

# **Bruk av tvungent vern uten døgnbehandling**

*En kvantitativ studie*

*Use of compulsory care in outpatient treatment*

**Maria Løvsletten**



Høgskolen i **Hedmark**

Masteroppgave i psykisk helsearbeid, avdeling for Folkehelsefag

Master of mental health care

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

2012

## Forord

Den har vært spennende, arbeidskrevende og lærerikt å arbeide med denne masteroppgaven. Tvang er et tema innenfor psykisk helsevern som har fått økt fokus de siste årene, både fra pasienter og pårørende men også fra helsevesenet selv. Tvang uten døgnopphold er en ordning som har vært i lovverket siden 1961. Det å være underlagt tvang mens man oppholder seg i sitt eget hjem er en stor inngripen i et menneskes liv. Det er derfor viktig å undersøke hvordan denne ordningen fungerer. Men, det er et tema det har vært lite forsket på så det har vært en spennende prosess å arbeide med denne oppgaven.

Jeg vil takke min veileder Elisabeth Haug for gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis.

Jeg vil også takke min biveileder og prosjektleder for denne studien Arild Granerud for nyttige råd og tilbakemeldinger underveis.

I tillegg vil jeg takke Kjell Nordby og Torill Smaaberg for deres grundige arbeid med å samle inn data fra journalsystemet som denne studien bygger på.

Jeg vil også takke gode kollegaer for oppmuntring og støtte underveis i studiet.

Hamar 12/8-2012

Maria Løvsletten

<b>FORORD .....</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>8</b>
1.1 Bakgrunn og hensikt .....	8
1.2 Begrepsavklaringer .....	10
1.3 Psykisk helsearbeid .....	10
1.4 Valg av problemstillinger .....	12
1.5 Forforståelse .....	13
1.6 Oppbygging av oppgaven .....	14
<b>2. TVANG I PSYKISK HELSEVERN.....</b>	<b>15</b>
2.1 Tvang som begrep .....	15
2.2 Begrunnelse for vedtak om tvang .....	17
2.3 Lovverk som regulerer bruk av tvang.....	18
2.3.1 Psykisk helsevernloven .....	18
2.3.2 Pasientrettighetsloven.....	22
2.4 Forskning .....	24
2.4.1 Internasjonale studier .....	24
2.5. Rapporter om bruk av tvang.....	25
2.5.1 Bruk av tvang i psykisk helsevern.....	25
2.5.2 Omfang av bruk av tvang i 2010 .....	26
2.5.3 NOU 2011 om bruk av tvang .....	27
2.5.4 Pasienterfaringer med bruk av tvang .....	28
2.5.5 Tiltak for å redusere tvang.....	29
<b>3. TEORETISK FORSTÅELSESRAMME .....</b>	<b>30</b>
3.1 Makt og avmakt .....	30
3.2 Overordnede etiske verdier .....	32
3.2.1 Menneskerettigheter og menneskeverd .....	32
3.2.2 Autonomi.....	33
3.2.3 Integritet .....	34
3.3 Brukermedvirkning og tvang.....	36
3.3.1 Brukermedvirkning .....	36
3.3.2 Individuell plan .....	37
<b>4. FORSKNINGSDSIGN .....</b>	<b>38</b>
4.1 Metode.....	38

4.2 Forskningsetikk .....	39
4.3 Utvalg .....	40
4.4 Innsamling av data .....	40
4.5 Analyse .....	41
4.6 Reliabilitet og validitet .....	42
<b>5. RESULTATER .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 Demografiske faktorer .....</b>	<b>43</b>
5.1.1 Kjønn og alder .....	43
5.1.2 Diagnose .....	43
5.1.3 Rusadferd .....	44
5.1.4 Bo og levekår .....	44
<b>5.2 Oversikt over TUD vedtak .....</b>	<b>45</b>
5.2.1 Index TUD .....	45
5.2.2 Prevalens TUD .....	46
5.2.3 Avsluttet TUD .....	46
<b>5.3 Vedtak og begrunnelse TUD .....</b>	<b>46</b>
5.3.1 Kriterier for TUD .....	46
5.3.2 Sammenhenger mellom index TUD og rus .....	47
<b>5.4 Behandlingsoppfølging .....</b>	<b>48</b>
5.4.1 Daglig behandlingskontakt .....	48
5.4.2 Oppfølging i forhold til vedtak .....	49
5.4.3 Individuell plan .....	49
5.4.4 Bruk av medikamenter .....	50
<b>6. DISKUSJON .....</b>	<b>51</b>
<b>6.1 Kjennetegn ved pasienter med TUD vedtak i Innlandet .....</b>	<b>51</b>
6.1.1 Diagnose .....	52
6.1.2 Levekår .....	53
<b>6.2 Omfang av TUD vedtak .....</b>	<b>54</b>
<b>6.3 Begrunnelser for vedtak .....</b>	<b>55</b>
6.3.1 Sammenhenger mellom vedtak og rus .....	57
<b>6.4 Behandlingsoppfølging .....</b>	<b>57</b>
6.4.1 Individuell plan .....	59
6.4.2 Medisinering .....	60
<b>6.5 Etske utfordringer ved bruk av tvang .....</b>	<b>61</b>
<b>7. KONKLUSJON .....</b>	<b>65</b>
7.1 Studiens begrensning .....	66
7.2 Anbefalinger til videre forskning .....	66
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>67</b>

## **OVERSIKT OVER VEDLEGG**

Vedlegg 1: Registreringsskjema for datainnsamling

Vedlegg 2: Personvernombudet Helse Sør-Øst

Vedlegg 3: Regional etisk komité (REK)

Vedlegg 4: Godkjenning fra Sykehuset Innlandet

## **OVERSIKT OVER TABELLER**

Tabell 1: Kjønnfordeling av TUD vedtak .....s.43

Tabell 2: Aldersfordeling og hoveddiagnose ved index TUD .....s.43

Tabell 3: Problematisk rusadferd som tilleggsproblematikk.....s.44

Tabell 4: Oversikt over antall personer med ulike TUD vedtak.....s.46

Tabell 5: Sammenheng mellom begrunnelse for vedtak og rus.....s.47

Tabell 6: Bruk av psykofarmaka.....s.50

## **OVERSIKT OVER FIGURER**

Figur 1: Oversikt over boforhold .....s.45

Figur 2: Begrunnelse for vedtak i forhold til kjønn.....s.47

Figur 3: Oversikt over behandlingskontakt i perioden..... s.48

Figur 4: Oppfølging i forhold til TUD kriterier.....s.47

Figur 5: Oversikt over utarbeidede IP planer .....s.50

Antall ord: 21768

# Sammendrag

## Formål

I Norge gir Psykisk helsevernloven mulighet for å anvende tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) hvis dette blir vurdert som et bedre alternativ for pasienten enn å være innlagt på institusjon med tvang. Det er lite publiserte studier om denne ordningen. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om bruk av TUD i Hedmark og Oppland. Hovedproblemstillingen i oppgaven er hva som kjennetegner bruk av tvungent psykisk helsevern i Hedmark og Oppland, insidens og prevalens i en tidsperiode, begrunnelse for vedtak og hvilken behandlingsoppfølging pasientene får.

## Metode

Studien er en kvantitativ studie. Dataene er samlet inn retrospektivt fra journaler i Sykehuset Innlandet og analysert ved hjelp av deskriptive analyser. Studien omfatter alle pasienter over 18 år som har vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i Hedmark og Oppland i perioden 01.01. 2008 – 31.12. 2011. Datainnsamling omfatter omfang, vedtak, diagnoser, behandlingsoppfølging, individuelle planer, bruk av psykisk helsevern og demografiske data.

## Resultat

Studien viser at det er 1,1 % av pasienter i psykisk helsevern som har vedtak om tvang uten døgn i Innlandet. Resultatet viser tilnærmet lik kjønnsfordeling i utvalget. 93 % pasientene har en diagnose i schizofrenispekteret i kategorien F 20-F29 i ICD-10. 32 % av pasientene har rus som tilleggsproblematikk. 83 % bor alene og 75 % er uføretrygdede. Det er 61 % som fikk oppfølging fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. 62 % har registeret i journal at de har en individuell plan.

Resultatene viser en økning i index TUD i perioden 2008-2011 fra 9 vedtak til 17. Prevalens av TUD har også økt i samme periode fra 34 vedtak til 51. 72 % av utvalget fikk vedtak om tvang uten døgn begrunnet med behandlingskriteriet.

## Konklusjon

Bruk av tvang uten døgn i Hedmark og Oppland kjennetegnes ved at det hovedsakelig er alvorlig syke pasienter med diagnose i schizofrenispekteret som har TUD vedtak og de aller fleste får vedtak begrunnet med behandlingskriteriet. Både index TUD og prevalens av TUD har økt i perioden. Flertallet får behandlingsoppfølging både i fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

## Nøkkelord

tvang uten døgn - alvorlig sinnslidelse - behandling hjemme - psykisk helsevernloven - individuell plan

# Abstract

## Purpose

In Norway, the Mental Health Act opens up for the possibility of using involuntary outpatient treatment (TUD), if this is considered a better option for the patient than to be admitted to the institution by force. There are few published studies on this scheme. The purpose of this study is to gain more knowledge about the use of TUD in Hedmark and Oppland. The main issue in this paper is to investigate the characteristics of the use of compulsory mental health care in Hedmark and Oppland, the incidence and prevalence in a period of time, reasons for resolutions and what treatment patients receive in the follow-up periode.

## Method

The study is a quantitative study. The data were collected retrospectively from medical records in Sykehuset Innlandet and analyzed using descriptive analyzes. The study includes all patients from the age of 18 that become justified by involuntary outpatient treatment in Hedmark and Oppland during the period 01.01.2008 - 31.12.2011. Data collection includes scope, resolution, diagnosis, treatment monitoring, individual plans, the use of mental health and demographic data.

## Result

The study showed that 1.1% of the patients in mental health treatment has a decision of involuntary outpatient treatment in Sykehuset Innlandet. The results show approximately equal gender distribution in the sample. 93% of the patients have a diagnosis of schizophrenia spectrum in F 20-F29 from ICD-10. 32% of the patients has abuse problems as well. 83% of the patients live alone and 75% are on disability pension. 61% of the patients received attention from both specialist and community health services. 62% of the patients has a register in their journal that they had an individual plan.

The results show an increase in the index TUD in the period 2008-2011 from 9 to 17 resolutions. Prevalence of TUD has also increased during the same period from 34 to 51 resolutions. 72% of patients in the sample received a resolution of involuntary outpatient treatment justified by treatment criteria.

## Conclusion

Use of involuntary outpatient treatment in Hedmark and Oppland is characterized by predominantly severely ill patients with a diagnosis of schizophrenia, and most resolutions of involuntary outpatient treatment are justified in the treatment criteria. Both the index and prevalence of TUD have increased during the period. The majority receive follow-up treatment from both the specialist health and community care.

## Keywords

involuntary outpatient treatment - severe mental disorder - treatment of compulsive - Mental Health Act - individual plan

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

Denne masteroppgaven er skrevet med utgangspunkt i et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet og Helse Nord /Universitetet i Tromsø. Bakgrunnen for samarbeidet er et forskningsprosjekt som er igangsatt for å undersøke omfang og bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i Helse Nord. Sykehuset Innlandet som er min arbeidsplass, ble sammen med andre helseforetak i Norge invitert til å gjøre liknende studier for å sammenlikne omfang og bruk av tvang uten døgnopphold ulike steder i Norge. *Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet* (Netfort) har påtatt seg koordineringsansvar for de ulike studiene.

Hensikten med denne studien er å bidra til kartlegging av bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i Norge ved å undersøke hvordan ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold praktiseres i Hedmark og Oppland. I denne studien er det undersøkt data om omfang og bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgn fra og med 1.1.2008 til og med 31.12.2011 ved hjelp av kvantitative metoder.

Tilgjengelige statistikker viser at bruken av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er økende i Norge. Rapport IS-1370 om *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*, viser til at det finnes lite sikker kunnskap om hvilken effekt tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har for behandling av den enkelte pasient, og kunnskapen om bruken er mangelfull (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Med utgangspunkt i dette vil det være nyttig å få økt kunnskap om erfaringer og praktisering av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i Norge. Det finnes per i dag ikke fullstendige registreringer/ rapporteringer nasjonalt i forhold til hvor lenge en pasient er innlagt med tvang, eller underlagt tvungent psykisk helsevern (ibid).

Det er klare føringer fra sentrale helsemyndigheter både å øke kunnskapen om og redusere bruk av tvang i Norge (ibid). Tiltaksplan IS -1370 skisserer fire hovedmålsettinger; økt frivillighet i forhold til behandling, kvalitetssikre bruk av tvang, økt kunnskap om bruk av



tvang og bedre dokumentasjon av tvangsbruk. Med bakgrunn i dette ble i 2008 *Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet* (Netfort) etablert på oppdrag fra Helsedirektoratet ved Universitetet i Tromsø. Nettverket fikk i oppdrag og utarbeide en helhetlig forskningsplan for kunnskapsutvikling om psykisk helsevern i Norge, og Netfort har i sin forskningsplan for 2009-2014 gitt forskning på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold høy prioritet (Helsedirektoratet, 2009a). Netfort koordinerer flere planlagte studier om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i Norge. I følge Netfort mangler det kunnskap om dette, og det var frem til 2011 ikke publisert norske studier om bruk av tvungen psykisk helsevern uten døgn i Norge.

Bruk av tvang gir mulighet for å behandle sykdom samtidig som det utfordrer og stiller samfunnet og helsetjenesten ovenfor vanskelige valg, både medisinsk og etisk. Målet med behandling, er å gi pasientene hjelp som gir bedret helse, fremmer selvstendighet, mestring og brukermedvirkning. Disse prinsippene utfordres ved tvangsbruk. Tilgjengelig statistikk viser at andelen av bruk av tvangsinnleggelse i Norge har vært stabilt høyt over tid, og det er store forskjeller mellom sykehus og fylker i forhold til antallet som behandles med tvang (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Redusering av bruk av tvang har også vært et viktig tema for ulike brukerorganisasjoner i Norge. Med bakgrunn i dette, gav Helsedepartementet i 2003 Sosial og helsedirektoratet i oppgave å utarbeide forslag til tiltaksplan for å vurdere bruken av tvang i Norge. Denne planen peker blant annet på behov for mer kunnskap og dokumentasjon om tvangsbruk i Norge (ibid).

I Norge har vi hatt hjemler for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold siden 1961 (tvungent ettervern), og Norge var i verdenssammenheng et av de første land som lovfestet en slik ordning (Syse, 2007). Det kan være vanskelig å sammenlikne ulike land.

Helsetilsynsrapport 4/2006 om *Bruk av tvang i psykisk helsevern* viser til at det er store forskjeller mellom de nordiske og europeiske land i forhold til lovverk, offentlig statistikk og organisering av helse og sosialtjeneste, og i enkelte land sidestilles tvungent psykisk helsevern med tvangsmedisinering (Helsetilsynet, 2006). Norsk lovgiving i forhold til behandling med tvang er annerledes enn i andre europeiske land, og det finnes i følge Tiltaksplan IS-1370 ikke sammenlignbare tall (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

## 1.2 Begrepsavklaringer

I oppgaven er det en del sentrale begreper som er gjennomgående i oppgaven.

**Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold** er betegnelsen for bruk av tvang utenfor institusjon. Det blir også brukt *tvang uten døgn* som betegnelse, og dette blir ofte forkortet til TUD. I oppgaven vil jeg variere mellom å bruke *tvang uten døgn* og forkortelsen TUD.

**Distriktpsikiatrisk senter** er betegnelsen på desentralisert behandlingstilbud i psykisk helsevern som har en lokalsykehusprofil og skal fungere som et mellomledd mellom sentralsykehusene og kommunene. En vanlig forkortelse er å bruke DPS, og det er en forkortelse som vil bli brukt i oppgaven.

**Pasient** er et begrep som er knyttet til å være under behandling fordi man er syk, og det er et rettslig begrep som gir rettigheter i følge lovverket. Pasienter som har vedtak om tvang uten døgn bor ute i kommunen og mottar tjenester fra kommunen samtidig som man er pasient i spesialisthelsetjenesten. I oppgaven velger jeg å bruke pasient gjennomgående fordi det er bare som pasient i psykisk helsevern man kan få vedtak om tvang uten døgn.

## 1.3 Psykisk helsearbeid

Rammen for denne masteroppgaven er å undersøke utfordringer man møter som helsearbeider i psykisk helsearbeid. De siste 22 årene har jeg arbeidet innenfor psykisk helsevern, og det har vært flere spennende år hvor det har skjedd mye innen fagfeltet. Ikke minst medvirket *Opptappingsplanen for psykisk helse fra 1999 til 2008* til dette (Sosial- og helsedirektoratet, 1997). Gjennom den skjedde en dreining mot å bygge opp psykiatriske helsetjenester i kommunene, samtidig som langtidsinstitusjoner ble nedbygd. Dette medførte at pasientene ikke lenger kunne bo på institusjoner, men være bosatt ute i kommunene. Dette innebar at man måtte begynne å behandle pasientene annerledes, og sykehus/institusjoner og kommunene måtte samarbeide på en annen måte enn tidligere. Parallelt med denne utviklingen fikk brukermedvirkning et sterkere fokus i behandlingen.

Psykisk helsearbeid er et tverrfaglig fagfelt, og det er mange ulike helsefaglige og sosialfaglige yrkesgrupper som arbeider sammen. Personer med psykiske lidelser har ofte

komplekse og sammensatte problemer og det vil ofte ha behov for ulik hjelp og kompetanse. Dette utfordrer helsearbeidernes rolle og kunnskap på ulike måter og kan defineres på følgende måte;

*Psykisk helsearbeid:*

Psykisk helsearbeid er et flerfaglig arbeidsfelt som omfatter alle deler av tjenestene for å fremme og bedre psykisk helse, og påpeke samfunnsforhold som skaper stigma og uhelse. Hensikten er å styrke menneskers opplevelse av egenverd og livskraft, slik at man får mulighet for å mestre hverdagens utfordringer.

(Andersen, Bøe, Fodstad, Ibabao, Krogsæter & Norvoll, 2008)

Denne definisjonen er også dekkende for hvordan psykisk helsearbeid beskrives i fagplanen til denne masterutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark. I den står det blant annet at psykisk helsearbeid skal istandsette individet gjennom relasjonsbyggende virksomhet til å makte ulike livshendelser gjennom økt selvaktelse og opplevelse av velvære. Videre trekkes brukerperspektivet fram som en av hjørnesteinene i psykisk helsearbeid sammen med tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenestenivåer.

Min bakgrunn som psykisk helsearbeider er psykiatrisk sykepleier. Innen psykiatrisk sykepleier er kommunikasjon og relasjon viktige tilnæringsmåter til pasienter, brukere og pårørende. Hildegard Peplau var den første sykepleieren som skrev en doktorgrad som omhandlet psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll & Granerud, 2010). Peplau beskriver psykiatrisk sykepleie som en terapeutisk mellommenneskelig prosess hvor utfallet av prosessen er avhengig av utvikling av en fungerende relasjon mellom pasient og sykepleier, og utvikling av relasjonen er en psykodynamisk prosess som har pasientens selvstendighet, modning og helse som mål (Eide & Eide, 2006). Utvikling av gode relasjoner er felles for alle som arbeider med psykisk helsearbeid. Å få til en fungerende relasjon er også avhengig av relasjonskompetanse for å få til en fungerende kommunikasjon og samhandling med pasienten (Aubert & Bakke 2009). Dette kan mange ganger være utfordrende og påvirkes av pasientens fungering og psykiske symptomer. Det er gjennom dialog vi skaper hverandres virkeligheter. Kommunikasjon er avhengig av kunnskap, erfaring, holdninger og verdisyn hos hjelperen (Bøe & Thomassen, 2007).

Det finnes ikke noe samlet verdigrunnlag for helse og sosialtjenesten i Norge, selv om de ulike faggruppene har egne yrkesetiske retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet,

2004). Men som felles faglig verdi følger psykisk helsearbeiderne Grunnlovens syn på menneskerettigheter og menneskeverd som fastslår at menneskeverdet er ukrenkelig (ibid). Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet egne yrkesetiske retningslinjer hvor det blant annet står; ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.” (Norsk Sykepleierforbund, 2011 s.8) Sentrale verdier som trekkes frem er verdighet, integritet og ukrenkelighet. Utgangspunktet for denne masteroppgaven er pasienter som er underlagt vedtak om TUD. Dette innebærer at pasientene mister retten til å gjøre selvstendige valg og kan føle seg krenket. Dette utfordrer meg både som helsearbeider og sykepleier i forhold til yrkesetikk. Det kan være en utfordring å få til dialog, allianser og relasjoner med mennesker som blir pålagt behandling gjennom tvang.

Å være underlagt vedtak om TUD innebærer at pasienten er innskrevet i psykisk helsevern på spesialistnivå, men oppholder seg i sitt eget hjem i kommunen. Denne masteroppgaven vil derfor ha både et tverrfaglig og tverrsektorielt fokus.

#### **1.4 Valg av problemstillinger**

Denne masterstudien inngår som en del av en større datainnsamling av felles materiale for å undersøke omfang og bruk av TUD i Norge. Dette materialet er knyttet opp mot et doktorgradsprosjekt i Helse Nord som skal gjøre tilsvarende registrering. Det er derfor hensiktsmessig å ta utgangspunkt i samme problemstillinger som blir brukt i den kvantitative delen av Tromsøstudien, slik at resultatene kan sammenliknes senere. I Tromsøstudien er det formulert følgende forskningsspørsmål til felles datainnsamling: *1. Hvilket omfang og varighet har tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i et definert opptaksområde? 2. Hvem fatter vedtak og hvorledes begrunnes vedtak om TUD? 3. Hva slags innleggelsesmønstre har pasienter før og etter vedtak om TUD?*

Denne masterstudien vil omfatte data fra en kortere periode enn Tromsøstudien så jeg har derfor formulert problemstillingene litt annerledes, da denne oppgaven vil bygge på færre data. Jeg har i stedet valgt en hovedproblemstilling med tre underspørsmål. Underspørsmål 1 og 2 er de samme, men jeg valgt å se bort i fra spørsmål 3 om innleggelsesmønstre før og etter

vedtak om TUD. I stedet har jeg valgt å undersøke data knyttet til behandlingsoppfølging av pasienter underlagt TUD.

### **Hovedproblemstilling**

*Hva kjennetegner bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) i Hedmark/Oppland?*

### **Underspørsmål**

1. *Hva er insidens og prevalens av TUD i årene 2008-2011?*
2. *Hvordan fattes og begrunnes vedtak om TUD?*
3. *Hvilken behandlingsoppfølging får pasienter som er underlagt TUD?*

## **1.5 Forforståelse**

De siste årene har det vært mye fokus på bruk av tvang i behandling i psykisk helsevern, og lovverket som regulerer bruk av tvang har vært kritisert. Mange brukerorganisasjoner har kommet med mye kritikk mot måten tvang blir praktisert på. I rapporten *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven* kommer det frem at brukerorganisasjonen Mental Helse har et sterkt ønske om å få fjernet behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2009c). Dette viser at det er viktig å få frem kunnskap om bruk av TUD.

Gjennom min praksis som psykiatrisk sykepleier har jeg møtt mange pasienter opp gjennom årene som har vært innlagt på tvang, og utskrevet med tvang uten døgnopphold. Mange av pasientene hadde alvorlig psykoseproblematikk og lavt funksjonsnivå, og mange av dem manglet sykdomsinnsikt. Min erfaring er at det kan være utfordrende å behandle pasienter med tvang, og det reiser mange etiske dilemmaer i den kliniske hverdagen. De siste årene har det blitt et økt mediafokus på bruk av tvang. Jeg har blitt mer nysgjerrig på hvordan denne ordningen fungerer i praksis, og hvilke pasienter som omfattes av tvangsvedtak utover de pasientene jeg har møtt..

Det er spesielt at det er et lovverk som setter rammer og forutsetninger for behandling av syke mennesker. Bruk av tvang gir mange etiske utfordringer i forhold til at gjennomføring av behandling skjer selv om pasienten ikke ønsker det. Etikk og bruk av tvang henger tett

sammen, og det er viktig å ta med ulike etiske perspektiver inn når man skal undersøke hva som kjennetegner omfang og gjennomføring av TUD. Jeg har derfor valgt å beskrive ulike etiske utfordringer som en del av oppgaven.

Det er sterke meninger både for og mot bruk av tvang i behandling. Gjennomføring av den nye samhandlingsreformen legger føringer for å overføre mer av pasientoppfølging og behandling til kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det gjør dette temaet ekstra aktuelt. Samtidig arbeides det med en revidering av psykisk helsevernloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Jeg synes at TUD er et viktig tema og sette fokus på, og det er behov for å belyse omfang og bruk av TUD på ulike måter. Jeg ønsker å ha en åpen holdning til bruk av tvang, og undersøke ulike sider ved bruken av den. Kvantitativ metode er egnet for å få frem generelle data og forskeren kan ha en nøytral rolle til dataene, og jeg synes det er en metode som kan være hensiktsmessig å bruke i denne sammenhengen. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til å få frem fakta og oversikt over omfang og bruk av TUD i Innlandet.

## ***1.6 Oppbygging av oppgaven***

Oppgaven er delt i sju kapitler. Det første kapitlet presenterer bakgrunn for studien, hensikt og problemstillinger. Kapittel to presenterer tvang som begrep, kriterier for tvang, lovverk som regulerer tvang i psykisk helsevern og forskning og rapporter om temaet. Videre i kapittel tre presenteres ulike forståelser og teori om maktbegrepet, etikk og brukermedvirkning. I kapittel fire beskrives forskningsdesign og i kapittel fem presenteres dataene i studien. Deretter følger diskusjonskapitlet og oppgaven avsluttes med konklusjon og anbefalinger til videre forskning.

## 2. Tvang i psykisk helsevern

I dette kapittelet presenteres tvang som begrep, kriterier for bruk av tvang og aktuelt lovverk som regulerer ulike områder ved bruk av tvang. Det blir også presentert aktuell forskning, og norske utredninger og rapporter som finnes tilgjengelig som omhandler tematikken tvang uten døgnopphold.

### 2.1 Tvang som begrep

Tvang er et begrep som kan brukes på ulike måter i ulike sammenhenger. Det er et ord som kan forstås på ulike måter og forbindes med makt.

#### *Definisjoner*

##### **Norsk ordbok**

Ordet tvang kan forstås på flere måter og ha to forskjellige betydninger på norsk. Det kan være:

1. Det å tvinge ved makt, gjennomføre noe ved tvang eller bruke fysisk og psykisk tvang.
2. Det å være, eller føle seg tvunget

(Ordnett, 2012)

##### **Norsk – engelsk ordbok**

Engelske ord for tvang (substantiv); force, coercion, compulsion. Engelsk skiller også mellom to forståelser av ordet:

1. Force eller coercion betyr makt med press
2. Compulsion betyr psykologisk makt

(Ordnett, 2012)

##### **Oxford dictionary**

1. Force; coercion or compulsion, esp. with the use or threat of violence.
2. Coerce; persuade or restrain an unwilling by force.
3. Compulsion; (psychol.), an irresistible urge to behave in a certain way, against one's conscious wishes.

(Oxford University Press, 1998)

## Medisinsk ordbok

Ifølge medisinsk ordbok er betydningen av tvang innleggelse av en person i helseinstitusjon, og somatisk eller psykisk behandling av en person mot dens vilje.

(Ordnett, 2012)

Ut i fra disse definisjonene kommer det frem at tvang er et begrep som kan ha ulik betydning ut i fra konteksten. Tvang kan være i betydningen av å bruke makt mot andre, eller å føle seg underlagt maktbruk. Uti fra medisinsk forståelse, blir tvangsbegrepet definert som helsepersonell som utøver av makt, mens pasienten er den som blir utsatt for maktbruk.

Det å bruke tvang eller makt ovenfor andre mennesker er i sivilrett betegnet som ulovlig og kan straffes i følge straffeloven (Syse, 2006). Unntak for dette rettsprinsippet gjelder hvis det er nødvendig og forsvarlig å bruke makt for å ivareta liv, helse eller sikkerhet. I Norge reguleres bruk av tvang ovenfor psykisk syke mennesker gjennom psykisk helsevernloven.

Denne oppgaven omhandler tvang innenfor psykisk helsevern, og det er tvang som er regulert etter gjeldene lovverk. Opplevelsen av tvang i forbindelse med innleggelse for pasientene henger ofte sammen med følelsen av manglende kontroll, frihet og valgmulighet til innleggelse (Aasen, 2009). Når man er innlagt med tvang, innebærer dette både å være utsatt for tvang og føle seg tvunget. Tvang kan finnes i mange former innen psykiatrien. Det er konkret tvang som er regulert gjennom lovverket. Mindre håndfast tvang som for eksempel ordensregler og husregler, eller skjult tvang/disiplinering i form av holdninger og kommunikasjon er ikke lovregulert (Høyen & Dalgard, 2002).

Målet med behandling, er å gi pasientene hjelp som gir bedret helse, fremme selvstendighet, mestring og brukermedvirkning. Når man behandler noen med tvang, får dette konsekvenser for autonomibegrepet og begrenser mulighet for brukermedvirkning. Disse prinsippene utfordres ved tvangsbruk og stiller helsevesenet og samfunnet ovenfor vanskelige etiske valg. I følge proporsjonalitetsprinsippet er jo mer inngripende tiltak som iverksettes, jo klarere må hjemmelen for å iverksette inngrepet være (Syse, 2006).



## 2.2 Begrunnelse for vedtak om tvang

Vedtak om tvang gjøres med utgangspunkt i psykisk helsevernloven og fattes av en vedtaksansvarlig som er godkjent spesialist i psykiatri eller psykologspesialist (Lovdata, 2012). *Hovedvilkåret* for å kunne anvende tvunget psykisk helsevern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Begrepet alvorlig sinnslidelse er en juridisk term, som ikke finnes som medisinsk diagnose, men har blitt brukt i forhold til klare aktive psykoser, avvikstilstander uten psykoser, men med like stor funksjonssvikt (Syse, 2007).

Psykoser er lidelser som kjennetegnes ved tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Det er ulike måter å klassifisere psykoser på ved hjelp av ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer) som er det internasjonale diagnosesystemet som brukes i Norge (Statens helsetilsyn, 1996). Det er flere psykiske lidelser som kan forklare en psykose i følge ICD-10. Kategorien F00-F09 er en gruppe som omfatter organiske og symptomatiske psykiske lidelser, som skyldes påvist hjernesykdom eller hjerneskade. Kategorien F10-F19 omhandler ulike psykiske lidelser som kan forklares med inntak av ulike typer rusmidler som kan gi psykosesymptomer. En annen kategori F20-F29 omfatter schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide psykoser, og omfatter i tillegg akutte og forbigående psykoser. Noen affektive lidelser i kategorien F30-39 kan også gi psykosesymptomer både i depressive og i maniske faser. I tillegg kan alvorlig spiseforstyrrelse F50 innefor ICD-10 gi grunnlag for tvangsinnleggelse.

Det er to kriterier i psykisk helsevernlovens § 3-3 som vurderes i forhold til å kunne gjøre tvangsvedtak:

- *Behandlingskriteriet:* Utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring for pasienten er i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret.
- *Farekriteriet:* Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse.

(Lovdata, 2012)

Det er også hjemmel i sosialtjenesteloven og helse og omsorgstjenesteloven til å legge inn personer på tvang (ibid). Dette gjelder rusmisbrukere som er svært behandlingstrengende, og gravide rusmisbrukere hvor det er fare for det ufødte liv (Syse, 2007).

## **2.3 Lovverk som regulerer bruk av tvang**

Det er et omfattende og detaljert lovverk som regulerer bruk av tvang i behandling, og dette reguleres gjennom Psykisk helsevernloven med forskrifter og Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata, 2012). Psykisk helsevernloven omhandler blant annet vilkår for bruk av tvang, imens pasient- og brukerrettighetsloven omhandler blant annet retten til informasjon og samtykkebestemmelser. Lovverket er komplisert og detaljert og setter rammer for pasientens behandling. Det har avgjørende betydning at helsearbeidere kjenner godt til lovverket fordi det regulerer både plikter, rettigheter i behandling og oppfølging både for pasienter, pårørende og helsepersonell.

### **2.3.1 Psykisk helsevernloven**

Psykisk helsevernloven sammen med forskrifter regulerer bruk, oppfølging og kontroll av tvang ovenfor pasienter som mottar behandling av psykisk helsevern. Bruk av tvang har vært regulert gjennom norsk lovverk helt tilbake til 1848. Loven ble revidert i 1961 og denne loven gjaldt helt frem til 1999 da Psykisk helsevernloven ble vedtatt og trådte i kraft 1.jauar 2001 (Syse, 2007). Etter lovendring i 2001 ble det gitt økt tilgang til å gjøre vedtak om tvang utenfor institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Loven gjennomgikk en revisjon i 2006, og disse endringen trådte i kraft 1.1.2007 (Lovdata, 2012).

I Norge er hovedprinsippet for all behandling at den skal være frivillig. I Psykisk helsevernloven er det et vilkår at frivillighet skal være prøvd før man etablerer tvungent psykisk helsevern. Den overordnede intensjonen er å bruke så lite tvang som mulig (Helsetilsynet, 2006).

Psykisk helsevernloven består av 8 kapitler. Kapittel 1 omhandler regulering av bruk av loven og forhold til andre lover og kapittel 2 omhandler samtykkebestemmelser. Kapittel 3 omhandler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern og regulerer tvungent psykisk helsevern uten døgn. Kapittel 4 omhandler gjennomføring av psykisk helsevern og regulerer blant annet individuell plan, personlig integritet, skjerming og bruk av tvangsmidler, og kapittel 5 reguleres regler for å bli dømt til behandling i psykisk helsevern. Kapittel 6 omhandler kontrollkommissjonenes funksjon og oppgaver. Kapittel 7 tar for seg mulighet for

domstolprøving av vedtak, og kapittel 8 inneholder ulike bestemmelser som regulerer andre bestemmelser som regulerer bruk av loven.

For å kunne bli vurdert i forhold til tvangsvedtak, vurderes pasientens helsetilstand og situasjon nøye. Det er psykisk helsevernlovens § 3-3 *Vedtak om tvunget psykisk helsevern* som omhandler vilkår for vedtak om tvang. For å kunne gjøre vedtak om tvang, må frivillig psykisk helsevern vært forsøkt først og pasienten må også være undersøkt av to leger. Vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, kan bare gjøres av spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog. Hovedvilkåret for å kunne anvende tvunget psykisk helsevern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Det er to hovedkriterier som ligger til grunn for vedtak; behandlingskriteriet og farekriteriet. For å kunne ta imot pasienter med tvangsvedtak, må institusjonen være i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Men, selv om lovens vilkår er oppfylt kan tvunget psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering er den beste løsningen for vedkommende. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtak til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvunget psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter vernet er opphørt.

I kapittel 3 i psykisk helsevernloven omhandles også tvunget psykisk helsevern uten døgn i paragraf § 3-5 *Hva tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern kan omfatte*; Tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern uten døgn kan gjennomføres utenfor institusjon, dersom dette blir vurdert til å være et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern omfatter pålegg ovenfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvunget psykisk helsevern). Dette kan gjennomføres med tvang hvis det er nødvendig. Det er bare institusjoner som er godkjent for tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold som kan ha ansvar for denne behandlingsformen.

Dersom det vurderes at det vil være bedre for pasienten, kan tvunget psykisk helsevern skje uten døgnopphold i institusjon. Dette forutsetter at observasjon og behandling kan gjennomføres på en forsvarlig måte, og innebærer tilsyn, behandling og oppfølging i pasients

egen bolig, men det kan ikke gjennomføres tvangsbehandling i pasientens bopel. Tvungent psykisk helsevern uten døgn, forutsetter at pasienten har en egen bolig.

Psykisk helsevernloven inneholder også regler for kontroll ved bruk av tvang uten døgnopphold. Når noen blir underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal kontrollkommisjonen ved institusjonen underrettes om vedtaket og få kopier av grunnlagsdokumenter. Kontrollkommisjonen oppgave er å undersøke om riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i lovverket. Når det har gått tre måneder etter vedtaket ble gjennomført, skal kontrollkommisjonen ta initiativ til å undersøke om det fortsatt er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten. Etter et år opphører tvungent psykisk helsevern hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vedtaket forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse med inntil ett år av gangen.

I følge psykisk helsevernloven § 3-9 har pasientens rett til å uttale seg før vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern blir fattet. Pasienten skal gis rett til å uttale seg om valg av hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Det skal også vektlegges tidligere erfaringer med bruk av tvang. Dette reguleres også gjennom pasientrettighetsloven.

I § 4-1 omhandles bruk av individuell plan. I følge loven skal institusjonen ha ansvar for å utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, og samarbeide om planen med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten. Dersom pasienten skal ha tilbud i følge helse- og omsorgstjenesteloven i kommunen, er det kommunen som har ansvar for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen har ansvar for å varsle kommunen og samarbeide om planen når den ser at det er behov for individuell plan som også omfatter helse- og omsorgstjenester.

Psykisk helsevernloven omhandler også i § 4-2 vern om personlig integritet. I lovteksten står det at restriksjoner og tvang skal brukes minst mulig, og at det så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at det oppveier ulempene ved tiltaket.

Etter loven § 4-9 er kontrollundersøkelser av pasienten lovfestet hver 3 måned. Det er den faglige ansvarlige for vedtakene som skal sørge for at pasienten minst en gang hver tredje måned skal undersøkes for å vurdere om vilkårene for vernet etter § 3-3 fremdeles er tilstede. Denne vurderingen skal journalføres.

Kontrollkommisjonens skal følge opp å etterprøve vedtak for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. De kan ta initiativ til å føre kontroll eller gjennomføre kontroll etter henvendelse fra pasienter, pårørende eller helsepersonell.

### *Psykisk helsevernforskriften*

Forskriften om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (vedtatt 16.12.2011 nr 1258), gir et tillegg til lovverket som utdyper ulike deler av psykisk helsevernloven (Lovdata, 2012).

Kapittel 1 utdyper plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, krav til godkjenning av institusjoner og krav til faglig ansvarlighet. Forskriften setter krav til bemanning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent ettervern. Institusjonen skal kunne tilkalle lege som er spesialist i psykiatri og ha kvalifisert personell med tilstrekkelig kompetanse tilstede. Faglig ansvarlig for vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal være lege som er spesialist i psykiatri eller psykologspesialist i klinisk psykologi. Vedtak om medisinerer kan bare gjøres av spesialist i psykiatri. Det skal være nok personell for å forhindre bruk av tvang. Tvang skal brukes i minst mulig grad.

I kapittel 2 utdypes forhold ved etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Kapittel 3 omhandler gjennomføring av skjerming, undersøkelser og behandling uten eget samtykke og gjennomføring ved bruk av tvangsmidler. Forskriften gir åpning for at medisinerer kan overlates til helsepersonell i kommunen under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning hvis pasienten samtykker til dette.

Kapittel 5 utdyper gjennomføring av psykisk helsevern uten døgnopphold. Forskriften setter krav til at pasientene skal ha en navngitt kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid, og pasient og pårørende må vite hvem de kan kontakte utenom åpningstiden. Forskriften setter også krav til at institusjonen har ansvar for å etablere et samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjeneste om å lage et opplegg for

pasienter som har tvungent vern uten døgn. Samarbeidet skal dokumenteres i pasientens individuelle plan.

I kapittel 7 gir generelle bestemmelser for kontrollkommisjonens virksomhet.

Kontrollkommisjonen skal hvert år rapportere til Helsedirektoratet om sin virksomhet.

### **2.3.2 Pasientrettighetsloven**

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata, 2012) omhandler mange ulike forhold som ivaretar pasientenes rettigheter og autonomi når man som pasient blir avhengig av helsehjelp. Loven består av 9 kapitler og er en detaljert lov. Det er de sentrale deler av loven som er aktuelle for pasienter i tvungent psykisk helsevern som presenteres i oppgaven.

Loven skal blant annet sikre lik tilgang på tjenester og fremme sosial trygghet og ivareta den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd. Loven gir både pasienter og deres pårørende rettigheter. Det er pasienten som definerer sin nærmeste pårørende. Ved tvungent psykisk helsevern og pasienten ikke er i stand til å oppgi pårørende, er det den nærmeste familie eller andre som har hatt tett kontakt med vedkommende som gis tilsvarende rettigheter som pasienten.

Pasientens rett til øyeblikkelig helsehjelp, fastlegeordningen og retten til vurdering omhandles i kapittel 2. Dette gjelder hjelp både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I paragraf § 2-5 omhandles retten til individuell plan for pasienter med langvarige og koordinerte helse og omsorgstjenester i samsvar med blant annet bestemmelser i psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og bestemmelser i samhandlingsreformen (ibid).

Pasientens rett til medvirkning og informasjon omhandles i kapittel 3. Pasienten skal få tilpasset informasjon og gis mulighet til å medvirke til valg av tilgjengelige behandlingsmetoder. Så langt det er mulig skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid mellom pasient og bruker. Hvis pasienten ikke har samhandlingskompetanse, gis pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. I paragraf § 3-2 omhandler pasientens rett til informasjon. Pasienten skal gis informasjon om innhold av behandling, men også informeres

om helsetilstand og mulige risikoer og bivirkninger hvis pasienten ønsker det. Unntak gjelder ved fare for alvorlig helseskade eller for å hindre fare for liv.

Kapittel 4 omhandler regler for samtykke. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke og for at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon. Unntak for samtykke gjelder hvis det er et gyldig rettsgrunnlag eller lovbestemmelse som regulerer behandlingen. Samtykket er gjeldene om det gis muntlig eller stilletiende hvis pasienten gir uttrykk for at vedkommende godtar behandlingen. Det finnes egen forskrifter for skriftlig samtykke. I paragraf 4-3 regulerer hvem som har samtykkekompetanse. Dette gjelder myndige personer, og mindreårige etter fylte 16 år. Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse og forholdene må legges best mulig til rette for at pasienten kan samtykke. Unntak gjelder dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming ikke kan forstå hva samtykke innebærer. Avgjørelse om dette skal være begrunnet og skriftlig og må fremlegges for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse reguleres med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.

I 2006 ble det ved lov 22. desember 2006 nr. 99 tilføyd et kapittel 4 A som omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykke, som motsetter seg helsehjelp. Formålet med de nye reglene er å yte nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade. I tillegg til å forebygge og begrense bruk av tvang, vise respekt for fysisk og psykisk integritet og så langt som mulig ivareta pasientens selvbestemmelsesrett. Blant annet innebærer dette å ha forsøkt tillitskapende tiltak når pasienten motsetter seg. Vedtak om helsehjelp selv om pasienten motsetter seg skal underrettes pasient og pårørende så raskt som mulig. Det skal underrettes om klagemulighet til Fylkesmannen om vedtaket. Kopi av vedtaket skal sendes til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan overprøve vedtaket.

Retten til journalinnsyn omhandles i kapittel 5. Pasienten har rett til innsyn i journal med kortfattet forklaring og etter forespørsel rett til kopi. Pasienten kan nektes innsyn i journalen hvis det er påtrengende nødvendig for å forhindre fare eller alvorlig helseskade. Pasienten kan kreve tilføyelser eller rettelsener etter reglene i helsepersonelloven § 42 og § 44 (ibid).

Kapittel 7 omhandler pasientens klagerett gjennom fylkesmannen som klageinstans. Videre i kapittel 8 omhandles pasient- og brukerombud sin rolle.

## **2.4 Forskning**

Litteratursøk ble foretatt i tilgjengelige databaser for å finne relevant litteratur og artikler. Tidligere litteratursøk i planleggingsarbeidet med studien i Tromsø som denne studien er tilknyttet, viste at det ikke finnes mye tilgjengelig forskning på tvungent ettervern, og ingen norske artikler var publisert til og med 2011. I planleggingen av prosjektet i Tromsø ble det gjort søk i; PubMed, PsycInfo, Svedmed + og Bibsys for å finne aktuelle artikler. Dette søket viste at TUD benyttes i de fleste delstater i USA (Geller, 2006). TUD blir også benyttet i Australia (Preston, Kisely & Xiao, 2002). Ulike former for TUD er innført i mange europeiske lovverk men det er lite tilgjengelig kunnskap om bruken av den (Høyer & Ferris, 2001). Det ble ikke funnet norske studier om tvungent ettervern. Lovverk om tvang praktiseres også forskjellig i ulike land, så det er derfor ikke så enkelt å sammenlikne litteratur om hvordan tvunget ettervern praktiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Våren 2012 gjennomførte jeg et nytt litteratursøk etter forskningsartikler for å undersøke om det er publisert nye artikler de siste årene som kunne være av interesse. Det ble gjennomført søk i databasene PsycINFO, Medline og Cochrane. Søkeord som ble brukt; mental disorders, psychiatric patients, commitment of Mentally Ill, outpatient treatment, involuntary treatment. Søket ble begrenset til perioden 2005-2012. Søket resulterte i to artikler i Cochrane, men søket viste at det ikke er publisert norske studier om tvungent psykisk helsevern uten døgnet de siste årene.

### **2.4.1 Internasjonale studier**

Søket resulterte i to Cochrane artikler. Dette viser at det heller ikke er gjennomført mange internasjonale studier om bruk av TUD utenfor Norge. Den ene artikkel fra 2011 *Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders* sammenliknet to studier fra USA hvor hensikten med studien var å hindre reinnleggelse og at pasientene skulle bli mindre utsatt for vold (Kingsley, Campbell & Preston, 2011). Kingsley kunne ikke finne store forskjeller mellom de som ble utskrevet med og uten tvang i forhold til



reinnleggelser, psykopatologi, sosial funksjon eller livskvalitet. Studien viste at risikoen for at pasientene skulle bli utsatt for vold ble redusert.

Den andre artikkelen er fra 2010 *Advance treatment directives for people with severe mental illness*. Denne artikkelen sammenliknet to randomiserte studier fra England som omhandlet personer med alvorlig psykisk lidelse, som fikk en eller annen form for tilrettelagt behandling (Campell & Kiselly, 2010). Studien sammenliknet de som fikk tilrettelagte retningslinjer for behandlingsoppfølging med de som fikk tradisjonell oppfølging. Studien viste at det ikke var noen signifikant forskjell på de som fikk oppfølging inne på institusjon og de som fikk oppfølging hjemme i forhold til selvskade eller det å bli arrestert. Studien viste at de som fikk tilrettelagt behandlingsoppfølging hadde mindre behov for oppfølging av sosialarbeidere og det var mindre forekomst av vold.

## **2.5. Rapporter om bruk av tvang**

Det er utgitt flere offentlige rapporter og utredninger de siste årene som omhandler bruk av tvang i Norge. De fleste omhandler både tvang inne på institusjon, men også bruk av tvungent ettervern uten døgnopphold er tatt med. Rådet for psykisk helse har også utarbeidet en rapport med forslag til tiltak for å redusere bruk av tvang.

### **2.5.1 Bruk av tvang i psykisk helsevern**

Rapporten *Bruk av tvang i psykisk helsevern* bygger på data samlet inn av SINTEF Helse i 2003 på oppdrag fra Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. Formålet med rapporten var å gjennomføre en deskriptiv analyse av data om omfang av bruk av tvang i Norge. Analysen ble foretatt på grunnlag av landsomfattende tverrsnittregistrering av data fra pasienttellingene av døgnpasienter 20. november 2003 og av polikliniske pasienter i to uker i september 2004 (Helsetilsynet, 2006).

Ut fra resultatene i rapporten, fant man at bruk av tvang var knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet ved at mer enn 40 % av pasienter som var innlagt med tvang inne i institusjon ikke hadde egen bolig. SINTEF rapporten fant også at pasientene hadde dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial relasjoner enn pasienter som ble behandlet

frivilling. Rapporten avdekket også store geografiske forskjeller mellom helseforetak og helseregioner i bruken av tvang både i forhold til tvangsmedisinering, innleggelse med tvang og bruk av tvang utenfor institusjon. Undersøkelsen avdekket kjønnsforskjeller i bruk av tvang. Det var flere menn enn kvinner som ble underlagt tvangsbehandling både i og utenfor institusjon, men i forhold til bruk av tvangsmidler og tvungen observasjon var kvinnene i flertall. Rapporten kan ikke si noe om behandlingsforløp og bruk av helsetjenester over tid, og den anbefaler at det bør gjøres forløpsstudier for å undersøke dette nærmere. Den anbefaler også at det bør undersøkes årsaker til geografiske forskjeller og hvordan overgang fra psykisk helsevern med døgn til uten døgn fungerer.

#### *Tvunget vern uten døgn*

Den samme rapporten viste at 2,9 % av alle polikliniske pasienter i Norge som var registrert i perioden, var underlagt psykisk helsevern uten døgn. Av disse var 87 % begrunnet med behandlingskriteriet, mens 33 % var begrunnet med farekriteriet. Hovedtyngden av pasientene var menn mellom 30-50 år som bodde alene og var uføretrygdet. Av disse hadde 81 % fått en schizofrenidiagnose. Behandlingsoppfølgingen av disse pasientene bestod hovedsakelig av medisiner og samtaler. Hele 94 % mottok medisiner, og 91 % hadde tilbud om samtaler.

## **2.5.2 Omfang av bruk av tvang i 2010**

Rapporten *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010* bygger på innrapporterte data til Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2011). Disse dataene antas å være mangelfulle, slik at tallene ikke gir et korrekt bilde.

Rapporten viser at 18 % av alle innleggelsene i 2010 var med tvang. Av disse var 22 % innlagt inne på institusjon. Disse tallene er nærmest uendret fra 2009. Av de innlagte pasientene var schizofreni angitt som hoveddiagnose hos 39 %, og at 63 % av disse mottok tvangsbehandling. Rapporten viser videre at rusrelaterte lidelser ofte var knyttet til observasjonsopphold, og at dette utgjorde ca 38 %. Hver femte nye henvisning var knyttet til tvangsinnleggelse.

#### *Kontrollkommisjonens virksomhet*

Kontrollkommisjonene rundt i Norge har ansvar for å følge opp bruk av tvunget helsevern både med og uten døgn. I 2010 var det 56 kontrollkommisjoner i Norge. De hadde til sammen 2496 møter og foretok 2550 besøk ved institusjonene, og dette var en økning med ca 20 % fra

2009 (ibid). I følge Psykisk helsevernloven skal underretning om tvangsvedtak sendes kontrollkommisjonen, men disse tallene er mangelfulle (Lovdata, 2012; Helsedirektoratet, 2011).

Kontrollkommisjonen skal også ha velferdskontroll av praktisering av tvungent psykisk helsevern. Saker som har vært behandlet av kontrollkommisjoner rundt i Norge i 2010, har blant annet vært spørsmål knyttet til praktisering av husregler, journalføring, brukervedvirkning og overføring fra frivillig til tvungent vern.

### **2.5.3 NOU 2011 om bruk av tvang**

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et tema som har vært under debatt gjennom mange år. Mange brukerorganisasjoner har uttrykt skepsis til bruk av tvang i behandling. For å belyse dette nærmere ble det nedsatt et utvalg i mai 2010 oppnevnt av regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette utvalget skulle vurdere psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Hensikten var å vurdere hvordan selvbestemmelsesretten og rettsikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser ønskes ivaretatt i samfunnet. Dette utvalget skulle også vurdere behovet for bruk av tvang. Utvalgets arbeid har blitt lagt til grunn for NOU 2011: 9; *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.*

Utvalgets flertall konkluderte med at det fortsatt skal være mulig å bruke tvang i behandling, men at dette skal strammes inn. De anbefaler at det i alle sammenhenger som det vurderes å bruke tvang, skal vurderes all tilgjengelig informasjon om hvordan pasienten ville vurdert situasjonen om vedkommende var kompetent. De foreslår videre at det etableres en felles tvangslov som erstatning for gjeldene lovverk innen kommunale helse og omsorgstjenester og psykisk helsevern, som regulerer bruk av tvang.

Hovedvilkåret for å bruke tvang er foreslått videreført, men at begrepet alvorlig sinnslidelse erstattes med alvorlig psykisk lidelse. Utvalget konkluderte med at de ønsker at begrepet beslutningskompetanse skal erstatte samtykkekompetansebegrepet, og at det ikke kan benyttes tvang ovenfor mennesker som har beslutningskompetanse. Men det skal fortsatt være unntak ved selvmordfare eller ved fare for andres liv. De mener også at det fortsatt må være anledning til å gjennomføre behandlingstiltak mot pasientens vilje, men at vilkåret for

behandlingskriteriet skal bygge på skadeprinsippet og kan bare etableres for å forhindre vesentlig helseskade. Videre foreslås det å ivareta pasienten på en faglig forsvarlig måte ved at det er autorisert helsepersonell som observerer og vurderer pasienten før, under og i timene etter tvangsmiddelbruk. Utvalget foreslår også at det bør etableres en felles kontrollinstans for alle vedtak som fattes med utgangspunkt i psykisk helsevernloven.

#### **2.5.4 Pasienterfaringer med bruk av tvang**

I mars 2012 ble rapporten *Som natt og dag – om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang* publisert. Denne rapporten er skrevet av Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum, og er laget på oppdrag av Arbeidsforskningsinstituttet og Sintef (Norvoll & Husum, 2011). Studien er en litteraturstudie som har tatt for seg nyere litteratur om bruk av tvang i perioden 2000-2010. Fokuset for studien var å få frem brukere og ansattes erfaringer med bruk av tvang. Det ble funnet mest litteratur med pasienterfaringer, og de tar utgangspunkt i erfaringer fra psykiatriske sengeposter. De områdene som ble undersøkt var generell opplevelse av tvangsbruk, bruk av tvang i forbindelse med innleggelse, opplevelse ved bruk av tvangsmidler og opplevelse ved tvangsbehandling med legemidler. Hensikten med undersøkelsen var å undersøke hvordan ulike faktorer hadde betydning for forståelsen av bruk av tvang både for brukere og ansatte. Rapporten oppsummeres med fem hovedpunkter som viser til ulike forhold og konfliktskapende situasjoner rundt bruk av tvang basert på innsamlet litteratur:

- *Forskjeller i menneskesyn og oppfattelse av pasientene*

Pasientene opplevde å bli vurdert ut i fra symptomer og diagnoser i stedet for som et selvstendig individ. Personalet hadde en overdreven fokus på farlighet, kontroll og orden. Pasientene opplevde at all protest mot behandling ble tolket som sykdom, og at personalet hadde et sterkt skille mellom dem selv og pasientene.

- *Ulike syn på tvang*

Undersøkelsen viste at det var ulik oppfattelse mellom pasienter og personalet i synet på hvordan bruk av tvang ble oppfattet. Personalet mente at tvang var nødvendig og at det ikke fantes alternativ, mens pasientene mente at bruken av tvang ofte var krenkende og urettmessig, og at det kunne brukes andre alternativer.

- *Ulike syn på psykiske lidelser, årsak og behandling*

Pasientene mente at de slet med skader etter traumer og krenkelser som de trengte behandling for, mens personalet så mer på symptomene som uttrykk for sykdom. Pasientene gav uttrykk for at de trengte behandling som innbar mer enn bare medisiner, og opplevde hjelpen som meningsløs.

- *Utfordringer i relasjon og kommunikasjon*

Pasientene opplevde å bli møtt med respektløshet og mangelfull kommunikasjon fra personalet, og ikke bli møtt i forhold til eksistensielle behov. Personalet ble oppfattet å ha et reduksjonistisk menneskesyn, og bare være opptatt av her og nå situasjonen.

- *Ulike syn på brukermedvirkning og innsikt*

Pasientene ønsket mer dialog i forhold til beslutningsprosesser for å minske opplevelse av misnøye og krenkelser. Personalet var opptatt av at pasientene ikke hadde sykdomsinnsikt og trengte og skjermes fra inntrykk, samtale og stimuli. Det pasientene sa, ble tolket som symptomer og ikke tatt på alvor.

Hovedpunktene i rapporten trekker frem at det er forskjell på hvordan pasientene og personalet opplevde bruk av tvang i psykisk helsevern, og at pasientene og personalet hadde ulikt syn på tvangsbruken.

## **2.5.5 Tiltak for å redusere tvang**

Rådet for psykisk helse utarbeidet i 2010 en rapport *Frivillighet før tvang* som presenterer ulike tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Undersøkelsen bygger på 28 semistrukturerte kvalitative intervju med pasienter, ansatte fra psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten (Rådet for psykisk helse, 2010). Det ble foreslått ulike tiltak for å redusere bruk av tvang i rapporten, blant annet:

- Vektlegging av tidlig diagnose og tidlig behandling, og god tilgang på lavterskeltilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Legevakt og fastlege som har erfaring med å håndtere akutte situasjoner.
- Bedre helhetlig styring av behandlingsapparatet mellom de ulike nivåene.
- Økt samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune rundt den enkelte pasient.

### 3. Teoretisk forståelsesramme

Bruk av tvang som del av en behandling er etisk utfordrende og reiser mange spørsmål. Pasientens opplevelse av situasjonen har stor betydning, og tvang berører mange grunnleggende menneskelige verdier som menneskeverd, autonomi og integritet. I tillegg utfordres brukermedvirkning ved bruk av tvang. Mennesket må forstås i lys av det som skjer mellom mennesker i det mellommenneskelige møtet (Bøe & Thomassen, 2007).

#### 3.1 Makt og avmakt

Makt og avmakt er et begrep som er kontekstavhengig, men nært knyttet til både autonomi og integritet og bør sees på i sammenheng. Makt og avmakt er begreper som utspiller seg i relasjon mellom mennesker (Stang, 2009).

Makt og avmakt er to begreper som har ulik betydning:

- *Makt* betyr i følge norsk synonymordbok; evne, kapasitet, potens, vigør eller autoritet. Men i følge norsk ordbok kan det også bety; kraft, styrke, tvang, vold, rådhighet og herredømme.
- *Avmakt* betyr i følge norsk synonymordbok uvett, bevisstløshet, maktesløshet eller svakhet. I følge norsk ordbok er det to nyanser av ordet;
  - bevisstløshet eller besvimelse, eller å falle i avmakt
  - maktesløshet, føle avmakt ovenfor noe

(Ordnnett 2012)

Når man blir pasient kan man oppleve å miste oversikt og innflytelse over egen situasjon og oppleve avmakt. Det å komme i en situasjon hvor man blir avhengig av andre kan føles uverdigg (Henriksen & Vetlesen, 2006). I pasientrollen oppstår en asymmetri i forholdet mellom den som yter omsorg og den som mottar omsorg, jo mer avhengighet av andres hjelp, desto større avmakt (ibid). Opplevelse av avmakt er kontekstavhengig ut ifra hvilken erfaringsbakgrunn pasienten har, og oppleves ofte i forhold til situasjoner hvor individet føler seg krenket og maktesløs (Stang, 2009).

Makt kan også være konkret bruk av makt i form fysisk makt. For eksempel ved å holde individet fast, eller innelåst mot sin vilje. Utfordringen er å forvalte maktfordelingen i en relasjon på en konstruktiv måte (Skau, 2003). Det er mange faktorer som påvirkes blant annet hvordan hjelperen møter pasienten gjennom verdier, kompetanse og holdninger. Språket har også betydning for opplevelse av avmakt. Språket kan både myndiggjøre og umyndiggjøre individet (Bergem, 2007). Ved å bruke faguttrykk og termer som pasienten ikke forstår, kan det være vanskelig for pasienten å forstå det som blir sagt. Språket kan både inkludere og ekskludere ut i fra om det brukes hverdagspråk eller fagspråk (Skau, 2003). Det kan også være vanskelig for hjelperen å vite om pasienten klarer å motta informasjon som blir gitt ut ifra pasientens helsetilstand.

Ved bruk av tvang og makt, har relasjonen og rollene til maktutøver og den som blir utsatt for tvang betydning for mulighet og grad av brukermedvirkning og kontroll over eget liv (Almvik & Borge, 2006). Stor grad av avmakt kan pasienten oppleve i situasjoner ved bruk av tvang, og dette forsterker personalets etiske ansvar for ivaretagelse av pasienten.

Helsepersonell står daglig ovenfor situasjoner hvor pasientens egen vurderinger er annerledes enn helsepersonells vurderinger (Storm, 2009). Kommunikasjon og relasjon mellom pasient og hjelper blir da viktig for hvordan situasjonen blir håndtert. Pasienter som blir vurdert som behandlingstrengende mot sin vilje, er i en sårbar situasjon. For hjelperen blir det viktig å være tilstede og hjelpe pasienten slik at den kan få styrket makt over egen situasjon (ibid).

For å istandsette pasienten til å kunne få mer makt over sin egen situasjon må pasienten få hjelp til dette. Bemyndigelse er en måte å istandsette pasienten til å oppnå kontroll over eget liv;

Bemyndigelse er en psykososial prosess hvor det skjer en maktoverføring på individ- og/eller systemnivå fra mennesker som har makt og innflytelse til mennesker som opplever å mangle kontroll over sentrale faktorer i sitt liv, slik at de sistnevnte gjennom egne ressurser og muligheter blir gjort i stand til å få kontroll over de faktorene som de opplever som viktige for dem, og som dermed gir dem muligheten til å mestre sine liv og sine omgivelser.

(Stang, 2009 s. 24)

Hjelperens rolle blir å bidra til å finne ressurser og muligheter slik at pasienten etter hvert kan ta kontroll over eget liv. En måte å oppnå dette på er gjennom brukermedvirkning og

utarbeidelse av individuell plan. En individuell plan er et verktøy for å gi pasienten innflytelse og makt i forhold til egen behandlingssituasjon.

### **3.2 Overordnede etiske verdier**

Etiske verdier er grunnleggende for alt arbeid med mennesker. Det er tre grunnleggende verdiprinsipper som ligger til grunn for tjenesteytelse i psykisk helsearbeid; informert samtykke, retten til autonomi og retten til å bli møtt med respekt og integritet uavhengig av sykdom eller funksjonshemming (Frost, 2009). Disse tre prinsippene henger tett sammen og bør sees på i sammenheng til hverandre. Disse tre grunnleggende verdiprinsippene påvirkes også av verdisyn og holdninger i ulike behandlingsmiljøer. Dette får konsekvenser for hvordan man møter og handler ovenfor pasientene.

Ved bruk av tvang i behandling, utfordrer dette verdiprinsippene både i forhold til menneskerettigheter, autonomi og integritet. Bruk av tvangsbehandling truer både retten til å bestemme selv og respekt for menneskeverdet, og er en måte å umyndiggjøre et menneske på (Bergem, 2007).

Ved bruk av makt og tvang i behandling i psykisk helsevern, utfordrer dette også etiske prinsipper i rettsvernet. Det er tre ulike grupper med rettsregler som regulerer dette; rettighetsbestemmelser, verneregler og kontrollregler (Høyer & Dalgard, 2002). Bak disse reglene ligger mange og ulike verdier, blant annet etiske handlingsbud som å hindre skade og gjøre det gode, verne pasients interesser gjennom respekt for pasientens autonomi, integritet og vurderinger (ibid). Ved bruk av makt og tvang gjelder ”minste inngreps prinsipp”, dette innebærer at jo mer inngripende et tiltak skal være ovenfor et individ, jo sterkere grunner kreves for å kunne gjennomføre tiltaket (Syse, 2006).

#### **3.2.1 Menneskerettigheter og menneskeverd**

Norge har ratifisert både FNs konvensjon for menneskerettigheter av 1966 og Europarådets menneskerettskonvensjon av 1950, og konvensjonene er overordnet den norske Grunnloven (Opsahl, 1996). Menneskerettskommisjonen består av 15 artikler. Menneskerettighetene bygger på prinsippene om å verne om det enkelte individs iboende verdighet, uavhengig av



rase, kjønn, fysisk og psykisk helse. Det mest grunnleggende av konvensjonene er prinsippene om vernet av integritet, ukrenkelighet, tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Mennesket har også rett til likeverdighet, trygghet, respekt for privatliv og ytringsfrihet. Menneskerettighetene er regler og friheter som gjelder for alle mennesker, og ble til for å verne og hindre at mennesker blir utsatt for krenkelser og dårlig behandling (Thune, 2008).

Menneskeverd er et begrep som er nært knyttet til menneskerettigheter. Begrepet har sin opprinnelse i humanistisk filosofi og fremhever som det unike for mennesket at det er rasjonelt, har autonomi og er potensielt godt (Barbosa da Silva, 2006). Menneskeverdet er generelt og tillegger hvert enkelt individ en uendelig verdi og verdighet. Når individet blir fratatt muligheten til å bestemme over seg selv ved tvang, innebærer dette at vedkommendes menneskeverd og grunnleggende rettigheter kan bli krenket (Aasen, 2009).

Bruk av tvang ovenfor personer med psykiske vansker kan øke faren for krenkelser og brudd på menneskerettighetene og internasjonalt og nasjonalt har det blitt et sterkere fokus på dette (Husom & Hjort, 2009). FN vedtok i 1991 en egen prinsipperklæring for beskyttelse av psykiatriske pasienter, hvor det blant annet står at mennesker som blir behandlet for psykiske lidelser skal behandles humant og med respekt (Thune, 2008).

Pasientrettighetsloven og fokus på brukermedvirkning har ført til et sterkere fokus på pasientenes rettigheter og medvirkning i behandling uavhengig om man er innlagt frivillig eller på tvang. I møte med pasienter som er underlagt tvang har det betydning for selve møtet mellom pasient og helsepersonell i hvor stor grad pasienten opplever situasjonen som krenkende.

### **3.2.2 Autonomi**

Autonomi kommer fra gresk og betyr i følge fremmedordboken selvstyre eller selvbestemmelse (Ornnett, 2012). Autonomibegrepet er en overordnet verdi i den vestlige kulturkrets (Henriksen & Vetlesen, 2006). Det var moralfilosofen Immanuel Kant (1724-1804) som trakk frem autonomibegrepet som et viktig etisk prinsipp gjennom å se på autonomi som den mest ukrenkelige ved menneskeverdet (ibid). Autonomi er et allmenngyldig ideal om selvbestemmelsesrett som omhandler idealene om likhet, frihet og rettferdighet for individet (Almvik & Borge, 2006) Det å krenke et individs autonomi

innebærer å krenke et vesentlig aspekt ved hans eller hennes menneskeverd (Henriksen & Vetlesen, 2006).

For enkelte pasienter med langvarige lidelser, vil de kunne oppleve å være avhengig av hjelp fra andre hele livet og det er viktig å møte pasienten med respekt (Almvik & Borge, 2006).

For å kunne yte omsorg som er moralsk og ansvarlig ovenfor en person som er avhengig av hjelp, må man ha full respekt for mottakerens autonomi (Henriksen & Vetlesen, 2006).

I noen situasjoner vurderer man at pasienter ikke er i stand til å hevde sin selvbestemmelse fullt ut. Dette gjelder pasienter som er psykisk utviklingshemmede, demente eller psykotiske (Henriksen & Vetlesen, 2006). Da er det vesentlig hvordan pasienten blir møtt av de som skal hjelpe. Autonomi kan bety både selvbestemmelse og medbestemmelse over egen situasjon (Tranøy, 2005). I hvilken grad pasienten kan ha medbestemmelse, må den enkelte helsearbeider vurdere i hvert enkelt tilfelle. Dette har stor betydning der pasienten ikke kan hevde selvbestemmelse. Når pasienten ikke er i stand til å ta ansvar for seg selv, og begrunnelsen for å bruke tvang veier tyngre enn å la være, inntreer paternalisme (Høyer & Dalgard, 2002). Dette innebærer å ta ansvar for pasienten ved å beskytte mot skade og gi pasienten omsorg.

Når man yter omsorg ovenfor personer som ikke har evne til full selvbestemmelse, må man finne riktig balansepunkt mellom avhengighet og uavhengighet (Henriksen & Vetlesen, 2006). Ovenfor personer som er psykisk syke vil de trenge både omsorg på grunn av sin psykiske lidelse, samtidig som de vil trenge hjelp til å opprettholde og kunne ta mer ansvar for egen autonomi. Hjelperen har en viktig rolle i forhold til å ivareta pasientens autonomi gjennom å ivareta pasientens rettigheter slik som rett til samtykke, medbestemmelse, rett til informasjon og innsyn i journal og bidra til å bevare pasientens verdighet som menneske (Stang, 2009). Selv om pasienten ikke har full autonomi, har hjelperen et ansvar for å bidra til at situasjonen blir så lite belastende og krenkende som mulig for pasienten.

### **3.2.3 Integritet**

Integritet er et begrep som blir utfordret ved bruk av tvang. Integritet betyr i følge norsk ordbok selvstendighet (Ordnett, 2012). Integritet kommer opprinnelig fra latin, og betyr i følge fremmedordboken helhet, uskaddhet, ukrenkelighet (Ordnett, 2012). Det som oppleves som nedverdiggende eller ydmykende krenker integriteten (Tranøy, 2005).

Respekten for den enkeltes integritet bygger på det overordnede prinsipp om menneskets ukrenkelighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Dette innebærer også å bli møtt med respekt i forhold til egne ønsker selv om individet mangler evne til å ta rasjonelle valg eller er underlagt vedtak om tvang. Å bli møtt med respekt i en slik situasjon er også et viktig prinsipp i FNs menneskerettserklæring (Opsahl, 1996). I situasjoner hvor man må bruke tvang etter hjemmel i lovverket, må man ta hensyn slik at man respekterer integritet og menneskeverd. Integritet er noe ukrenkelig hos et menneske (Bergem, 2007).

Et sentralt element i begrepet integritet er autonomi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Integritet er et mer omfattende begrep enn autonomi fordi det er et begrep som har fokus på hele menneskets livssituasjon, både psykiske og fysiske forhold (Høyer & Dalgard, 2002).

Margareta Anderson (1994) har gjort en studie hvor hun undersøkte integritet som begrep og prinsipp. Hun trekker frem ulike nyanser mellom integritet og autonomi ved å vise til at integritet viser til menneskelig verdighet, imens autonomi har mer fokus på selvbestemmelse. Hun intervjuet både pasienter og personale om hvordan de oppfattet begrepet integritet. Hun kom frem til tre grunnleggende kjennetegn;

- Respekt for pasienten som person
- Lydhørhet for menneskers ulikhet
- Lydhørhet for menneskers sårbarhet

Disse kjennetegnene begrunner Anderson med at *respekt for pasienten som person* innebærer at pasienten skal møtes med et flerdimensjonalt menneskesyn. Dette innebærer at det alltid skal tas hensyn til pasientens livssituasjon og opplevelse av sykdom, og så langt det er mulig skal pasienten gjøres delaktig i pleie og behandlingen. *Lydhørhet for menneskers ulikhet* innebærer å vektlegge hvert enkelt menneskes ønsker under planlegging av behandling, så langt det er mulig. *Lydhørhet for menneskers sårbarhet* forklarer hun med at det alltid må tas hensyn til at menneskers opplevelse av egen sykdom kan gjøre skade på deres opplevelse av integritet. I forhold til pasienter som har redusert evne til autonomi på grunn av sin sykdom, skal deres rett til selvbestemmelse og autonomi respekteres uansett deres evne til å handle autonomt (Anderson, 1994).

Å være pasient innebærer å være i en sårbar situasjon. Hvordan personalet evner å møte pasientene har betydning for hver enkelt pasients opplevelse av integritet. I møte med

pasientene innebærer dette at personalet må være oppmerksomme på hvordan hver enkelt pasients sårbarhet påvirkes av sin relasjon til personalet, det fysiske miljøet og rutiner (ibid). Videre innebærer dette å ta hensyn til den enkeltes pasients personlige vaner, å være lydhør for at den personlige sfære er ulik hos hvert enkelt individ (ibid). Personalet må også beskytte pasienten mot å skade seg eller bli utsatt for krenkelser.

### **3.3 Brukermedvirkning og tvang**

#### **3.3.1 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er en måte å sikre pasientens integritet og autonomi på. Det er en rettighet som er nedfelt i lovverket for å sikre pasientene økt innflytelse på egen behandling og at pasientens erfaringer blir vektlagt (Helsedirektoratet, 2010). Bakgrunnen for dette var å få til et bedre tilbud til tjenstemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse og sosialtjenester. Brukermedvirkning foregår på tre ulike nivåer i en organisasjon både individuelt, på tjenestenivå og systemnivå.

Helselovene som kom i 2001 gav pasientene rett til å ta avgjørelser som gjaldt egen behandling, informasjon og samtykke. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet gjennom pasientrettighetsloven og gjelder også for pasienter som er innlagt ved tvangsvedtak (Lovdata, 2012). I følge psykisk helsevernloven § 3-9 skal pasienten gis anledning til å uttale seg om selve tvangsvedtaket og om hvilken institusjon som skal ha ansvar for oppfølging av pasienten (ibid).

I Stortingsmelding 25 (1996-1997) ble brukermidvirkning beskrevet som en viktig rettighet. Der står det blant annet at pasienter som tar aktiv del i egen behandling, lærer seg bedre å mestre sin egen livssituasjon. Dette kan også bidra til å påvirke den enkeltes opplevelse av egen livskvalitet. Brukermedvirkning er også i følge Stortingsmelding 26 (1998-2000) en sentral verdi i helsetjenestene sammen med verdier som autonomi, likeverd og vern om personlig integritet. Brukermedvirkning handler om å få innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av eget tjenestetilbud(Almvik & Borge, 2006).

Brukermedvirkning har betydning for å styrke livskvalitet, gi opplevelse av mestring og kan gi et bedre resultat av behandling (Storm, 2009). Brukermedvirkning må ta hensyn til den

enkelte pasients funksjonsnivå. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at pasientmedvirkning må tilpasses den mentale helsetilstanden. Ved planlegging av informasjon til pasienten vil det ha stor betydning at informasjonen tilpasses den enkelte pasient, og at pasienten får fremlagt ulike alternativer å velge mellom ved konsultasjoner (Storm, 2009).

### **3.3.2 Individuell plan**

Individuell plan er et middel for å sette brukermedvirkning i system. Den gjelder både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den omfatter alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Rettigheten er hjemlet i flere lover blant annet helse - og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2010b). Veilederen til individuell plan beskriver hvordan planen er et verktøy som kan brukes for å tilrettelegge for pasients ønsker og hjelpebehov (ibid). Pasientens behov skal være styrende for prosessen og pasienten har rett til å delta i utarbeidelsen av planen uavhengig av fysisk og psykisk funksjonsnivå. Individuell plan er et hjelpemiddel for å få iverksatt tiltak.

Hensikten med å lage en individuell plan er å bidra til bedre livskvalitet og forutsigbarhet for pasienten. Ved å ta hensyn til at mennesker med psykiske lidelser er ulike og har ulike behov, kan tjenestene være med å fremme selvfølelse og økt kontroll over eget liv ved tilrettelegging av hjelptilbud (Bergem, 2007).

Individuell plan trekkes frem i rapport IS -1554 som et viktig redskap for å sikre individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tilbud (Helsedirektoratet, 2008). Planen kan inneholde en kriseplan for akutte tilstander, og i tillegg beskrive hvem som har ansvar for å følge opp ulike tiltak. Planen skal bidra til å tilrettelegge for pasientenes ønsker og hjelpebehov, og at pasientens erfaringer blir vektlagt.

Hovedansvaret for å koordinere planen er et kommunalt ansvar, selv om pasienten også får oppfølging av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009b). Individuell plan er et samhandlingsverktøy mellom de ulike tjenestenivåene. For pasienter som er underlagt psykisk helsevern med tvang er det viktig å tilrettelegge for å sikre brukerne ved at andre som eventuelt handler på deres vegne får innflytelse over behandlingssituasjonen (Lovdata, 2012). Pasienten kan la seg bistå av pårørende eller advokat.

## 4. Forskningsdesign

Denne studien benytter kvantitativ metode som utgangspunkt for forskningsdesignet. Kvantitative metoder bygger på en vitenskapstradisjon som tar utgangspunkt i naturvitenskaplig tradisjon (Thornquist, 2008). Den naturvitenskaplig tradisjonen omfatter rasjonalisme, empirisme og positivisme. *Rene Decartes* (1596-1650) regnes som opphavsmannen til rasjonalismen (ibid). Rasjonalismen er opptatt av tenkning og fornuft som grunnlag for all kunnskap, og at det er et skille mellom kropp og sjel. Empirismen hevder at erfaringer ansees som kilden til kunnskap, og at all kunnskap skal underlegges en form for vitenskaplig metode. Idealet er det som kan telles, måles og veies. *August Comte* (1798-1857) regnes som grunnleggeren av positivismen og sosiologien (ibid). Positivismen er opptatt av at vitenskap er et viktig ledd i samfunnsutviklingen. Kunnskap må være virkelig, nyttig, sikker, nøyaktig, verdifull og knyttet til sanseerfaringer.

Data som samles inn innenfor kvantitativ forskning er telle- og målbar. Kvantitativ forskning har som formål å fremskaffe ny og etterprøvbare kunnskap, og bygger på deduktiv tilnærming, dvs. hypotesetesting (Olsson & Sørensen, 2009). Dette er en metode som benyttes innenfor naturvitenskaplig forskning, og hvor man er opptatt av å finne årsak – virkning. Forskeren er objektiv og har avstand til det som forskes på. Denne studien har til hensikt å framskaffe grunnleggende og pålitelige data om hvorledes ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold praktiseres, og det er viktig å ha et objektivt fokus på datamaterialet. Det vil derfor være hensiktsmessig å bruke kvantitativ metode til denne studien.

### 4.1 Metode

Denne studien har en deskriptiv, retrospektivt design ved bruk av kvantitativ metode. Deskriptiv metode er en metode som er egnet til å samle inn data om fenomener man vil undersøke og beskrive disse. Alle dataene ble hentet retrospektivt fra pasientjournalssystemet DIPS. Et deskriptiv design er egnet for å beskrive forskjeller eller likheter på et gitt tidspunkt og finne sammenhenger mellom dem (Jacobsen, 2011). Registreringene ble gjennomført etter en mal utarbeidet i samarbeid med Tromsøstudien.

Kvantitativ metode er egnet til å samle inn informasjon som skal være valid, reliabel og generaliserbar (Olsson & Sørensen 2009). Kvantitative metoder egner seg for forskning hvor man samtidig vil få frem en større mengde data fra mange personer som kan være med å gi en oversikt over omfang av et fenomen eller virkning av et tiltak (ibid). I denne studien vil forskeren ha en nøytral rolle til datamaterialet ved å ikke ha noen direkte kontakt med deltakerne i studien. Det bidrar til å få frem objektive data om pasientene som omfattes av ordningen med tvang uten døgnopphold i Hedmark og Oppland.

## **4.2 Forskningsetikk**

Prosjektet har fulgt gjeldene lover, aktuelle forskrifter og Helsinkideklarasjonen. Personer som deltar i forskningsprosjekter skal ha beskyttelse mot at opplysninger som de gir fra seg ikke blir gitt til uvedkommende (Olsson & Sørensen, 2009). Personer som deltar i forskningsprosjekter skal være sikret gjennom taushetsplikt og konfidensialitet i forhold til innsamlet materiale (ibid). Anonymitet kan være en utfordring i dette prosjektet, fordi dette er en studie som skal registrere alle som har vært innlagt og blitt overført til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold innefor Sykehuset Innlandets opptaksområde. På mindre steder kan det være få personer som har vedtak om TUD, og som kan gjenkjennes i nærmiljøet. Dette stiller krav til hvordan dette materialet analyseres og presenteres.

Innsamlede data ble aidentifisert under prosjektperioden og deretter anonymisert. Bare to personer fikk innsyn i DIPS recorden for den enkelte pasient, og det ble etablert lagringsrutiner for å sikre misbruk av data. Det er også begrenset hvor mange som har tilgang til det analyserte materialet på forskningsserveren.

Studien har som målsetting å innhente så pålitelige data som mulig om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Det kan reises spørsmål i forhold til å forske på en så alvorlig inngripen i en persons liv som det er å være underlagt tvang. Dette reiser etiske problemstillinger om en avveining av hvordan eventuelle ulemper for pasienten veies opp mot verdien av å få kunnskap om hvordan tvungent psykisk helsevern fungerer. Ved gjennomføringen av denne studien har det vært av stor betydning å vise varsomhet og at dataene ble lagret og oppbevart på en sikker måte.

### **4.3 Utvalg**

Studien inkluderer alle pasienter som er registrert med vedtak om tvungent vern uten døgn i Divisjon psykisk helsevern innenfor Sykehuset Innlandets opptaksområde i Hedmark og Oppland. Sykehuset Innlandet består av to psykiatriske sykehus og fem DPS. Vedtak om TUD fattes i henhold til psykisk helsevernloven § 3-3, og kan være gyldig i opptil et år om gangen (Lovdata, 2012). Vedtakene vurderes hver tredje måned, og hvis vilkårene for tvang fortsatt er tilstede, blir vedtaket forlenget. Utvalget består av pasienter som er over 18 år og har fått vedtak om tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold i perioden 1.1.2008 til 31.12.2011, eller har fått forlengelse av vedtak fattet før 1.1.2008.

### **4.4 Innsamling av data**

Innsamling av data er en viktig del av en studie. Det er avgjørende for resultatet av studien å få frem så nøyaktige resultater som mulig, i tillegg til å få frem resultater som er generelle og entydige (Olsson & Sørensen, 2009). Det har derfor stor betydning hvordan selve datainnsamlingen blir gjennomført.

Alle data som har blitt registrert, har blitt hentet fra pasientjournalssystemet DIPS. Bakgrunnen for å gå direkte inn i journalssystemet var få til en så komplett registrering som mulig ved å ha tilgang til hele pasientregisteret.

Til å registrere og samle inn data har det blitt benyttet et registreringsskjema som er utformet med lukkede spørsmål med ulike avkrysningsalternativer. Skjemaet er utarbeidet av Universitetet i Tromsø i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge. I tillegg har en lokal prosjektgruppe i Sykehuset Innlandet kommet med innspill og deltatt på miniseminarer i forhold til selve utarbeidelsen av skjemaet, og vært med og tilpasset dette til lokale forhold i Hedmark/Oppland. I det originale registreringsskjemaet inngikk 67 spørsmål. For å finne svar på problemstillingene i masteroppgaven ble det valgt ut 20 av disse spørsmålene som var relevante for oppgaven. Med utgangspunkt i de 20 spørsmålene har det blitt registrert omfang av TUD, beslutningsgrunnlag for vedtak og behandlingsoppfølging (vedlegg 1). I tillegg er det registrert diagnose, bruk av individuelle plan, oppfølging og behandling. I materialet til denne studien er det diagnoser etter diagnosesystemet ICD -10 som er registeret. Denne studien tar utgangspunkt i klinisk materiale som allerede er samlet i journal, og bruker ikke



det internasjonale diagnosesystemet DSM-IV som er mest brukt i forskning. De utfylte registreringsskjemaene ble kodet og aidentifisert, og skjemaer og kodelister ble nedlåst og oppbevart på hvert sitt sted på sykehuset.

For å kunne bruke data fra pasientjournalene ble det søkt om unntak fra å innhente individuelt samtykke fra pasientene som ble omfattet av studien både til REK Nord (vedlegg 3) og Personvernombudet for forskning i Helse Sør- Øst (vedlegg 2). Dette ble innvilget, men for å begrense tilgangen til journalene mest mulig, var det bare er to personer knyttet til prosjektet i Hedmark og Oppland som fikk tillatelse til å hente ut data. Prosjektet ble også godkjent av forskningsenheten i Sykehuset Innlandet (vedlegg 4).

## **4.5 Analyse**

Analysen av dataene har tatt utgangspunkt i registreringsskjemaet og forskningsspørsmålene for denne studien. Kvantitative analyser handler om å operasjonalisere resultater i form av tall og koding for å kunne gjøre resultatene målbare (Jacobsen, 2011). Registreringsskjemaet ble omkodet til variabler med underkategorier. For noen av variablene som hadde mange underkategorier, ble det laget samlekategorier for å kunne sammenlikne større grupper. Deretter ble variablene registrert i en kodebok som ble opprettet i egen mappe på forskningsserver i sykehuset.

Hensikten med analysene har vært å få frem empiriske funn for å finne flest mulig svar på forskningsspørsmålene. Til å analysere materialet ble det benyttet deskriptiv analyse (Jacobsen, 2011; Bjørndal & Hofoss 2010). Deskriptiv analyse beskriver hvordan observasjoner fordeler seg i et utvalg. Selve analysene har blitt gjennomført ved hjelp av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 18.

Hver variabel ble undersøkt for seg, men variablene ble også sammenliknet og undersøkt mot hverandre for å finne flest mulig svar på forskningsspørsmålene. Til å gjøre ulike analyser har det blitt benyttet frekvensanalyse og krysstabellanalyse. En frekvensanalyse undersøker en og en variabel, imens krysstabellanalyse undersøker sammenhenger mellom variabler (Johannessen, 2009). For å undersøke statistiske sammenhenger for krysstabellanalysene, ble det gjennomført Pearson Chi- Square test med signifikantnivå  $p \geq 0,050$  (Pallant, 2010).

## **4.6 Reliabilitet og validitet**

Hensikten med å bruke kvantitativ metode i denne studien, var å få frem et så nøyaktig og gyldig resultat som mulig. For å sikre en nøyaktig registrering, ble registreringen gjennomført ved at to personer registrerte aktuelle data på et papirskjema i fellesskap. Dataene ble deretter ført over til SPSS versjon 18 etter utarbeidet kodebok. Hvert skjema fikk en kode som også ble kodet inn på SPSS. Ved hjelp av kodene var det mulig å finne tilbake i materialet for å sjekke mangler og uklarheter i datamaterialet under registreringen. Etter at dataene var ferdige kodet ble de kontrollert på nytt opp mot registreringsskjemaene, og uklarheter og feil ble rettet opp. Men, selv om dataene ble kontrollert i forhold til registreringen i SPSS, kan det være feil i selve datamaterialet som kan skyldes feilføringer av opplysninger i pasientenes journaler som det ikke har vært mulig å finne ved registreringstidspunktet.

Det innsamlede materialet har tatt utgangspunkt i 20 spørsmål for å belyse problemstillingene i oppgaven. Spørsmålene ble valgt ut fordi de var mest relevante i forhold til problemstillingene. Men, begrensning av spørsmål kan ha påvirket datagrunnlaget gjennom begrenset mulighet til å få belyst det innsamlede materialet på en bredere måte.

Utvalget i denne studien er ikke stort. For å få sikker kunnskap om ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgn, bør denne registreringen gjøres flere steder i Norge. For å få frem resultater som kan sammenliknes, bør man bruke samme tabellmal og kodebøker ved andre tilsvarende registreringer i Norge.

## 5. Resultater

Analysen av dataene ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 18. Presentasjon av resultatene med empiriske funn presenteres med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

### 5.1 Demografiske faktorer

Utvalget består totalt av 71 pasienter. Disse har enten nytt vedtak om TUD eller forlengelsesvedtak om TUD i perioden 2008-2011. For en pasient er det ufullstendige journaldata fordi pasienten flyttet til en annen del av landet like etter at vedtaket var fattet.

#### 5.1.1 Kjønn og alder

Kjønnfordelingen i utvalget er 51 % menn og 49 % kvinner, altså en tilnærmet lik fordeling (tabell 1).

	Antall	Prosent
<b>Menn</b>	36	51 %
<b>Kvinner</b>	35	49 %
<b>Total</b>	71	100 %

Tabell 1: Kjønnfordeling av TUD vedtak

Alderen hos pasientene i utvalget varierte fra 26 år til 71 år med en gjennomsnittsalder på 47,3 år, beregnet ut i fra fødselsåret. Den typiske fordeling i utvalget viste ingen skjevfordeling (median = 1965).

#### 5.1.2 Diagnose

Utvalget ble undersøkt for å finne hvilken hoveddiagnose de hadde og hvor gamle de var når de fikk sitt første TUD vedtak (index TUD). Hoveddiagnosene som er registret er kliniske diagnoser ved tidspunktet for index TUD. Diagnosene følger ICD-10 (tabell 2).

	F 06	F 20	F 22	F 25	F 31	Total
20-29 år		9	1	3		<b>13</b>
30-39 år		9	1	1		<b>11</b>
40-49 år	1	21	1	2	1	<b>26</b>
50-59 år		9		2	1	<b>12</b>
60-69 år		5	1	1	2	<b>9</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>71</b>

Tabell 2: Aldersfordeling og hoveddiagnose ved index TUD

Materialet viser en stor overvekt av pasienter med diagnose i kategorien F20-F29 som omfatter schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide psykoser. Det er hele 66 av totalt 71 pasienter som har disse diagnosene. 1 pasient er i kategorien F00-F09 som omfatter organiske og symptomatiske psykiske lidelser. Det er 4 pasienter i kategorien F30-39 som omfatter affektive lidelser.

Tabell 2 viser at det er høyest forekomst av index TUD for personer som er mellom 40-49 år. Det er tilnærmet likt antall index TUD for personer mellom 20-29 år, 30-39 år og 50-59 år. I alderen 60-69 år er det færrest index TUD vedtak.

### 5.1.3 Rusadferd

I tillegg til hoveddiagnose har 32 % av pasientene tilleggsproblematikk med rus i forskjellig grad som vist i tabell 3.

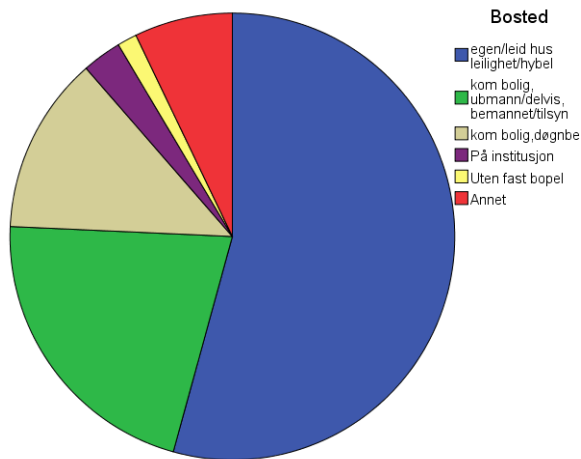
Rus som tilleggsproblematikk	Antall	Prosent
Nei	47	66.2 %
Ja, i vesentlig grad	18	25.4 %
Ja, i mindre grad	5	7.0 %
Missing	1	1.4 %
Total	71	100.0 %

Tabell 3: Problematisk rusadferd som tilleggsproblematikk

Det ble videre undersøkt om det var noen sammenheng mellom kjønn og bruk av rus. Resultatet viser at det 16 menn og 7 kvinner som har rus som tilleggsproblematikk, det vil si at det er flest menn som har problemer. Det er en tydelig tendens til assosiasjon mellom kjønn og rus, men den er ikke signifikant (Pearson Chi-Square,  $p = 0,052$ ).

### 5.1.4 Bo og levekår

Et av kriteriene for å få TUD vedtak er å ha en avklart bosituasjon, fortrinnsvis i egen bolig. Utvalget ble også undersøkt i forhold til bosituasjon og økonomisk livsgrunnlag. Det er ca 53 % av pasientene som bor i egen bolig mens ca 34 % har et kommunalt botilbud (figur 1). Av pasientene som har kommunalt botilbud, bor ca 2/3 i delvis bemannet bolig, imens ca 1/3 bor i døgnbemannet bolig. Resten av pasientene ca 10 % bor på institusjon av et eller annet slag. En pasient var uten bolig ved registreringen.



Figur 1: Oversikt over boforhold

De fleste av pasientene med TUD vedtak bor alene. Dette utgjør totalt 83 % av utvalget. 14 % bor med samboer, ektefelle, venner eller annen familie. Av disse er det 7 kvinner og 3 menn som bor sammen med noen.

I forhold til økonomisk livsgrunnlag er det ingen som er i arbeid. Det er 75 % av pasientene som mottar uføretrygd og det er 13 % som står på arbeidsavklaringspenger. De resterende har en eller annen form for bistand i form av stønad eller sykepenger. En pasient var uten avklart inntekt ved registreringstidspunktet.

## 5.2 Oversikt over TUD vedtak

I årene 2008-2011 var det registrert til sammen 6335 pasienter i psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Dette tallet omfatter alle sykehusavdelingene og DPS`ene. Antall pasienter i Sykehuset Innlandet med TUD vedtak i denne perioden var 71 personer. Det vil si at antall pasienter med TUD vedtak bare utgjorde 1,1 % av den totale pasientgruppen. Tabell 4 viser en oversikt over antall pasienter som hadde vedtak om TUD i årene 2008-2011.

### 5.2.1 Index TUD

Tabell 4 viser antall nye vedtak (index) om tvang uten døgnopphold per år. Resultatet viser en økning i index TUD fra 9 pasienter i 2008 til 17 pasienter i 2011.

	2008	2009	2010	2011
<b>Index TUD</b>	9	8	11	17
<b>Prevalens TUD</b>	34	38	40	51
<b>Avsluttet TUD</b>	4	8	5	4

Tabell 4: Oversikt over antall personer med ulike TUD vedtak

### 5.2.2 Prevalens TUD

Prevalens av TUD viser til antall pasienter per år som hadde gyldig TUD vedtak i det året som er undersøkt. Tallene omfatter også alle som hadde et TUD vedtak før 2008, men som fortsatt hadde gyldig vedtak 1.1.2008. Det er telt med alle vedtak under det aktuelle året, både de som hadde forlengelses vedtak, nye vedtak eller avsluttede vedtak. Tabell 4 viser en økende forekomst av TUD i de fire årene som er undersøkt. Totalt viser resultatet at prevalens av TUD har økt fra 34 pasienter i 2008 til 51 pasienter i 2011.

### 5.2.3 Avsluttet TUD

Tabell 4 omfatter også registreringer i forhold til når selve TUD vedtaket ble avsluttet. Resultatet av de undersøkte dataene viser at antall pasienter som avsluttet TUD, var relativt stabilt. Tallene varierte fra 4 pasienter til 8 pasienter i løpet av fireårsperioden.

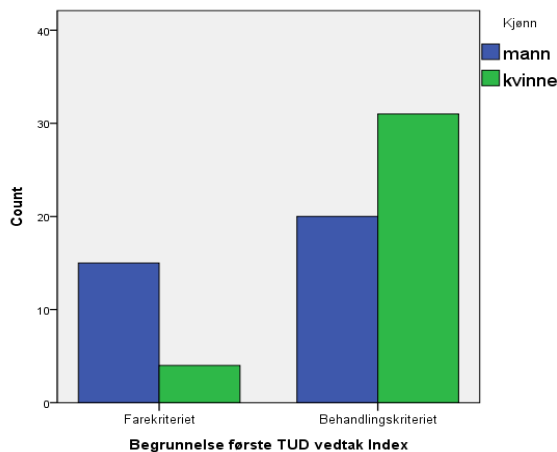
## 5.3 Vedtak og begrunnelse TUD

Vedtak og begrunnelse for TUD gjøres med utgangspunkt i psykisk helsevernloven. I materialet fremgår at det hovedsakelig er overlegene som fatter TUD vedtak i Sykehuset Innlandet. De har ansvar for 90 % av vedtakene.

For å gjøre vedtak om tvungen behandling, forutsetter dette at frivillighet må være prøvd først. Av materialet fremkommer at frivillighet har blitt prøvd hos hele utvalget, dvs 100%.

### 5.3.1 Kriterier for TUD

Det er to hovedkriterier for vedtak om tvungen behandling, enten farekriteriet eller behandlingskriteriet. Analyse av dataene viste at 27 % av pasientene fikk TUD vedtak på grunn av farekriteriet, imens 72 % fikk TUD vedtak på grunn av behandlingskriteriet.



Figur 2: Begrunnelse for TUD vedtak i forhold til kjønn

Det ble videre undersøkt sammenhengen mellom begrunnelse for TUD vedtak og kjønn (figur 2). Av utvalget var det 15 menn og 4 kvinner som fikk vedtak på grunn av farekriteriet. I forhold til behandlingskriteriet fikk 20 menn og 31 kvinner TUD vedtak med denne begrunnelsen. Resultatet viser at det var behandlingskriteriet som var mest brukt som begrunnelse for kvinnene. For mennene er det mindre forskjell mellom begrunnelsene for TUD vedtakene.

Assosiasjoner mellom vedtak og kjønn viser at det er flere menn enn kvinner som har vedtak på grunn av farekriteriet (Pearson Chi-Square,  $p = 0,007$ ). Dette viser en signifikant sammenheng mellom begrunnelse for vedtak og kjønn.

### 5.3.2 Sammenhenger mellom index TUD og rus

Det ble videre undersøkt om det var noen sammenheng mellom begrunnelse for index TUD vedtak og problematisk bruk av rusmidler. Det er til sammen 22 pasienter som har et rusproblem, og av disse har 10 pasienter vedtak på grunn av farekriteriet og 12 pasienter på grunn av behandlingskriteriet. Av de som ikke ruser seg har 9 pasienter vedtak på grunn av farekriteriet og 39 pasienter har behandlingskriterievedtak (Tabell 5).

Bruker rus	Farekriteriet	Behandlingskriteriet	Total
Ja	10	12	<b>22</b>
Nei	9	39	<b>48</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>51</b>	<b>70</b>

Tabell 5: Sammenheng mellom begrunnelse for vedtak og rus

Assosiasjoner mellom vedtak og rus viser at 1/3 av pasientene bruker rus (Pearson Chi-Square,  $p = 0,041$ ). Dette viser en signifikant sammenheng mellom index TUD og rus.

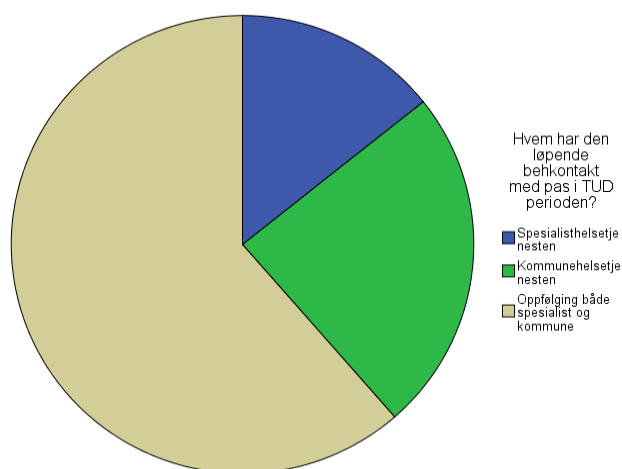
## 5.4 Behandlingsoppfølging

Resultatene i denne studien viser at det bare var 41 % av pasientene som hadde en navngitt kontaktperson tilgjengelig på dagtid i spesialisthelsetjenesten, tiltross for at dette er nedfelt i forskriftene for psykisk helsevern.

### 5.4.1 Daglig behandlingskontakt

Det ble undersøkt hvem som har den daglige behandlingskontakten med pasientene. Resultatet viser at 61 % får oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 14 % får bare oppfølging av spesialisthelsetjenesten mens 23 % får bare oppfølging av kommunehelsetjenesten (figur 3).

Behandlingsoppfølging omfatter både de som har den daglige kontakten og etter avtale med pasienten. I spesialisttjenesten blir behandlingsoppfølgingen ivaretatt av personer med ulik kompetanse enten alene eller i samarbeid. Det kan være ansvarlige for vedtaket, navngitt kontaktperson, ansatt ved døgnavdeling eller DPS. I kommunehelsetjenesten ivaretas også behandlingsoppfølging alene eller i samarbeid mellom flere personer Det kan være fastlege, psykisk helseteam, hjemmesykepleie og boveiledere.



Figur 3: Oversikt over behandlingskontakt i perioden

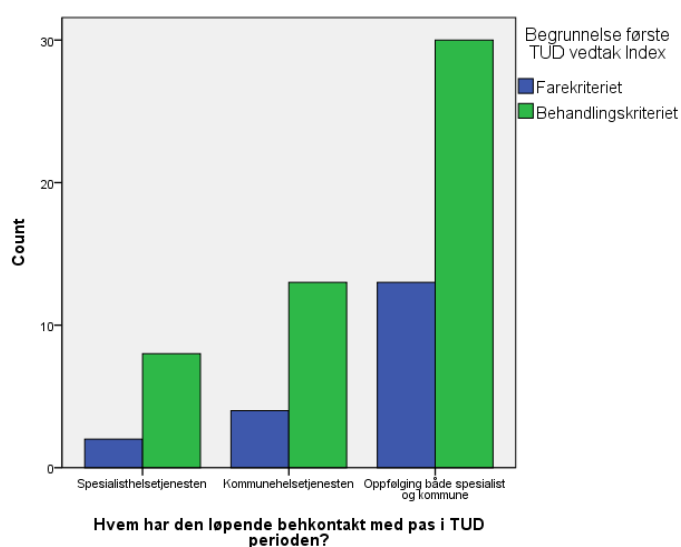


## 5.4.2 Oppfølging i forhold til vedtak

Det ble undersøkt hvilken sammenheng det var mellom behandlingsoppfølging og kriteriet for TUD vedtak. 43 pasienter fikk behandlingsoppfølging i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og av disse hadde 13 av pasienter vedtak begrunnet med farekriteriet (figur 4).

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for 10 pasienter alene, og av disse har 2 pasienter vedtak på grunn av farekriteriet. (figur 4).

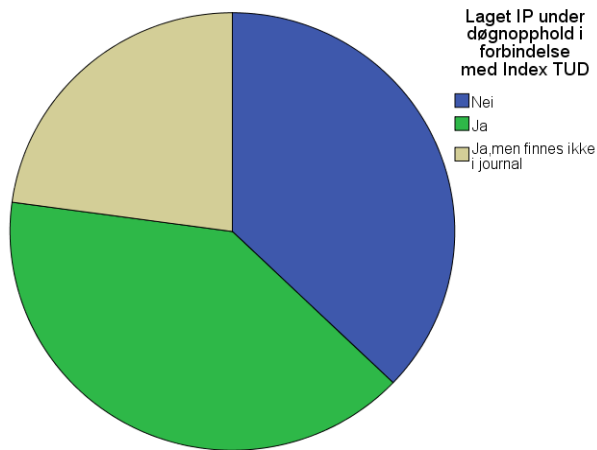
Kommunene har totalt ansvar for 17 pasienter alene. Av disse hadde 4 pasienter vedtak i begrunnet med farekriteriet (figur 4). Kommunehelsetjenesten har ansvar for flere pasienter alene enn spesialisthelsetjenesten har.



Figur 4: Oppfølging i forhold til TUD kriterier

## 5.4.3 Individuell plan

Det ble undersøkt hvor mange av pasientene som hadde en individuell plan (IP). Av utvalget på 71 pasienter hadde 62 % registrert i egen journal at de hadde en individuell plan, men for ca 2/3 av disse var det ikke mulig å finne selve planen i journalen (figur 5). Av figur 6 ser man også at 37 % av pasientene manglet individuell plan. Halvparten av pasientene som manglet en plan ønsket ikke å ha en plan. Men til tross for at pasienten motsatte seg å få laget dette, ble det tatt initiativ til å lage individuell plan hos 13 % og kriseplan hos 3 % av de som manglet plan.



Figur 5: Oversikt over utarbeidede IP planer

#### 5.4.4 Bruk av medikamenter

Det ble undersøkt om pasientene med TUD vedtak brukte psykofarmaka. Av de registrerte i utvalget fikk alle medikamentell behandling. Flertallet av pasientene 59 % brukte depotmedikasjon, mens 39 % brukte tablett (tabell 6).

Medisinering	Antall personer	Prosent
Tabletter	28	39,4 %
Depot	42	59,2 %
Missing	1	1,4 %
Total	71	100 %

Tabell 6: Bruk av psykofarmaka ved TUD

Det ble undersøkt om det var noen sammenheng mellom bruk av medikamenter og begrunnelse for TUD vedtak. Av de som brukte depot hadde 31 pasienter behandlingskriteriet og 11 pasienter farekriteriet. Av de som brukte tablett hadde 20 pasienter behandlingskriteriet og 8 pasienter farekriteriet. Depotinjeksjon blir benyttet oftere enn tablett uavhengig av vedtak. Det er ingen signifikant forskjell mellom begrunnelse for vedtak og medisineringsform i utvalget (Pearson Chi-Square,  $p=0,827$ ).

## 6. Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til å framskaffe kunnskap om hvordan ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fungerer innen Sykehuset Innlandets opptaksområde. I dette kapitlet diskuteres forskningsspørsmål og etiske utfordringer opp i mot empiriske funn og teori i oppgaven. I forhold til funn i studien, er det gjort tilleggssøk etter litteratur for å belyse funnene som vil være med i diskusjonen.

### **6.1 Kjennetegn ved pasienter med TUD vedtak i Innlandet**

Denne studien har totalt inkludert 71 pasienter i Sykehuset Innlandet med TUD vedtak og har omfattet perioden 2008-2011. Pasientene med TUD vedtak utgjorde 1,1 % av alle som var psykiatriske pasienter i samme periode, og viser de utgjør en liten del av den totale pasientgruppen. Sammenliknet med kartlegging på landsbasis i 2004, hadde 2,9 av alle polikliniske pasienter vedtak om TUD (Helsetilsynet, 2006). Ut i fra fokuset som dette temaet har fått de siste årene, kan man få inntrykk av at omfanget av dette skulle være større. Samtidig understreker dette nytteverdien av å få mer kunnskap og fakta om bruk og omfang av TUD. Bruk av tvang blir utsatt for mye kritikk, spesielt fra pasienter som har vært innlagt på institusjon (Norvoll & Husum, 2011).

Kjønnsfordelingen i utvalget viste en tilnærmet lik fordeling mellom kvinner og menn. Dette var et overraskende funn. Sammenliknet med en tidligere Sintef kartlegging i 2004 viste den at menn var i flertall blant pasienter med TUD vedtak (Helsetilsynet, 2006).

Det ble også undersøkt alderen på pasientene som var registrert i utvalget. Det var stor spredning i alderen på de som var registrert fra 26 – 71 år, gjennomsnittsalderen var på 47,3 år og det var ingen skjevfordeling i utvalget. Aldersspredningen i utvalget er stort, og viser at TUD er en ordning som omfatter både unge og eldre pasienter. Sammenliknet med tall i Rapport fra Helsetilsynet nr 4, 2006, viser disse tallene også en stor aldersspredning fra 18 år til over 80 år for pasienter med vedtak om TUD i Norge. Sammenliknet med gjennomsnittstall for Norge, er de yngste pasientene som får index TUD vedtak i Sykehuset Innlandet i aktuelle periode ca 8 år eldre enn landsgjennomsnittet.

### 6.1.1 Diagnose

Resultatene viste at hele 93 % av pasientene hadde en diagnose i schizofrenispekteret F20-29 når første TUD vedtak ble fattet (schizofreni, schizotyp lidelse eller paranoid psykose).

Forløpet for diagnosene i schizofrenispekteret kan variere. Forløpene kan variere mellom en enkelt sykdomsperiode hos ca 25 %, til et vekslende forløp hos 50 % og 25 % kan ha sin lidelse kronisk (Rund, 2008). Disse pasientene har en alvorlig psykisk lidelse som kan gi langvarig funksjonssvikt i forhold til dagliglivets utfordringer, og det vil ha stor betydning for pasientene at de får en tilrettelagt behandlingsoppfølging ut i fra sitt individuelle funksjonsnivå. Det vil kunne påvirke både livskvalitet og sykdomsforløp.

I tillegg ble det undersøkt hvor gammel den enkelte pasient var når vedkommende fikk sitt første TUD vedtak. Resultatet viste at de fleste fikk sitt første TUD vedtak når de var mellom 40-49 år. Dette var et overraskende funn i forhold til at de aller fleste i denne studien har en schizofrenilidelse. Schizofreni er en lidelse som regel har en tidlig sykdomsdebut fra 15-24 år for menn, og noen år senere for kvinner (Bloch Thorsen & Johannessen, 2005). I forhold til tallene for index TUD, ser det ut til at vedtak om TUD ikke blir brukt tidlig i et sykdomsforløp selv om pasientene ofte får hoveddiagnosen som unge. Pasientene er i gjennomsnitt mellom 40-49 år før de får sitt første TUD vedtak. Frivillig behandling må alltid være prøvd før man kan gjøre TUD vedtak. Det kan bety at pasientene både kan ha vært syke og under behandling i mange år før de får et TUD vedtak. Sammenliknet med kartleggingen som Sintef gjennomførte i 2004, viste den at de fleste fikk TUD vedtak mellom 30-50 år (Helsetilsynet, 2006). Tallene viser at pasienter i Sykehuset Innlandet er litt eldre når de får sitt første TUD vedtak. Det kan bety at man i Sykehuset Innlandet venter lengre før pasienter får index TUD enn andre steder i Norge.

Utvalget ble også undersøkt for å finne hvor mange av pasientene med TUD vedtak som hadde rus som tilleggsproblematikk. Det var ca 1/3 som hadde et rusproblem som tilleggsproblematikk. Av disse var flest menn. Rus kan ofte komplisere både sykdomsforløp og oppfølging fordi bruk av rus ofte skaper sterk avhengighet og kan forverre symptomene for den psykiske lidelsen (Evjen, Kielland & Øiern 2007). Mange pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer kan ofte ha omfattende funksjonssvikt og store sosiale problemer (Bratteig, Hove & Aakerholt, 2008). Dette gjør at disse pasientene vil trenge annen oppfølging enn de som ikke ruser seg, og dette vil ha betydning for planlegging av behandlingsoppfølging.

## 6.1.2 Levekår

Utvalget ble undersøkt i forhold til bo og levekår. Det er vesentlig for god livskvalitet å ha en fast bolig og økonomisk trygghet. For å kunne gjøre et vedtak om TUD, må pasienten ha en avklart bosituasjon (Lovdata, 2012). I denne studien var dette godt ivaretatt for de aller fleste. Bare en person manglet bolig. De aller fleste av pasientene, ca 53 %, bor i egen bolig og resten har en eller annen form for institusjon eller kommunalt boligtilbud. Dette funnet er sammenfallende med Sintef kartleggingen av norske poliklinikker i 2004, som viste at bare 1 % av pasienter med TUD vedtak manglet egen bolig sammenliknet med tvangsinnlagte pasienter hvor så mange som 43 % manglet egen bolig (Helsetilsynet, 2006). Det tyder på at boligsituasjonen for Sykehuset Innlandets pasienter med TUD vedtak er godt ivaretatt, og at det er et godt fungerende samarbeid rundt behov for bolig mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Av pasienten med TUD vedtak bor ca 83 % alene. Det er et høyt tall. De resterende bor sammen med familie eller andre, og det var flere kvinner enn menn som bodde sammen med noen. En forklaring til dette kan være at kvinner kan ha senere sykdomsdebut enn menn og rekker å etablere seg før de blir syke (Bloch Thorsen & Johannessen, 2005). For mange menn med schizofrenilidelse kan det være slik at de har blitt syke før de er etablert med egen familie. I tillegg kan det være vanskelig å etablere nye relasjoner når man allerede er alvorlig syk samtidig som det kan være utfordrende nok å ta vare på seg selv.

De aller fleste som har TUD vedtak har uføretrygd. Dette utgjør 75 % av pasientene. Av de resterende har 13 % arbeidsavklaringspenger, mens resten får annen økonomisk hjelp fra NAV. For å få innvilget uføretrygd må man ha varig nedsatt inntekstevne i minst 50 % på grunn av sykdom, skade eller lyte og man må ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og prøvd ut arbeidsrettede tiltak (NAV, 2012). Det kan også være slik at man har blitt psykisk syk i ungdomsårene. For de som er født uføre eller har blitt syke før 26 år og har en klart definert og alvorlig sykdom, gir dette rett til ung uførpensjon (ibid). Dette tyder på at de fleste som har vedtak om TUD i Innlandet har en ordnet økonomisk situasjon, og dette underbygger antakelsen om at de fleste har vært syke en stund fordi dette ligger til grunn for å ha rett på uføretrygd.

## **6.2 Omfang av TUD vedtak**

I studien ble det undersøkt omfang av gjeldende TUD vedtak i Innlandet i perioden 2008-2011. Det ble undersøkt eksisterende vedtak, avsluttede vedtak og nye vedtak. Denne pasientgruppen utgjorde som nevnt tidligere 1,1 % av hele pasientgruppen. Dette er et lavt tall, og viser at pasienter med TUD vedtak utgjør en liten del av pasientgrunnlaget. Det finnes ikke en nøyaktig registrering av antall innleggelses med tvang i Norge, selv om det årlig blir innrapportert tall om antall tvangsinnleggelses til Helsedirektoratet. Tilgjengelige tall i Helsedirektoratets rapport IS-1941 for 2010, viser at det på landsbasis ble tvangsinnlagt 122 personer i Innlandet og på landsbasis ble det i gjennomsnitt innlagt 217 personer, i samme periode (Helsedirektoratet, 2011). Helsetilsynsrapport 4/2006 viste at det var registrert 2,9 % polikliniske pasienter med TUD vedtak på landsbasis ved kartlegging gjennomført i september 2004 (Helsetilsynet, 2006). Selv om tallene er mangelfulle, viser de at det er færre vedtak om tvangsinnleggelses i Innlandet enn landet for øvrig

Antall pasienter som ble innlagt på tvang i Innlandet er flere enn de som får TUD vedtak. I forhold til tilgjengelige tall for Innlandet, var det i 2009 tvangsinnlagt 115 pasienter (Helsedirektoratet, 2010a). I 2010 var det totalt tvangsinnlagt 122 pasienter (Helsedirektoratet, 2011). Disse tallene viser en økning av antall tvangsinnleggelses. Sammenliknet med vedtak om index TUD, fikk 8 pasienter vedtak i 2009 og 11 pasienter fikk vedtak i 2010. Samtidig viste denne studien at antall pasienter med TUD vedtak har økt gjennom de fire årene som er undersøkt fra 34 pasienter i 2008 til 51 pasienter i 2011. Det har også vært en økning av pasienter med nye vedtak (index TUD) i perioden fra 9 pasienter i 2008 til 17 pasienter i 2011. Antall avsluttede vedtak var relativt stabilt og varierte fra 4 til 8 i den perioden som ble undersøkt.

Årsakene til økning av TUD vedtak kommer ikke frem av materialet. Mulig forklaring til dette kan være et større press på sykehussengene slik at tidligere innlagte pasienter med tvangsvedtak blir skrevet ut med vedtak om TUD. I tillegg har Sykehuset Innlandet gjennomgått en omorganisering i denne perioden med redusering av sengekapasiteten for akutte tilbud som også kan ha ført til en økning av nye TUD vedtak. Samtidig er det sentrale føringer gjennom samhandlingsreformen om at antall sykehussenger skal reduseres og at flere pasienter skal skrives ut til kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

### **6.3 Begrunnelser for vedtak**

For å kunne gjøre vedtak om tvang må man ha kompetanse til dette etter forskriftene om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og i tillegg må institusjonen være godkjent for tvangsbehandling (Lovdata, 2012). Faglig ansvarlig for vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal være lege som er spesialist i psykiatri eller psykologspesialist i klinisk psykologi. I Sykehuset Innlandet fattes ca 90 % av alle vedtak av overleger med vedtaksansvar. I Innlandet har disse vedtakene hovedsakelig blitt fattet ved sykehusavdelingene, men de senere årene har flere DPS også fått godkjenning for dette.

For at pasientene skal kunne bli underlagt tvang, må de først ha prøvd frivillig behandling. Alle som ble registrert i denne studien hadde prøvd frivillighet først. I tillegg må de fylle hovedvilkåret for om de har en alvorlig sinnslidelse. I tillegg blir pasientene vurdert om de fyller farekriteriet eller behandlingskriteriet. Alle vedtak blir vurdert hver tredje måned, og kan oppheves tidligere hvis pasientens situasjon endrer seg (ibid).

Av resultatene fremgår at 27 % fikk vedtak på grunn av farekriteriet, mens 72 % fikk vedtak på grunn av behandlingskriteriet. Av disse var det 15 menn og 4 kvinner som fikk vedtak på grunn av farekriteriet. Sammenliknet med en kartlegging gjennomført av Sintef i 2004 av alle pasienter med tvang uten døgn fant den også at flest pasienter i Norge fikk vedtak på grunnlag av behandlingskriteriet. Det var 33 % på landsbasis med vedtak på grunn av farekriteriet, det er flere enn Sykehuset Innlandet hadde (Helsetilsynet, 2006).

Resultatene viser at det er flest pasienter i schizofrenispekteret som har vedtak om TUD. Dette er lidelser som kan gi stort funksjonstap og mange kan trenge tett oppfølging for å fungere i dagliglivet (Cullberg, 2005). Kan det være slik at et TUD behandlingsvedtak bidrar til å sikre at pasientene får den behandlingen de trenger ved at de er sikret oppfølging gjennom tvangsvedtak? Det er lite sentrale føringer i lovverk, retningslinjer og veiledere om hva selve behandlingstilbudet skal inneholde (Helsedirektoratet, 2012). Pasienter med TUD vedtak er spesialisthelsetjenestens ansvar, men bor ute i kommunene. Det kan ha stor betydning for innholdet og kvaliteten på behandlingen hvordan spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune klarer å samarbeide. På den annen side kan det variere hva de ulike kommune har av ressurser og hjelpetilbud til pasienter med schizofrenilidelser. Dette er et område som bør undersøkes nærmere.

Sammenliknet med landsbasis var det i 2010 færre pasienter med TUD vedtak i Innlandet enn ellers i Norge (Helsedirektoratet, 2011). Det kan være ulike forklaringer til dette, men forskjeller mellom landsdeler i Norge kan forklare noe av det. På den annen side kan det være færre pasienter i Innlandet som har behov for TUD vedtak enn andre steder i Norge. Geografiske forhold og organisering av spesialisthelsetjenestens tilbud kan også ha en betydning for omfang av bruk av TUD. I forhold til landet for øvrig, har Innlandet ingen storbyer, men mange småkommuner, bygder og skog. Det er heller ikke fullt utbyggt med DPS tilbud i Innlandet, men spesialisthelsetjenesten ivaretar foreløpig mange av disse oppgavene slik at behandlingstilbudet er ivaretatt, men ligger på sentralsykehusnivå. Det kan også være slik at pasienter i Sykehuset Innlandet som vil fylle vilkåret for TUD vedtak er innlagt og blir ivaretatt i sengepost. Sykehuset Innlandet ble i 1986 organisert med en stor avdeling for utredning og behandling av psykoser med mange døgnplasser for pasienter med schizofreni og psykose lidelser, og har mye erfaring med behandling og oppfølging av disse pasientene (Vestheim, 2011). Denne avdelingen har i tillegg hatt et stabilt personale gjennom mange år. Dette tilbud omfatter også utredning av ungdom med mistanke om schizofreni. Det kan være slik at dette godt etablerte behandlingstilbudet ivaretar denne pasientgruppen på en god måte, slik at det er mindre behov for TUD vedtak i Innlandet enn andre steder i Norge (ibid).

På den annen side kan oppfølging av pasienter med TUD vedtak være krevende. Det kan være spesielt krevende å følge opp pasienter med vedtak på grunn av farekriteriet. I tillegg er det flere menn enn kvinner med vedtak på grunn av farekriteriet, slik at det også må tas hensyn til kjønn og fysisk styrke ved planlegging av behandling. Dette gjør at disse pasientene trenger et godt tilrettelagt tilbud slik at pasientene ikke utsetter seg selv eller andre for fare. Pasienter med psykoseproblematikk kan være voldelige i akutte faser samtidig som de ikke klarer å formidle følelser og opplevelser til omgivelsene (Rør, 1997). Disse pasientene vil ha behov for oppfølging av personell som har kunnskap om psykoser. I tillegg kan pasienter med schizofreni ha høy selvmordrisiko på grunn av depressiv fortvilelse i upsykotiske perioder (Cullberg, 2005). Oppfølging av disse pasientene er avhengig av å få til gode behandlingsrelasjoner mellom pasient og helsepersonell. Det vil kreve godt planlagt oppfølging i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten i forhold til at pasientene skal bo i egen bolig ute i kommunen.



### **6.3.1 Sammenhenger mellom vedtak og rus**

Det ble også undersøkt i studien om det var noen sammenheng mellom begrunnelse for vedtak og bruk av rus. Resultatene viste at det var flere med farekriteriet som hadde et rusproblem enn de som hadde vedtak begrunnet med behandlingskriteriet. Dette sett i sammenheng med at det er flere menn enn kvinner som har vedtak begrunnet med farekriteriet, må dette tas spesielt hensyn til. Pasienter som har både en alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk kan ofte være vanskelige å behandle. Misbruk av rusmidler kan gi symptomforverring av psykoser og redusere effekten av psykofarmaka behandling (Rund, 2006). I tillegg er livssituasjonen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ofte preget av store sosiale problemer. I forhold til behandlingsoppfølging kan det være krevende å følge opp pasienter som har vedtak begrunnet med farekriteriet i tillegg til at de ruser seg. De kan ha rask utvikling av psykoser, blir oftere innlagt med tvang og har høyere selvmordsrisiko enn pasienter som ikke ruser seg (Evjen et al, 2007). Denne pasientgruppen vil ha behov for tett planlagt oppfølging over tid.

## **6.4 Behandlingsoppfølging**

I denne studien ble det undersøkt hvem som har den daglige oppfølgingen av pasienter som har vedtak om TUD. De aller fleste, det vil si 61 %, får oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten følger opp 23 % alene mens spesialisthelsetjenesten alene følger opp 14 %. Det var overraskende at kommunehelsetjenesten følger opp flere pasienter alene enn spesialisthelsetjenesten gjør. Pasienter som har vedtak om TUD er pasienter i spesialisthelsetjenesten, men bor i egen hjemkommune. Spesialisthelsetjenesten har i følge psykisk helsevernloven ansvar for å følge opp pasientene hver tredje måned for å vurdere behovet for fortsatt opprettholdelse av TUD vedtaket (Lovdata, 2012). Det er godkjent spesialist i psykiatri som har ansvar for å gjøre disse vedtakene. For 23 % av pasientene vil det si at den eneste kontakten de har med spesialisthelsetjenesten er når de skal vurderes i forhold til forlengelses- eller avslutningsvedtak. Disse pasientene er under behandling av spesialisthelsetjenesten, men det er bostedskommunen som har den daglige behandlingsoppfølgingen. I tillegg skal pasienter med TUD vedtak etter forskriftene til psykisk helsevernloven ha en navngitt kontaktperson blant institusjonens personell som skal være tilgjengelig på dagtid (ibid). Resultatene i denne studien viser at tre måneders vurderinger blir fulgt opp, men det er få pasienter som har en

navngitt kontaktperson. Bare 41 % av pasientene hadde en navngitt kontaktperson, noe som er et interessant funn. Dette er et lavt tall i forhold til at pasientene skal ha en navngitt kontaktperson å forholde seg til etter forskriftene om psykisk helsearbeid (ibid). Det finnes ikke data i studien som kan forklare dette lave antallet. Men det er mulig at det er lavt på grunn av mangelfull dokumentasjon i journal. Dette bør undersøkes nærmere.

Resultatene i studien viser også at kommunen følger opp flere pasienter med vedtak på grunn av farekriteriet alene enn spesialisthelsetjenesten gjør. Det var et overraskende funn. Det står lite beskrevet i rapporter, retningslinjer og veiledere hvilken rolle kommunen skal ha i forhold til pasienter med vedtak om TUD. I *Veilederen for Psykisk helsearbeid* blir individuell plan vektlagt for pasienter med vedtak om tvang, men det er ikke noe krav til hva denne oppfølging skal omfatte selv om dette er en lovpålagt oppgave (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I rapporten *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*, nevnes ikke pasienter med vedtak om TUD spesielt, men disse pasientene passer inn under gruppen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester (Helsedirektoratet, 2008). Denne rapporten foreslår blant annet at det bør utarbeides en metodebok for oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Et annet funn i denne studien viser at pasienter med TUD vedtak har alvorlige psykiske lidelser og flere har problematisk rusadferd i tillegg. Pasienter med slike sammensatte lidelser kan trenge personale med spesialkompetanse i forhold til behandling av lidelsene (Rund, 2006). Men hva den daglige oppfølging skal inneholde og hvilken kompetanse personalet som skal følge opp disse pasientene skal ha, står ikke beskrevet i lovverk, tilgjengelige rapporter eller behandlingsveiledere (Helsedirektoratet, 2012).

Funnene i denne studien viser at kommunene har mye av den daglige behandlingsoppfølgingen av pasienter som har vedtak om TUD, og at disse pasientene har behov for tilrettelagt oppfølging i forhold til farekriteriet og problematisk rusadferd. Dette forutsetter at den enkelte kommune må ha kompetanse til å håndtere denne sammensatte problematikken. Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt plikt gjennom spesialisthelsetjenesteloven til å veilede kommunene slik at de kan få gitt nødvendig helsehjelp (Lovdata, 2012). Det vil være nyttig å undersøke nærmere hvordan spesialisthelsetjenesten og kommunene samarbeider og hvordan denne ordningen fungerer.

### 6.4.1 Individuell plan

Individuell plan er et nyttig verktøy for å sikre pasientene medbestemmelse på egen behandlingsoppfølging (Helsedirektoratet, 2010b). I studien ble det undersøkt om det var utarbeidet individuell plan for pasientene som hadde vedtak om TUD. Selv om dette er en lovfestet rettighet, var det bare 62 % av pasientene som hadde registrert at de hadde en slik plan, men for 2/3 av disse var ikke planen i journalen. Dette er et høyt antall i forhold til at individuell plan har stor betydning for behandlingsoppfølgingen og er et vesentlig koordineringsdokument mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Det var 37 % av pasientene som helt manglet en individuell plan, og halvparten av disse ønsket ikke å ha en slik plan. Men til tross for at pasientene ikke ville ha individuell plan, ble det påbegynt arbeid med å lage individuell plan. Mange av pasientene vil nok reagere negativt på dette. På den annen side er det hjemmel i forskriftene til psykisk helsevernloven for at pasienter som har vedtak om TUD skal ha en slik plan (Lovdata, 2012). Av de som manglet individuell plan var det bare 3 % som hadde en kriseplan. Det er et lavt tall i forhold til at kriseplan kan være et godt verktøy i akutte situasjoner, selv om det ikke er laget en fullstendig individuell plan.

Det kan ha stor betydning for pasientens livskvalitet å ha en fungerende individuell plan, men det kan være mange forklaringer til at pasienten motsetter seg dette. Det kan være slik at pasienten kan være redd for at individuell plan kan fungere som et kontrolltiltak, som gir liten reell mulighet til innflytelse. På den annen side kan det være at pasienten ikke har nok kunnskap om hva en individuell plan er, eller ikke ser nytteverdien av en slik plan. Noen pasienter kan være for syke til å delta i utformingen av en individuell plan. Hvis pasienten er for syk, gir pasientrettighetsloven pårørende mulighet til å ivareta pasientens interesser i utarbeidelse av planen (ibid). Det er vesentlig at den individuelle planen ivaretar pasientens mål og kan være en hjelp til mestring. Rapporten *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud viser til at planen bør være enkel og inneholde en beskrivelse for hva som skal skje i kritiske faser av pasientens liv* (Helsedirektoratet, 2008).

Individuell plan omfatter alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er et planleggingsverktøy for å sikre samhandling som forplikter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er en lovfestet rettighet som er nevnt i flere sentrale lover, blant annet Helse- og omsorgsloven, Pasientrettighetsloven, Lov om spesialisthelsetjenesten,

Kommunehelseloven og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Lovdata, 2012). Spesialisthelsetjenesten har i følge psykisk helsevernloven ansvar for å ta initiativ til igangsetting av arbeidet med individuell plan når pasienten er innlagt. Når pasienten er hjemme hos seg selv, er det den enkelte kommune som skal koordinere arbeidet med planen. Det kan være slik at det kan oppstå uklarheter i forhold til samarbeidet rundt oppstart av individuell plan og koordinering av dette arbeidet. På den annen side omfatter Sykehuset Innlandet mer enn 50 små og store kommuner og to fylker, som alle er organisert forskjellig. Mange kommuner har egne rutiner og maler for arbeid med individuell plan som kan være ulike fra hvordan sykehuset utarbeider planen. Rapporten *Jeg har en plan* oppsummerer ulike regionale erfaringer med bruk av individuell plan og trekker frem at det er behov for å utvikle felles strategi og etablering av felles rutiner i forhold til bruk av individuell plan (Helsedirektoratet, 2009b). Ut i fra at lovbestemmelsene om bruk av individuell plan som ble iverksatt allerede i 2001, er dette et overraskende funn i forhold til at ordningen ikke er mer etablert overfor pasienter som har vedtak om tvungent vern uten døgn. Det bør undersøkes nærmere hva det kan skyldes at mange pasienter mangler individuell plan.

#### **6.4.2 Medisinering**

I studien ble det undersøkt om pasientene brukte psykofarmaka. Resultatet viste at alle pasientene brukte slike medisiner. Av pasientene i studien, brukte ca 59 % depotinjeksjon imens ca 39 % brukte tabletter. Det ble også undersøkt om det var noen sammenheng mellom medisinering og begrunnelse for vedtak. Depotinjeksjon var mest brukt i forhold til begge kriterier.

Det kan være ulike oppfatninger hos pasienter og fagfolk om hvilken medisineringssform som skal brukes. Ved bruk av depotinjeksjon er det lettere å ha oversikt over hvor mye medisin den enkelte pasient har fått. For noen pasienter er det enklere å få injeksjon fordi man bare trenger og medisineres hver 14.dag eller hver tredje uke og de kan få en jevnere medisinering med mindre medisindoser (Bloch Thorsen & Johannessen, 2005).

På den annen side kan en pasient få plagsomme bivirkninger av medisiner og føle at de mister kontroll over hva som skjer med egen kropp (Abrahamsen & Dahl, 2004). Noen pasienter vil helst bruke bare tabletter. Det kan bidra til en opplevelse av å ha mer kontroll over egen behandling. For noen pasienter kan det være vanskelig å huske på å ta medisiner til faste tider. Andre pasienter kan slutte med medisiner fordi de ikke synes de trenger dem lenger. For en

pasient som hører stemmer, kan det være vanskelig å bruke medisiner hvis stemmene sier noe annet (ibid).

Selv om medisineren er en integrert del av den totale behandlingsoppfølgingen, er oppfølging av medisiner en viktig oppgave i forhold til pasienter med TUD vedtak. Stabil medisiner i riktige doser kan bidra til bedre livskvalitet for pasientene. Hvis pasientene slutter raskt med psykofarmaka på egenhånd, kan pasientene få seponeringspsykose (Bloch Thorsen & Johannessen, 2005). Ved nedtrapping av psykofarmaka er det derfor viktig å bruke lang tid for å unngå oppblomstring av psykosesymptomer, og for noen medikamenter kan forverring komme i løpet av dager hvis pasienten slutter med å ta medisiner regelmessig (Lingjærde, 2001).

Pasienter med TUD vedtak kan få oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og hjemkommunen, og det er viktig å ha en tydelig fordeling av oppgavene mellom dem i forhold til medisiner for å gi pasientene en så god oppfølging som mulig. Pasientene kan ikke tvangsmediseres i eget hjem, men de kan ta medisiner frivillig for eksempel fra dosett. Det står ikke tydelig definert i lovverk, tilgjengelige rapporter eller retningslinjer hvilken rollefordeling det skal være mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til medisiner (Helsedirektoratet, 2012). Hva innholdet i behandlingsoppfølging av pasienter med TUD vedtak skal omfatte er utydelig, og dette er et område som bør avklares nærmere.

## **6.5 Etske utfordringer ved bruk av tvang**

Bruk av tvang gir mulighet for å behandle sykdom samtidig som det utfordrer og stiller samfunnet og helsetjenesten ovenfor vanskelige valg, både medisinsk og etisk. Målet med behandling, er å gi pasientene hjelp som gir bedret helse, fremmer selvstendighet, mestring og brukermedvirkning. Dette kan være utfordrende for både pasienter, pårørende og helsepersonell, og det er et perspektiv man må ta med i diskusjonen om bruk av tvang. Tvang er et begrep som kan forstås på ulike måter og er kontekstavhengig ut fra hvordan det enkelte individ opplever situasjonen. Tvang kan bety både å bruke makt mot en annen eller å føle seg tvunget (Ordnett, 2012). Bruk av tvang har blitt møtt med mye kritikk, og det er sentrale føringer i *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* for at praksisen med ordningen skal vurderes (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det er spesielt

behandlingskriteriet som blir kritisert for å bryte menneskerettighetsprinsippet om autonomi, og flertallet i brukerorganisasjonen Mental Helse ønsker at dette kriteriet skal fjernes fra lovverket (Helsedirektoratet, 2009c).

Å bruke tvang i behandling kan virke som et paradoks. Alt helsepersonell må arbeide etter etiske retningslinjer og følge menneskerettighetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Kompetanse, holdninger og erfaring hos personalet har betydning for hvordan de forholder seg til pasienter som har vedtak om TUD. Samtidig er det vesentlig hvordan tvangen blir gjennomført i forhold til hvordan pasientene opplever situasjonen. Rapporten *Frivillighet før tvang* (2010) viser til ulike tiltak for å redusere bruk av tvang og opplevelsen av tvangsbruk som for eksempel ulike lavterskeltilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, god kompetanse hos de som vurderer pasientene ute i kommunene og styrket samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Rådet for psykisk helse, 2010).

I møte med pasienter som har vedtak om tvang, utfordrer dette helsepersonell i hvordan de skal møte pasienten så verdig og respektfullt som mulig, og ivareta pasientens integritet. Det å være underlagt tvang, gjør at pasienten kan oppleve å miste oversikt og innflytelse over egen situasjon. Mange kan føle det uverdige og reagerer med sinne eller avmakt ved å være avhengig av andre (Henriksen & Vetlesen, 2006). Det kan også være slik at pasienten har mange negative erfaringer med å bli utsatt for krenkelser fra viktige mennesker rundt dem som skulle ivaretatt dem, og at dette kan bli forsterket i situasjoner hvor det blir utøvd tvang (Bøe & Thomassen, 2007). Det har derfor stor betydning hvordan pasientene blir møtt i situasjoner hvor tvang blir brukt. Dialog er viktig for å skape relasjoner og felles virkelighetsforståelse (ibid).

Pasienterfaringer fra rapporten *Som natt og dag*, gir blant annet eksempler på hvordan opplevelsen av tvang kan påvirke relasjonen og kommunikasjonen mellom pasienter og personalet slik at bruk av tvang ble opplevd som negativt (Norvoll & Husom, 2011). Språket kan også være et maktmiddel ved at personalet bruker et ensidig fagspråk eller ekspertspråk som pasienten ikke forstår (Bøe & Thomassen, 2007).

Når man er alvorlig psykisk syk og ikke er i stand til å ta vare på seg selv berører dette autonomibegrepet. Autonomibegrepet blir sett på som det mest ukrenkelige ved menneskeverdet (Henriksen & Vetlesen, 2006). Dette er viktig å legge til grunn ved møte

med pasienter som er underlagt tvang. Autonomi kan bety både selvbestemmelse og medbestemmelse over eget liv (Tranøy, 2005). Individuell plan er et godt virkemiddel som kan bidra til å gi pasienten mulighet for medbestemmelse over eget liv selv om vedkommende er underlagt tvang. Funnene i denne studien tyder på at regelverk og retningslinjer for gjennomføring av bruk av tvang ikke blir fulgt opp på sentrale områder. Mange av pasientene i studien manglet navngitt kontaktperson og individuell plan. Det kan ha betydning for hvordan tvungent vern uten døgn blir vurdert hos pasienter og pårørende, og at noe av kritikken kan skyldes at ordningen ikke fungerer etter intensjonene. Lovverket setter tydelige rammer for hva gjennomføring av tvang skal omhandle. Både psykisk helsevernloven med forskrifter og pasientrettighetsloven gir detaljerte beskrivelser av hva lovene omfatter (Lovdata, 2012). Lovverket sier imidlertid ikke noe om innholdet i selve behandlingen. En del av kritikken mot bruk av tvang slik det fremgår i rapporten til Norvoll og Husom er rettet mot selve innholdet av behandlingen, og den er ikke lovregulert. Det burde blant annet undersøkes hvilken kompetanse alt personell som har oppfølgingsansvar for personer med tvang har, hva som vektlegges i behandlingsoppfølging og hvor godt personalet kjenner lovverket.

Begrunnelse for vedtak om tvang er ikke knyttet opp mot diagnoser, men man må ha en alvorligsinnslidelse for å bli vurdert for innleggelse med tvang. Etter å ha blitt innlagt blir pasientene undersøkt og diagnostisert. Den kan være slik at diagnosen kan være feil, fordi pasienten kan ha uklare symptomer, er ruset eller ønsker å fremstå som syk. Det kan også være slik at pasientens evne til å forstå sin egen situasjon blir påvirket av egen lidelse. Det kan også være at den spesialisten som er vedtektsansvarlig kan gjøre en feil vurdering av symptomene ut i fra den aktuelle situasjonen. I NOU 2011:9 *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*, blir det foreslått at bare autorisert helsepersonell kan vurdere pasienten både før, under og etter at tvangstiltak er gjennomført. Det forutsetter at personalet har spesialkompetanse til å gjøre disse vurderingene. Det kan være en sikkerhet både for den som gjør vedtak og for pasienten. I tillegg kan situasjonen rundt en vedtaksavgjørelse ha stor betydning i forhold til hvordan pasientene opplever situasjonen. Hvis pasienten er forvirret og engstelig er det ikke sikkert at vedkommende forstår hva som skjer, og kan oppleve situasjonen som krenkende. På den annen side kan det å ta over pasientens ansvar for seg selv være med å gi pasientene trygghet og opplevelse av å bli ivaretatt i forhold til egen lidelse.

Lovverket regulerer grunnlaget for å bruke tvang i tillegg til at det gir rettigheter til pasienter og pårørende og gir tydelige føringer for kontroll ved bruk av tvang (Lovdata, 2012).

Lovverket er i midlertidig omfattende, detaljert og krevende å sette seg inn i. Det er vesentlig at både pasienter og helsepersonell kjenner lovverket og hvilke rettigheter det gir i forhold til tvang. Resultatene i denne studien viser at lovverket ikke har blitt brukt etter intensjonene, slik som for eksempel individuell plan og det å ha en navngitt kontaktperson. På den annen side er det også mangler i lovverk og retningslinjer. Blant annet er det ikke føringer for hva den daglige behandlingskontakten skal inneholde. Det er bare oppfølgingen i forbindelse med vurderinger av vedtak som er lovfestet. Det er heller ingen føringer for hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommune i forhold til pasienter med TUD vedtak skal være. Da pasienten bor i kommunen, men er pasient i spesialisthelsetjenesten, er det overraskende mange som får oppfølging fra kommunen alene.



## 7. Konklusjon

Bakgrunnen for denne studien har vært å sette fokus på hvordan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fungerer. Det er gjort lite forskning på dette området selv om det har vært en ordning som har fungert i Norge siden 1961. Hensikten med denne studien har vært å få frem kunnskap om hvordan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fungerer i Hedmark og Oppland i perioden 2008-2011 som en del av en større datainnsamling, for å bidra til å få frem data om hvordan denne ordningen fungerer i Norge. Det som kjennetegner bruk av TUD i Hedmark og Oppland, er at det hovedsakelig er alvorlig syke pasienter med diagnose i schizofrenispekteret som har TUD vedtak. De fleste av pasientene er godt voksne før de får et TUD vedtak for første gang, de fleste er uføretrygdete og bor alene. Av pasientene er det ca 1/3 som har rus som tilleggsproblematikk. Både insidens og prevalens av TUD har økt i perioden. De fleste av pasientene, hele 2/3 fikk vedtak om TUD begrunnet med behandlingskriteriet. Flertallet av pasientene får oppfølging fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Resultatene i denne studien viser at det er mangler i pasientjournalene i forhold til dokumentasjon for gjennomføring og oppfølging av selve lovverket. Over halvparten av pasientene med TUD vedtak manglet navngitt kontaktperson fra spesialisthelsetjenesten selv om dette er en lovpålagt oppgave. Flertallet av pasientene mangler eller har en mangelfull individuell plan som også er lovfestet rettighet for pasienter som har vedtak om tvang.

Denne studien har vist at det hovedsakelig er alvorlig syke pasienter som har vedtak om TUD. Det er et detaljert lovverk som regulerer begrunnelser og forholdene rundt disse. Derimot er det lite sentrale føringer på hva den daglige behandlingsoppfølgingen bør inneholde og hvilken kompetanse personalet som følger opp disse pasientene bør ha. Dette er betenkelig da de fleste som omfattes av TUD vedtak er alvorlig syke pasienter med psykoseproblematikk og flertallet har vedtak begrunnet med behandlingskriteriet. Personalet som følger opp disse pasienter bør blant annet ha god kunnskap om psykoser og lovverk. I tillegg utfordrer disse pasientene samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, da disse pasientene er innskrevet i spesialisthelsetjenesten men bor i egen kommune.

## **7.1 Studiens begrensning**

Studiens styrke er at den ved bruk av kvantitativ metode kan få frem objektive data. Men, svakheten ved denne metoden er at det ikke mulig å stille oppfølgingsspørsmål slik at det er mulig å få frem utfyllende opplysninger. Sett i ettertid kunne man også ha inkludert flere spørsmål på selve registreringsskjemaet for og fått frem flere data i forhold til problemstillingene.

Selve utvalget i denne studien inkluderer få pasienter, så det er ikke mulig å generalisere funnene da datagrunnlaget i denne studien er begrenset. Resultatene fra denne studien er planlagt sammenliknet med tilsvarende data fra andre steder i Norge. Med større datagrunnlag vil det være mulig å få frem om resultatene fra Innlandet skiller seg ut, eller er samsvarende med andre steder i Norge.

## **7.2 Anbefalinger til videre forskning**

Denne studien har avdekket flere områder som det kan være nyttig å undersøke nærmere. TUD er en ordning som har fungert i mange år, men det har vært lite fokus på å undersøke hvordan denne ordningen har fungert. Det kan være behov for både kvantitative og kvalitative studier i forhold til dette tema. Det er spesielt to områder som har utpekt seg som bør undersøkes nærmere.

### *Behandlingsoppfølging*

- Hvordan lovpålagte oppgaver blir fulgt opp.
- Hva bør behandlingsoppfølging omfatte.
- Hvilken kompetanse bør personale som følger opp TUD pasienter inneha.
- Hvilken behandlingsoppfølging bør pasienter med rusproblematikk ha.

### *Samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste*

- Hvordan individuell plan fungerer i praksis.
- Hvordan kommune og spesialisthelsetjeneste samarbeider om innleggelse.
- Hvilke konsekvenser for samhandlingsreformen for pasienter med TUD vedtak.

# Litteraturliste

- Abrahamsen, P. & Dahl, L. (2004). *Psykosens verden – en schizofren kvinnes beretning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almvik, A. & Borge, L. (2005). *Tusenkunstnerne – muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. (3.opplag). Bergen: Fagbokforlaget.
- Almvik, A. & Borge, L. (Red.). (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersen, A.J.W., Bøe, T.D., Fodstad, H., Ibabao, V.A.; Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 5(2),98-103
- Anderson, M. (1994); *Integritet som begrepp og princip*. Åbo: Akademisk Forlag.
- Aubert A. M. & Bakke I. M.(2009). *Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barbosa da Silva Antonio. (Red.). (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergem R. (2007). Medborgarskap og myndiggjøring. Heggen, K. (Red). *Meistring eller myndiggjøring*. (kap. 6, s102-117). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørndal, A.& Hofoss, D. (2010) *Statistikk i helsefagene*. (Revidert utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk..
- Bloch Thorsen, R. & Johannessen, J. O. (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Bratteig, M., Hove, I. & Aakerholt, A. (2008). *Rusa eller gal*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Campbell, L.A. & Kisely, S.R. (2010). Advance treatment directives for people with severe mental illness (Review). *The Cochrane Library, Issue 3*.
- Cullberg, J. (2005). *Psykososer – et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2006). *Kommunikasjon i relasjoner*. (12.opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund Sverige: Studentlitteratur.
- Evjen, E., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2007). *Dobbelt Opp*. (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Frost, T.(2009). Fra likestilling til likeverd. Hummelvoll, J. K.(Red. ). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid*. (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 14, s.97-113, 2009) Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Geller, J.L.(2006). The evolution of outpatient commitment in the USA: From conundrum to quagmire. *International Journal of Law and Psychiatry* ; 29: 234-248
- Helsedirektoratet. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. (Rapport IS-1554). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009a). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009-2014. Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet*. Tromsø: Tvangsforskning
- Helsedirektoratet. (2009b). *Jeg har en plan. Tilbakemelding fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*. (Rapport IS-1672). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009c). *Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet*. (Rapport Juni, 2009). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2010a). *Bruk av tvang i psykisk helsearbeid for voksne 2009. Samdata analyse.*(Rapport IS 1861). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010b). *Individuell plan 2010. Veileder til forskrifter om individuell plan.* (Veileder IS-1253). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Bruk av tvang i psykisk helsearbeid for voksne 2010.* (Rapport IS-1941). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.* (Norges offentlige utredninger (NOU) 2004:18). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelserett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.* (Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:9). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Samhandlingsreformen i kortversjon.* Lokalisert 18.5.2012. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen>
- Helsetilsynet. (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern.* (Rapport nr.4. 2006). Oslo: Helsetilsynet.
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse.* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hummelvoll, J. K. & Granerud, A. (2010): Teoretiske og ideologiske innflytelser på utvikling av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang. *Vård i Norden* (30) 4, 37-42
- Husum, T.L. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46 (12), 1169-1174.
- Høyen, G. & Dalgard, O.S. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høyen, G. & Ferris, R. (2001). Outpatient Commitment. Some reflections on Ideology, Practice and Implications for Research. *Journal of Mental Health Law ; June:* 56-65
- Jaobsen, D. I. (2011). *Hvordan gjennomføre undersøkelser.* (2.utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A. (2009): *Introduksjon til SPSS.* (4.utgave). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kisely, S.R., Campbell, L. A. & Preston, N.J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). *The Cochrane Library, Issue 2.*
- Laake P., Hjartåker A.; Thelle D.S., Veierød M.B. (2007) *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder.* Oslo, Gyldendal Akademiske
- Lingjærde, O.(2001). *Psykofarmaka.* (4.utgave, 3.opplag). Oslo: Høyskoleforlaget.
- Lovdata. (2012). Lokalisert 3.7.2012: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- NAV. (2012). *Uførepensjon.* Lokalisert 6.6.2012 på: <http://www.nav.no/Arbeid/JOBB+og+Helse/UF%20repensjon/Unge+uf%C3%B8re>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler.* Oslo: Sykepleierforbundet
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag – om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang.* ( Rapport, AFI- notat nr. 9.2011). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Rådet for psykisk helse & SINTEF.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen.* Oslo :Gyldendal Akademisk.

- Opsahl, T. (1996). *Internasjonale menneskerettigheter*. (2.utgave). Oslo: Institutt for menneskerettigheter.
- Ordnnett. (2012). Lokalisert 26.6.2012: [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no)
- Oxford University Press. (1998). *Oxford dictionary*. Oslo: Teknologisk Forlag.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. London: Open University Press.
- Preston, N.J., Kisely S. & Xiao J. (2002). Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ* ; 324: 1244-1249
- Rund, B. R. (Red.). (2008). *Schizofreni*. (3.utg.). Stavanger: Hertevig Forlag.
- Rør, E. (Red.). (1997). *Vold og psykiatri- om forståelse og behandling*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Rådet for psykisk helse. (2010). *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet
- Skau, G. (2003). *Mellom makt og hjelp*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St.meld. nr. 25,1996-1997). Oslo: Departementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (1997). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006*. (St.prp.nr.63, 1997-1998). Oslo: Departementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (1999). *Om verdier for den norske helsetenesta*. (St.meld.nr.26,199-2000). Oslo: Departementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*. (Veileder IS- 1332). Oslo: Departementet
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*.(Rapport IS-1370) Oslo: Departementet
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse*. (5.utgave). Oslo: Gyldendal.
- Statens helsetilsyn. (1996). *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10)*. 10. utgave. Oslo: Helsetilsynet
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Syse, A. (2007). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E.(2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thune, H. G. (2008). *Overgrep, søkelys på psykiatrien*.Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vestheim, T.(2011). Tvungent psykisk helsevern -effekt av TID og trygghet. *Best Practice* 11,2-9
- Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet – Etske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46 (12), 1175-1181.

# Vedlegg

## Vedlegg 1

### Registreringsskjema datainnsamling

#### A. Innsidens og prevalens av TUD 1.1. 2008 – 31.12 2011

1. Løpnummer:

2. Utfylt dato: DDMMYYYY

3. Kjønn: 1.M 2.K

4. Fødselsår: YYYY

5. Bostedskommune: Kommunenummer

6. Index TUD vedtak: DDMMYYYY

7. Er pasienten fortsatt på TUD per 1.1.2013? 1. Ja 2. Nei

8. Hvis NEI, når ble index TUD avsluttet? DDMMYYYY

9. Er det parallelt vedtak om tvangsbehandling under index TUD?

1. Ja under hele index TUD
2. Ja, men ikke under hele index TUD
3. Nei

#### B. Opplysninger

22. Bosted:

1. Egen/leid hus/leilighet/hybel
2. Kommunal bolig, ubemannet/delvis bemannet/tilsyn
3. Kommunal bolig, døgnbemannet
4. På institusjon
5. Uten fast bopel
6. Annet (Spesifiser):

23. Bor sammen med:

1. Samboer, ektefelle, venn(er)
2. Familie (foreldre, besteforeldre, søsken, barn)
3. Alene
4. Uten fast bopel
5. Annet (Spesifiser):

24. Arbeid/yrke/økonomisk livsgrunnlag:

- 24.1. Lønnet arbeid 1.Ja 2. Nei
- 24.2. Kvalifisering stønad 1.Ja 2. Nei
- 24.3. Arbeidsavklaringspenger (AAP) 1.Ja 2. Nei
- 24.4. Uførepensjon 1.Ja 2. Nei
- 24.5. Økonomisk stønad 1.Ja 2. Nei
- 24.6. Sykepenger 1.Ja 2.Nei
- 24.7. Uten inntekt 1.Ja 2. Nei

## **INNHold TUD Vedtak**

### **42. Begrunnelse, første TUD vedtak (Index TUD):**

- 42.1. Fare for seg selv 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.2. Fare for andre 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.3. Behov for medikamentell behandling 1. Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.4. Behov for annen behandling 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.5. Manglende compliance 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.6. Rusmisbruk uten TUD 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.7. Frivillighet prøvd, men nytteløst 1.Ja 2.Nei 3.Ikke nevnt/omtalt
- 42.8. Annet (Spesifiser): \_\_\_\_\_

### **44. Er det laget Individuell plan for pasienten under døgnopphold som har gått over i index TUD perioden eller i løpet av index TUD perioden? 1.Ja 2. Nei**

### **45. Hvis NEI på spm 44:**

- 45.1 Pasienten motsetter seg IP 1.Ja 2.Nei
- 45.2 Det er likevel laget oppfølgingsplan/behandlingsplan 1.Ja 2.Nei
- 45.3 Det foreligger en kriseplan, alene eller som en del av oppfølgingsplan 1.Ja 2.Nei

### **46. Er det oppnevnt navngitt kontaktperson ved etablering av index TUD perioden? 1.Ja 2.Nei**

### **47. Er pasienten satt på medikamentell behandling**

- 1. Ja, hele TUD perioden
- 2. Ja, men bare deler av TUD perioden
- 2. Nei, ingen medikamentell behandling under TUD perioden

### **48. Står pasienten på depotmedikasjon under TUD perioden? 1.Ja 2.Nei**

### **52. Hvem har den løpende behandlingkontakt med pasienten i TUD perioden?**

- 52.1. Den ansvarlige for vedtak om TUD 1.Ja 2.Nei
- 52.2. Kontaktperson 1.Ja 2.Nei
- 52.3. Annen ansatt ved døgnavdeling 1.Ja 2.Nei
- 52.4. Ansatt i psykisk helsevern, men på annen institusjon enn der vedtaket er fattet  
1.Ja 2.Nei
- 52.5. Fastlege 1.Ja 2.Nei
- 52.6. Kommunalt Psykisk. helse team 1.Ja 2.Nei
- 52.7. Annen kommunalt ansatt helsearbeider, (spesifiser): \_\_\_\_\_
- 52.8. Ulike personer veksler med å ha løpende behandlingkontakt i perioden 1.Ja 2.Nei

### **54. Hvem står formelt som ansvarlig for tre måneders vurderingene**

- 1. Overlege
- 2. Psykologspesialist
- 3. Andre, spesifiser: \_\_\_\_\_
- 4. Tre måneders vurderinger mangler/ikke dokumentert

### **66. Diagnose (Hoveddiagnose ICD nummer ved start av index TUD periode)**

Direkte koding: Kun tre verdier (F+ tosifret diagnosekategori)

### **67. Er problematisk rusadferd en del av pasientens problemer?**

- 1. Ja, i vesentlig grad
- 2. Ja, men ikke i vesentlig grad
- 3. Nei

**Løvsletten, Maria**

---

**Emne:** VS: SV: Meldeskjema vedrørende igangsetting av TUD studie i SIHF (2012/1635)

**Vedlegg:** Q SI Databehandleravtale .doc

---

**Fra:** Helge Grimnes [mailto:UXGRIH@ous-hf.no]

**Sendt:** 23. januar 2012 14:10

**Til:** Løvsletten, Maria; Nordby, Kjell

**Kopi:** Liljehaug, Kari

**Emne:** SV: SV: Meldeskjema vedrørende igangsetting av TUD studie i SIHF (2012/1635)

Hei

Takk for oppklaringer pr. telefon.

Gjennomføring er personvernmessig forsvarlig, slik det er internt meldt, og i tråd med det som er søkt om til REK og godkjent derfra.

Siden data i dette prosjektet behandles under en annen virksomhets ansvar, så må det inngås en databehandleravtale mellom SI og UIT.

Dette til orientering. Legger ved mal for slik avtale (Databehandlingsansvarlig i avtalen er UIT.

Databehandler er SI).

Prosjektet er registrert i oversikten vi fører for SI.

Lykke til! :-)

Mvh.

Helge Grimnes

Personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF  
Stab fag & pasientsikkerhet  
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet  
40 21 00 35 (mobil)  
23 01 50 52 (kontor)

[www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)

---

**Fra:** Løvsletten, Maria [mailto:Maria.Lovsletten@sykehuset-innlandet.no]

**Sendt:** 10. januar 2012 14:14

**Til:** OUSHF PB Personvern

**Kopi:** [helge.grimnes@oslo-univeritetssykehus.no](mailto:helge.grimnes@oslo-univeritetssykehus.no); Nordby, Kjell

**Emne:** Meldeskjema vedrørende igangsetting av TUD studie i SIHF

Til

Kompetansesenter for personvern og sikkerhet

Oslo universitetssykehus HF

Vedlagt følger meldeskjema for et prosjekt som er planlagt i Sykehuset Innlandet i forhold til å undersøke bruk og omfang av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i Hedmark/Oppland.

Studein vil bli gjennomført i regi av avdeling for psykosebehandling og rehabilitering, Divisjon psykiatri.

*Med hilsen*

*Maria Løvsletten*

*FoU avdeling for Psykose og rehabilitering*

*tlf: 81753/97436531*

17.02.2012



## Vedlegg 3



---

<b>Region:</b> REK nord	<b>Saksbehandler:</b> Øyvind Strømseth	<b>Telefon:</b> 77620753	<b>Vår dato:</b> 18.10.2011	<b>Vår referanse:</b> 2010/2268/REK nord
			<b>Deres dato:</b> 27.9.2011	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Georg Høyer

Vi viser til søknad om prosjektendring av 27.9.2011.

Etter fullmakt er det fattet slikt

Vedtak:

Med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskningsetikklovens § 4 godkjennes prosjektet slik det nå foreligger.

Endringen godkjennes under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringssøknaden, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres ytterligere endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige, må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

For øvrig gjelder de vilkår som er satt i forbindelse med tidligere godkjenning av prosjektet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll

sekretariatsleder

Øyvind Strømseth

seniorrådgiver

**Kopi til:**

---

**Besøksadresse:**  
TANN-bygget Universitetet  
i Tromsø 9037 Tromsø

**Telefon:** 77646140  
**E-post:** [rek-nord@fagmed.uil.no](mailto:rek-nord@fagmed.uil.no)  
**Web:**  
<http://helseforskning.etikkom.no/>

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

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



KOPI  
Sykehuset Innlandet HF

Prosjektnr. SI:


Fylles ut av SI ved 1. gangs registrering

Registreringsskjema for:  All forskning  
 Utviklings- kvalitetsprosjekter som benytter person-/journalopplysninger

Ved førstegangsregistrering:		Fyll ut alle hvite og grønne skraverter felter i skjemaet	
Ved endrings- årlig statusmelding:		Fyll ut de grønne skraverter feltene, prosjektnr og feltene hvor eventuelle endringen foreligger.	
<b>1. Prosjektets tittel</b>			
Hva kjennetegner bruk av tvunget psykisk helsevern uten døgnoophold i Hedmark og Oppland			
<b>2. Prosjektleder</b> ( For forsknings prosjekter angis seniorforsker/hovedveileder for prosjektet. Ellers angis avdelings sjef.)			
Tittel:	Prosjektleder forskningsrådgiver/1.amanuensis HiHm Navn: Arild Granerud		
Avdeling:	Psykosebehandling og rehabilitering		
Divisjon:	Divisjon psykisk helsevern	Institusjon:	Sykehuset Innlandet
Telefoner:	97067220	E-post:	arild.granerud@sykehuset-innlandet.no
<b>3. Forsker/stipendiat</b> (Den person i Sykehuset Innlandet som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet. )			
Tittel:	Psykiatrisk sykepleier/masterstudent Navn: Maria Løvsletten		
Avdeling:	Psykosebehandling og rehabilitering		
Divisjon:	Divisjon psykisk helsevern	Institusjon:	Sykehuset Innlandet
Telefoner:	97436531	E-post:	maria.lovsletten@sykehuset-innlandet.no
<b>4. Samarbeidspartnere</b> (interne/eksterne)			
Navn:	Avdeling:	Divisjon:	Institusjon
Kjell Nordby	Psykose/rehabilitering	Psykisk helevern	Sykehuset Innlandet
Torill Smaaberg	Psykose/rehabilitering	Psykisk helevern	Sykehuset Innlandet
<b>5. Prosjekt mål</b> (hoved- og delmål) Maksimalt 7 linjer. Beskrivelse utover dette kommer ikke med på den signerte utskriften!!!			
Undersøke bruken av tvunget psykisk helsevern i Hedmark/Oppland i perioden 1.1.2008-29.2.2012. Hva er insidens og prevalens av tvunget psykisk helsevern? Hvordan fattes og begrunnes vedtak om tvunget psykisk helsevern? Hvilken behandlingsoppfølging får pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern?			
<b>6. Prosjektbeskrivelse</b> (bakgrunn, metoder, evt. resultater) Maksimalt 7 linjer. Samme regel som punkt 5			
Studien blir gjennomført i samarbeid med Helse Nord, og det vil bli benyttet samme variabler som i tilsvarende prosjekt der. Hensikten er å undersøke omfang og bruk av tvunget psykisk helsevern i Norge. Prosjektet er en kvantitativ registerstudie hvor data blir hentet fra pasientjournal, og vil bare omhandle pasienter i Hedmark og Oppland.			
<b>7. Omfatter prosjektet bruk av identifiserbare/avidentifiserte personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?</b>			Ja
Hvis ja: Nye prosjekter må fylle ut eget skjema og sende personvernombudet (www.uus.no/personvern)			Nei
Oppgi ref. nummer fra personvernombudet Ullevål når det foreligger, ev.prosjektnummer hos NSD:			X
			2012/1635



<b>8. Prosjektperiode</b> (fra rekruttering til og med en periode på 5 eller 15 år etter publisering/avslutning)					
Oppstart:	20.08.2011	Forventet avslutning:	31 desember 2013		
Alle data som er personidentifiserbare eller av-identifiserte <b>må</b> lagres på sykehusets forskningsserver.					
<b>9a. Foreslå navn for prosjektets mappe på forskningsserveren</b> (Kort navn, ev. prosjektkode)					
TUD kvantitaiv del					
<b>9b. Personer som skal ha tilgang til prosjektets mappe.</b>					
Eksterne veiledere som ikke har tilgang til nettet, kan søke om å få E-brukerstatus gjennom avdelingsleder for aktuell avdeling.				Rettigheter	
Navn:	Oppgi b-brukernummer	Avdeling	Lesetilgang	Lese og skrive	
Kjell Nordby	b10350	Psyko-sebehandling og rehabilitering	X	x	
Torill Smaaberg	b10461	Psyko-sebehandling og rehabilitering	x		
Maria Løvsletten	b10308	Psyko-sebehandling og rehabilitering	x	x	
				Ja	Nei
<b>10a. Er dette et utviklingsprosjekt?</b> Kryss av for ja eller nei					x
<b>10b. Er dette et kvalitetssprosjekt?</b> Kryss av for ja eller nei					x
Hvis ja på 10a eller b, avslutter du her. Signer skjemaet på siste side (punkt 22 og 23) og send det til Informasjonssikkerhetsleder SIHF pb. 104, 2381 Brumunddal) Elektronisk kopi sendes til <a href="mailto:hakon.iveron@sykehuset-innlandet.no">hakon.iveron@sykehuset-innlandet.no</a>					
<b>10c. Er dette et forskningsprosjekt?</b> Kryss av for ja eller nei				x	
Hvis ja, fyller resten av skjemaet ut, signeres og sendes til Forskningssjef ved SIHF, pb. 104, 2381 Brumunddal Elektronisk kopi sendes til <a href="mailto:forskningsavdelingen@sykehuset-innlandet.no">forskningsavdelingen@sykehuset-innlandet.no</a>					
<b>11. Emneord for prosjektet, fra Medical Subject Heading</b> (max. 5) <a href="http://www.nih.gov/mesh/meshhome.html">http://www.nih.gov/mesh/meshhome.html</a> involuntary outpatient treatment,forced treatment,compulsory treatment					
<b>12. Prosjekttype</b> (Sett kryss bak/under ja eller nei)					
Forskerinitiert prosjekt:	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>	Nei		
Oppdragsforskning:	Ja		Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rent SI-prosjekt:	Ja		Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	
Multisenter prosjekt ledet av SI:	Ja		Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	Multisenter prosjekt ledet av eksternt enhet
Ja					<input checked="" type="checkbox"/>
Nei					
<b>13. Er prosjektet meldepliktig til REK</b> (Regional etisk komité) Ved tvil skal Personvernombudet ved Ullevål US ved: <a href="mailto:Helge.Grimnes@ulleval.no">Helge.Grimnes@ulleval.no</a> kontaktes					<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Oppgi REK-nr når det foreligger. Ev. ved første årlige statusmelding</b>				2010/2268/REK nord	
<b>14. Omfatter prosjektet biobank?</b> Hvis ja, kontakt biobankansvarlig SIHF: <a href="mailto:Jon.Elling.Whist@sykehuset-innlandet.no">Jon.Elling.Whist@sykehuset-innlandet.no</a> .					<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Oppgi biobank-nr når det foreligger. Ev. ved første årlige statusmelding</b>					
<b>15a Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som har diagnostiske eller behandlings konsekvenser for deltakeren?</b> Hvis ja, omfattes prosjektet av bioteknologi- og punkt 15b må besvares.					<input checked="" type="checkbox"/>

 <b>Sykehuset Innlandet HF</b>		Prosjektnr. SI: 0	
		Ja	Nei
<b>15b. Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som kan forutsi sykdom eller påvise bærertilstand for arvelige sykdommer og som kan tilbakeføres til deltakeren?</b> Hvis ja, må det gis genetisk veiledning. jfr. Bioteknologiloven.			X
<b>16. Omfatter prosjektet utprøving av legemiddel?</b> Hvis ja, må søknad sendes Statens legemiddelverk (hvis ikke sponsor/oppdragsgiver har gjort det)			X
<b>17. Omfatter prosjektet utprøving av medisinsk-teknisk utstyr?</b> Hvis ja, må Medisinsk teknisk avdeling kontaktes før utstyret tas i bruk.			X
<b>18. Skal det inngås kontrakter i forbindelse med prosjektet?</b> Hvis ja, må forskningsenheten i Sykehuset Innlandet kontaktes			X
<b>19. Tilleggsforsikring</b> Er det nødvendig med tilleggsforsikring ut over standard dekning fra Norsk pasientskadeerstatning(NPE)? Hvis ja, hvilken type forsikring?			X
<b>20. Er prosjektet en klinisk studie?</b> Etter at reglene ble endret i 2007 skal i praksis de fleste kliniske studier meldes til (www.ClinicalTrials.gov) Se: Bretthauer M, Haug C. Uten registrering, ingen publisering. Tidsskr Nor Legefor 2009; 129; 733. Ved forskerinitierte prosjekter registrerer prosjektleder, kontakt Forskningsenheten for tilgang. Ved oppdragsinitiert forskning skal sponsor registrere.			X
<b>21. Krever prosjektet dispensasjon fra taushetsplikten?</b> Dispensasjon kreves ikke dersom pasientens samtykke innhentes eller dersom opplysningene gis i anonymisert form. Søknad om dispensasjon sendes REK (Regional etisk komite)		X	
<b>22. Prosjektleder</b> Undertegnede innestår for at alle meldinger/søknader er sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke starter før alle formalia foreligger.			
dato:	20/2-12	Sign.	<i>Hell Nordby</i>
<b>23. Avdelingssjef</b> Undertegnede tar det overordnede medisinskfaglige ansvar for prosjektet og tilpasning til avdelingens drift.			
dato:	20/2-12	Sign.	<i>[Signature]</i>
<b>24. Forskningssjef</b> Reg. dato: Sign. Forskningssjef:			
Kopi av skjemaet sendes divisjonsdirektøren i divisjonen hvor prosjektet gjennomføres			

● Ved problemer ved utfyllingen av skjemaet, se: Veiledningen som følger på de neste sidene

**Bruk piltastene for å bla!**