L., Salte Flatval, V. og Bråthen, K. (2019) *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Tredje statusrapport, nr. 33) FAFO

<https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/item/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-5>

Solberg, B. (2020). Pasientautonomi og brukermedvirkning i helsetjenesten – hvorfor så verdifullt? *Michael* 2020/ 24, 45-55

<https://www.michaeljournal.no/i/2020/08/Pasientautonomi-og-bruker-medvirkning-i-helsetjenesten---hvorfor-sa-verdifullt-->

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stavanger kommune. (2019). *Ruspolitisk handlingsplan 2019-2023*

https://helse-velferd-planer.stavanger.kommune.no/wp-content/uploads/sites/25/2019/11/StavangerKommune-35-SG-Ruspolitisk-Handlingsplan2019_2023_A4.pdf

Ursin, L. (2021). Pasientautonomi. I Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/pasientautonomi>

Utvåg, K. M., Steinkopf, S. & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. Er det rom for klinisk autonomi i et psykisk helsevern med stadig økt fokus på effektivitet og pasientgjennomstrømming? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 51 (10), 861 – 867.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2014/10/vilkar-klinisk-autonomi-og-dens-betydning-god-praksis>

Vedelsby, J. (2009). *PSP. Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri- inspiration til organiseringen*. KL, Danske Regioner, Rigspolitiet, Kriminalforsorgen og DKR

https://dkr.dk/media/7060/psp_pjece.pdf

Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4(3), 289–294.

<https://doi.org/10.1023/A:1012048907443>

Vitus, K. & Kjær, A.A. (2009). *Kortlægning af PSP-Frederiksberg-koncept, praksis, erfaring*.

Forskningsafdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse. Arbejdsrapport 14:2009. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

<https://www.vive.dk/media/pure/6422/444401>

Wierdsma, A.I, Poodt, H.D. & Mulder, C.L. (2007). Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission in *J Epidemiol Community Health* (61), 613–618.
<https://jech.bmj.com/content/jech/61/7/613.full.pdf>
[doi: 10.1136/jech.2005.044974](https://doi.org/10.1136/jech.2005.044974)

Wåde, M. og Hjellum, K. (2020) *BrukerPlan Bergen kommune 2019*, Bergen kommune.

Åkerblom, K.B., Agdal, R. & Haakseth, Ø.(2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?*
https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/06/Integrering_av_erfaringskompetanse.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv fokusgruppe 1 – Helse og sosialarbeidere

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) og atferd knyttet til trusler og vold.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av masterstudie i psykisk helse- og rusarbeid ved Høgskolen på Vestlandet. Formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold utfra følgende forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

Rammebetingelser kan være lovverk, retningslinjer, ideologi og verdier og organisering av tjenestene. I studien er det et mål å undersøke og utforske hvordan ansatte som jobber direkte med brukerne opplever at disse forholdene påvirker mulighetene for å hjelpe, og hva som oppleves å være til hinder i dette arbeidet. Utforskning og skriftliggjøring av ansattes erfaringer kan være et bidrag til å utvikle ny forståelse og kunnskap om brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Dette kan også legge grunnlag for utvikling av nye arbeidsmetoder i oppfølgingsarbeidet med, og samarbeidet rundt, brukerne.

For å samle inn data/opplysninger vil jeg gjennomføre fokusgruppeintervju med tre grupper à 6-8 deltakere i hver gruppe. Gruppene består av ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten og ansatte i politiet:

- Gruppe 1: Ansatte med bachelor i helse- og sosialfag
- Gruppe 2: Ansatte med brukererfaring
- Gruppe 3: Ansatte i politiet som har direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold

Opplysningene skal brukes i masterprosjekt der sluttproduktet vil være en vitenskapelig artikkel som publiseres. Det kan også bli aktuelt å bruke opplysningene i foredrag- og undervisningssammenheng.

Høgskolen på Vestlandet ved Liv Grethe Kinn er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi kontaktet din leder..... og fikk opplyst at du kunne være aktuell for deltakelse utfra studiens formål og kriterier for deltakelse. Du blir spurt om å delta utfra at du fyller kriteriene for å delta i:

Gruppe 1: Ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med bachelor i helse- og sosialfag

Inklusjonskriterier for deltakelse er:

- kvinner og menn i alderen 25- 60 år
- har bachelor i helse- og sosialfag og minimum tre års erfaring fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold
- har direkte brukerkontakt og jobber med individuell oppfølging/rehabilitering i helse- eller sosialtjenesten i kommunen eller i Psykisk helsevern eller Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten
- har erfaring fra samhandling og samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet
- har kjennskap til og/eller forvalter aktuelt tvangslovverk på rusfeltet og i psykisk helsevern (helse- og omsorgstjenesteloven/psykisk helsevernloven)

Eksklusjonskriterier for deltakelse er:

- mangler erfaring fra arbeid med personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppeintervju som varer mellom 60 og 90 minutter sammen med andre ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med bachelor i helse- og sosialfag.

Masterstudent Kari Hjellum vil lede gruppeintervjuet og ha med en medstudent som har rolle som sekretær.

I intervjuet vil du bli bedt om å gi en kort presentasjon av deg selv; fornavn, arbeidssted og din erfaring fra arbeid med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Resten av intervjuet skjer som gruppesamtale der det utveksles erfaringer og synspunkter med de andre gruppedeltakerne. Dersom deltakerne viser til enkeltsaker for å eksemplifisere, må sakene anonymiseres i henhold til gjeldende taushetspliktbestemmelser.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og overføres fra opptaker til pc slik at det kan krypteres og lagres på Høgskolen på Vestlandet sin forskningsserver. Når den krypterte lydfilen er lagret på egen pc med en ekstern sikkerhetskopi, slettes lydfilen fra lydopptakeren. Intervjuet vil bli transkribert.

Det er kun veiledere og student som vil ha tilgang til lydfilen.

Hovedveileder: Liv Grethe Kinn ved masterutdanningen i psykisk helse og rusarbeid, Høgskolen på Vestlandet, Campus Bergen.

Biveileder: Helge Andreas Hoff, psykologspesialist og PhD, Klinikk for sikkerhetspsykiatri, Helse Bergen

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Den krypterte datafilen slettes fra Høgskolen på Vestlandet sin server når vi avslutter forskningsprosjektet, senest august 2021.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskolen på Vestlandet ved hovedveileder Liv Grethe Kinn eller student Kari Hjellum.
- Vårt personvernombud: Trine Larsen

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

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

Med vennlig hilsen

Liv Grethe Kinn
Førsteamanuensis/hovedveileder

Kari Hjellum
masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv fokusgruppe 2 – Medarbeidere med brukererfaring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) og atferd knyttet til trusler og vold.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av masterstudie i psykisk helse- og rusarbeid ved Høgskolen på Vestlandet.

Formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold utfra følgende forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

Rammebetingelser kan være lovverk, retningslinjer, ideologi og verdier og organisering av tjenestene. I studien er det et mål å undersøke og utforske hvordan ansatte som jobber direkte med brukerne opplever at disse forholdene påvirker mulighetene for å hjelpe, og hva som oppleves å være til hinder i dette arbeidet. Utforsking og skriftliggjøring av ansattes erfaringer kan være et bidrag til å utvikle ny forståelse og kunnskap om brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Dette kan også legge grunnlag for utvikling av nye arbeidsmetoder i oppfølgingsarbeidet med, og samarbeidet rundt, brukerne.

For å samle inn data/opplysninger vil jeg gjennomføre fokusgruppeintervju med tre grupper à 6-8 deltakere i hver gruppe. Gruppene består av ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten og ansatte i politiet:

- Gruppe 1: Ansatte med bachelor i helse- og sosialfag
- Gruppe 2: Ansatte med brukererfaring
- Gruppe 3: Ansatte i politiet som har direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold

Opplysningene skal brukes i masterprosjekt der sluttproduktet vil være en vitenskapelig artikkel som publiseres. Det kan også bli aktuelt å bruke opplysningene i foredrag- og undervisningssammenheng.

Høgskolen på Vestlandet ved Liv Grethe Kinn er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi kontaktet din leder..... og fikk opplyst at du kunne være aktuell for deltakelse utfra studiens formål og kriterier for deltakelse. Du blir spurt om å delta utfra at du fyller kriteriene for å delta i:

Gruppe 2: Ansatte med brukererfaring

Inklusjonskriterier for deltakelse er:

- Kvinner og menn i alderen 25- 60 år
- Har egen erfaring med psykiske problemer og/eller rusproblematikk
- Er erfaringskonsulent, medarbeider med brukererfaring (MB) eller er ansatt i andre stillinger der brukererfaring er etterspurt kompetanse
- Har direkte brukerkontakt i arbeidet
- Har minimum ett års erfaring etter ansettelse fra oppfølgingsarbeid med personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold
- Har erfaring fra samhandling og samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet
- Har noe kjennskap til aktuelt tvangslovverk på rusfeltet og i psykisk helsevern (helse- og omsorgstjenesteloven/psykisk helsevernloven)

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppeintervju som varer mellom 60 og 90 minutter sammen med andre ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med brukererfaring.

Masterstudent Kari Hjellum vil lede gruppeintervjuet og ha med en medstudent som har rolle som sekretær.

I intervjuet vil du bli bedt om å gi en kort presentasjon av deg selv; navn, arbeidssted og din erfaring fra arbeid med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Resten av intervjuet skjer som gruppesamtale der det utveksles erfaringer og synspunkter med de andre gruppedeltakerne. Dersom deltakerne viser til enkeltsaker for å eksemplifisere, må sakene anonymiseres i henhold til gjeldende taushetspliktbestemmelser.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og overføres fra opptaker til pc slik at det kan krypteres og lagres på Høgskolen på Vestlandet sin forskningsserver. Når den krypterte lydfilen er lagret på egen pc med en ekstern sikkerhets kopi, slettes lydfilen fra lydopptakeren. Intervjuet vil bli transkribert.

Det er kun veiledere og student som vil ha tilgang til lydfilen.

Hovedveileder: Liv Grethe Kinn ved masterutdanningen i psykisk helse og rusarbeid, Høgskolen på Vestlandet, Campus Bergen.

Biveileder: Helge Andreas Hoff, psykologspesialist og PhD, Klinikk for sikkerhetspsykiatri, Helse Bergen

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Den krypterte datafilen slettes fra Høgskolen på Vestlandet sin server når vi avslutter forskningsprosjektet, senest august 2021.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskolen på Vestlandet ved hovedveileder Liv Grethe Kinn eller student Kari Hjellum.
- Vårt personvernombud: Trine Larsen

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

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

Med vennlig hilsen

Liv Grethe Kinn
Førsteamanuensis/hovedveileder

Kari Hjellum
masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv fokusgruppe 3 – Ansatte i politiet

Vil du delta i forskningsprosjektet**«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) og atferd knyttet til trusler og vold.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av masterstudie i psykisk helse- og rusarbeid ved Høgskolen på Vestlandet. Formålet er å utforske erfaringene til ansatte som jobber direkte med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold utfra følgende forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

Rammebetingelser kan være lovverk, ideologi og verdier og organisering av tjenestene. I studien er det et mål å undersøke og utforske hvordan ansatte som jobber direkte med brukerne opplever at disse forholdene påvirker mulighetene for å hjelpe, og hva som oppleves å være til hinder i dette arbeidet. Utforskning og skriftliggjøring av ansattes erfaringer kan være et bidrag til å utvikle ny forståelse og kunnskap om brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Dette kan også legge grunnlag for utvikling av nye arbeidsmetoder i oppfølgingsarbeidet med, og samarbeidet rundt, brukerne.

For å samle inn data/opplysninger vil jeg gjennomføre fokusgruppeintervju med tre grupper à 6-8 deltakere i hver gruppe. Gruppene består av ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten og ansatte i politiet:

- Gruppe 1: Ansatte med bachelor i helse- og sosialfag
- Gruppe 2: Ansatte med brukererfaring
- Gruppe 3: Ansatte i politiet som har direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold

Opplysningene skal brukes i masterprosjekt der sluttproduktet vil være en vitenskapelig artikkel som publiseres. Det kan også bli aktuelt å bruke opplysningene i foredrag- og undervisningssammenheng.

Høgskolen på Vestlandet ved Liv Grethe Kinn er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi kontaktet leder for XXXX avsnitt i Vest politidistrikt, XXXX og fikk opplyst at du kunne være aktuell for deltakelse utfra studiens formål og kriterier for deltakelse. Du blir spurt om å delta utfra at du fyller kriteriene for å delta i:

Gruppe 3) Ansatte i politiet som har direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold

Inklusjonskriterier for deltakelse er:

- Kvinner og menn i alderen 25- 60 år
- Har i arbeidet direkte kontakt med personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold
- Har minimum to års erfaring fra arbeid med personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold
- Har noe erfaring fra samhandling med andre instanser i hjelpeapparatet

Eksklusjonskriterier

Mangler erfaring fra arbeid med personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppeintervju som varer mellom 60 og 90 minutter sammen med andre ansatte i politiet som har direkte kontakt med personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold.

Student Kari Hjellum vil lede gruppeintervjuet og ha med en medstudent som har rolle som sekretær.

I intervjuet vil du bli bedt om å gi en kort presentasjon av deg selv; fornavn, arbeidssted og din erfaring fra arbeid med brukere med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold. Resten av intervjuet skjer som gruppesamtale der det utveksles erfaringer og synspunkter med de andre gruppedeltakerne. Dersom deltakerne viser til enkeltsaker for å eksemplifisere, må sakene anonymiseres i henhold til gjeldende taushetspliktbestemmelser.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og overføres fra opptaker til pc slik at det kan krypteres og lagres på Høgskolen på Vestlandet sin forskningsserver. Når den krypterte lydfilen er lagret på egen pc med en ekstern sikkerhetskopi, slettes lydfilen fra lydopptakeren. Intervjuet vil bli transkribert.

Det er kun veiledere og student som vil ha tilgang til lydfilen.

Hovedveileder: Liv Grethe Kinn ved masterutdanningen i psykisk helse og rusarbeid, Høgskolen på Vestlandet, Campus Bergen.
Biveileder: Helge Andreas Hoff, psykologspesialist og PhD, Klinikk for sikkerhetspsykiatri, Helse Bergen

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Den krypterte datafilen slettes fra Høgskolen på Vestlandet sin server når vi avslutter forskningsprosjektet, senest august 2021.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskolen på Vestlandet ved hovedveileder Liv Grethe Kinn eller masterstudent Kari Hjellum.
- Vårt personvernombud: Trine Larsen

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

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

Med vennlig hilsen

Liv Grethe Kinn
Førsteamanuensis/hovedveileder

Kari Hjellum
masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 – Intervjuguide fokusgruppe 1 – Helse- og sosialarbeidere

Intervjuguide for fokusgruppeintervju, gruppe 1

Gruppe 1: Ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med bachelor i helse- og sosialfag

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

- Presentasjon av meg selv og medstudent (sekretær)
- Kort presentasjon av studiens mål og bakgrunn samt beskrivelse av brukerne som er tema/målgruppe for studien

Informerer om at det er erfaringene fra arbeidet til deltakerne jeg ønsker å høre om og utforske, ikke pasienthistorier. Dersom de skal vise til eksempler må disse anonymiseres og taushetsplikt overholdes.

- Kort presentasjon av deltakerne
- Fornavn, arbeidssted og arbeidserfaring med brukere med ROP-lidelser og atferd knyttet til trusler- og vold

Intervju

1. Kan dere si noe om hvilke helsepolitiske føringer som styrer den daglige oppfølgingen av brukerne?
- Av de føringene dere nevner - hva har mest betydning for kvaliteten på det daglige oppfølgingsarbeidet med brukerne?
 - Kan dere gi noen eksempler på hvordan disse føringene preger det daglige oppfølgingsarbeidet?

2. Hvilke dilemmaer opplever dere i møte med brukerne når dere skal følge de gjeldende rammebetingelsene/helsepolitiske føringene for oppfølgingsarbeidet?
 - Kan dere gi noen eksempler?

3. Hvilke erfaringer har dere med tvangslovgivningen innen psykisk helse- og rusfeltet (psykisk helsevernlov og tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10)?
 - Kan dere gi noen eksempler?

4. Hvilke erfaringer har dere med endringer som skjer i tvangslovgivningen når det gjelder oppfølgingen av brukerne?
 - Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet lettere?
 - Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet vanskeligere?

5. Hvordan samarbeider dere med politiet i oppfølgingsarbeidet med brukerne?
 - Kan dere si noe om hvordan dette samarbeidet fungerer?

6. Har dere noen kommentarer til slutt – er det noe dere hadde tenkt på som vi ikke har fått snakket om?

7. Hvordan opplevde dere intervjusituasjonen?

Vedlegg 5 – Intervjuguide fokusgruppe 2 – Medarbeidere med brukererfaring

Intervjuguide fokusgruppeintervju, gruppe 2

Gruppe 2: Ansatte innen psykisk helse- og rusfeltet i kommunen og spesialisthelsetjenesten med brukererfaring

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

- Presentasjon av meg selv og medstudent (sekretær)
- Kort presentasjon av studiens mål og bakgrunn samt beskrivelse av brukerne som er tema/målgruppe for studien

Informerer om at det er erfaringene fra arbeidet til deltakerne jeg ønsker å høre om og utforske, ikke pasienthistorier. Dersom de skal vise til eksempler må disse anonymiseres og taushetsplikt overholdes.

- Kort presentasjon av deltakerne
- Fornavn, arbeidssted og arbeidserfaring med brukere med ROP-lidelser og atferd knyttet til trusler- og vold

Intervju

8. Kan dere si noe om hvilke helsepolitiske føringer som styrer den daglige oppfølgingen av brukerne?
- Av de føringene dere nevner - hva har mest betydning for kvaliteten på det daglige oppfølgingsarbeidet med brukerne?
 - Kan dere gi noen eksempler på hvordan disse føringene preger det daglige oppfølgingsarbeidet?

9. Hvilke dilemmaer opplever dere i møte med brukerne når dere skal følge de gjeldende rammebetingelsene/helsepolitiske føringene for oppfølgingsarbeidet?
- Kan dere gi noen eksempler?
10. Hvilke erfaringer har dere med tvangslovgivningen innen psykisk helse- og rusfeltet (psykisk helsevernlov og tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10)?
- Kan dere gi noen eksempler?
11. Hvilke erfaringer har dere med endringer som skjer i tvangslovgivningen når det gjelder oppfølgingen av brukerne?
- Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet lettere?
 - Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet vanskeligere?
12. Hvordan samarbeider dere med politiet i oppfølgingsarbeidet med brukerne?
- Kan dere si noe om hvordan dette samarbeidet fungerer?
13. Har dere noen kommentarer til slutt – er det noe dere hadde tenkt på som vi ikke har fått snakket om?
14. Hvordan opplevde dere intervjusituasjonen?

Vedlegg 6 – Intervjuguide fokusgruppe 3 – Ansatte i politiet

Intervjuguide for fokusgruppeintervju, gruppe 3

Gruppe 3: Ansatte i politiet

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker helsepolitiske rammebetingelser oppfølgingen som helse- og sosialarbeidere, medarbeidere med brukererfaring og ansatte i politiet gir personer med ROP- lidelse og atferd knyttet til trusler og vold?

- Presentasjon av meg selv og medstudent (sekretær)
- Kort presentasjon av studiens mål og bakgrunn samt beskrivelse av brukerne som er tema/målgruppe for studien

Informerer om at det er erfaringene fra arbeidet til deltakerne jeg ønsker å høre om og utforske, ikke pasienthistorier. Dersom de skal vise til eksempler må disse anonymiseres og taushetsplikt overholdes.

- Kort presentasjon av deltakerne
- Fornavn, arbeidssted og arbeidserfaring med brukere med ROP-lidelser og atferd knyttet til trusler- og vold

Intervju

15. Kan dere si noe om hvilke helsepolitiske føringer/rammebetingelser som styrer den daglige kontakten og oppfølgingen av brukerne?

- Av de føringene dere nevner - hva har mest betydning for kvaliteten på det daglige oppfølgingsarbeidet med brukerne?
- Kan dere gi noen eksempler på hvordan disse føringene preger det daglige oppfølgingsarbeidet?

16. Hvilke dilemmaer opplever dere i møte med brukerne når dere skal følge de gjeldende rammebetingelsene/helsepolitiske føringene for oppfølgingsarbeidet?

- Kan dere gi noen eksempler?

17. Hvilke erfaringer har dere med tvangslovgivningen innen psykisk helse- og rusfeltet (psykisk helsevernlov og tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10)?

- Kan dere gi noen eksempler?

18. Hvilke erfaringer har dere med endringer som skjer i tvangslovgivningen når det gjelder oppfølgingen av brukerne?

- Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet lettere?
- Er det noen av endringene som gjør oppfølgingsarbeidet vanskeligere?

19. Hvordan samarbeider dere med helse- og sosialarbeidere i psykisk helse- og rusfeltet i oppfølgingsarbeidet med brukerne?

- Kan dere si noe om hvordan dette samarbeidet fungerer?

20. Har dere noen kommentarer til slutt – er det noe dere hadde tenkt på som vi ikke har fått snakket om?

21. Hvordan opplevde dere intervjusituasjonen?

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

«Rammebetingelser for oppfølging av personer med ROP-lidelse og atferd knyttet til trusler og vold – en undersøkelse av ansattes erfaringer»

Referansenummer

229234

Registrert

24.06.2020 av Kari Hjellum - 952122@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for velferd og deltaking

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Liv Grethe Kinn, liv.grethe.kinn@hvl.no, tlf: 55585623

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kari Hjellum, kari.hjellum@gmail.com/ 952122@stud.hvl.no, tlf: 41769969

Prosjektperiode

01.07.2020 - 15.08.2021

Status

25.06.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

25.06.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.06.2020.

Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)