



# KBT

Kompetansesenter for  
brukererfaring og tjenesteutvikling

## Tvang uten døgnopphold “Tvang som rutine?»

Rapport 4/2021

Tora Benedicte Svare Leinan, Katie Iren Wickstrøm, Dagfinn  
Bjørgen og Geir Småvik.

## **Tvang uten døgnopphold - "Tvang som rutine?"**

**Rapport: Nr 4/2021**

**Skrevet av: Dagfinn Bjørgen, Katie Iren Wickstrøm, Tora Benedicte Svare Leinan og Geir Småvik.**

**Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)**

**Adresse:** Sorgenfriveien 9. 7031 Trondheim

**Kontakt:** [post@kbtkompetanse.no](mailto:post@kbtkompetanse.no)

**ISBN: 978-82-93532-22-4**

## Competence Center for Lived Experience and Service Development (KBT)

KBT is a competency center working to promote the user perspective in service development.

We emphasize innovation and cooperation, which is practiced through a variety of methods, like our dialogue-based method of evaluation “User Interviews User”. For more information, see our webpage: <http://kbtmidt.no/en/home/>.

KBTs main objectives are to ensure that the users’ experiences are documented and taken into account in the development of health services and institutions. By being a center of competence for service users and organizations representing this group, we convey the users’ experiences and competence in research, evaluation and education. We also provide courses and training to strengthen users in collaborating and gaining influence.

To achieve this, we work with municipalities, peer support-organizations, health organizations, and science- and educational institutes. We carry out evaluations, and collaborate with scientific institutions. It is our wish to help new ideas blossom from the users’ experiences, and the gathering and spreading of knowledge.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) arbeider for å bidra til bedre og mer effektive tjenester gjennom bruk av tjenestemottakernes erfaringer.

Senteret vektlegger å dokumentere tjenestemottakernes erfaringer med bruk av anerkjente forskningsmetoder innen evaluering og tjenesteutvikling.

Bruker Spør Bruker-metoden har blitt brukt i en rekke kommuner og foretak med tjenesteevaluering som formål. Se våre nettsider: <https://kbtkompetanse.no/>.

KBT arbeider for å styrke kunnskap og kompetanse hos tjenestemottagere/brukere og tjenesteytere gjennom kurs og rådgivning om temaer som empowerment, recovery og brukerinvolvering i tjenesteutvikling og forskning. Vi driver med undervisning, medforskning og innovasjon. Vår misjon er å skape bedre tjenester gjennom å dokumentere og bruke tjenestemottakernes erfaringer som grunnlag for dialog mellom tjenesteytere og tjenestemottakere.

Senteret ble startet med utgangspunkt i brukermiljøer innen Mental Helse, og har eksistert siden 2006. KBT ble en selvstendig stiftelse desember 2011. KBT tilbyr brukerundersøkelser som løfter de mindre hørt stemmer frem fra brukersiden. KBT arrangerer dialogarenaer hvor ulike perspektiver møtes med formål å forbedre og utvikle tjenestene.

## Innhold

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bidragstere .....                                                               | 6  |
| Bakgrunn .....                                                                  | 6  |
| Mål for prosjektet .....                                                        | 7  |
| Problemstilling .....                                                           | 7  |
| Etisk vurdering .....                                                           | 7  |
| Metode .....                                                                    | 8  |
| Gjennomføring .....                                                             | 9  |
| Rekruttering .....                                                              | 9  |
| Utvalg .....                                                                    | 9  |
| Analyse .....                                                                   | 10 |
| Styringsgruppemøter .....                                                       | 11 |
| Begreper i rapporten .....                                                      | 11 |
| Temaguide og hovedfokus i intervjuene .....                                     | 11 |
| Forutsetninger for tvang uten døgnopphold .....                                 | 11 |
| Funn .....                                                                      | 13 |
| Tvangserfarere sine erfaringer med TUD .....                                    | 13 |
| Kommunikasjon og informasjon knyttet til vedtak om tvang uten døgnopphold ..... | 13 |
| Informasjon .....                                                               | 14 |
| Kommunikasjon .....                                                             | 15 |
| Medvirkning innenfor TUD vedtak .....                                           | 16 |
| Medvirkning og medisiner .....                                                  | 17 |
| Bivirkninger og innflytelse på eget liv .....                                   | 18 |
| Brukerstyrt plass .....                                                         | 21 |
| Informantenes boligsituasjon .....                                              | 21 |
| Hvordan ønsker pasienter å bli møtt .....                                       | 23 |
| Vurdering av frivillighet før tvang .....                                       | 24 |
| Pasientens ønsker for hjelp med eller uten TUD .....                            | 25 |
| Ambulant team sin funksjon .....                                                | 26 |
| Konsekvenser av TUD .....                                                       | 27 |
| Positive sider ved TUD .....                                                    | 27 |
| Negative sider ved TUD .....                                                    | 30 |

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| Opplevelse av manglende troverdighet..... | 33        |
| Adaptert til TUD-hverdagen .....          | 36        |
| <b>Oppsummering .....</b>                 | <b>37</b> |
| Referanseliste.....                       | 48        |

## Bidragstakere

Takk til alle deltakere i prosjektet som har stilt opp og delt av sine erfaringer med TUD Tvang uten døgnopphold. Dere har bidratt med uvurderlig informasjon som kan styrke utvikling av tiltak som innebærer vurdering og bruk av tvang. Takk også til Nidaros DPS som har tilrettelagt og bidratt til rekruttering av viktige deltakere. Takk til styringsgruppen i prosjektet, som har kommet med råd, bistand og holdt oss i ørene underveis. Det har vært givende å samarbeide med dere. Takk til Helse Midt-Norge RHF for oppdraget.

## Bakgrunn

De siste årene har bruken av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern vært relativt stabil samtidig som antall klager har økt. Tall fra Helsedirektoratet (24.11.2016) viste at om lag 5600 pasienter ble tvangsinnlagt, til sammen 8000 ganger, i 2015. Antall tvangsinnleggelser og bruken av tvang på avdelinger tyder på et stort behov for forbedring. Forbedringsarbeid bør i henhold til norsk lovgivning inkludere pasienters egne forslag.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) og Helse Midt-Norge har en FOU-avtale hvor et sentralt mål er å fremme brukerstemmen i utvikling av tjenester. I samarbeidsmøtet mellom KBT og Helse Midt-Norge den 12.9.2017 ble det besluttet at KBT skulle skissere et prosjekt som omhandler reduksjon av tvang og utfordringer knyttet til samtykkekompetanse og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) for 2018.

I det norske helsevesenet blir brukermedvirkning vektlagt. Lasalvia et al. (2011) påpeker nødvendigheten av en større brukermedvirkning hvor pasientene og ansatte må kommunisere bedre om ulik forståelse av hva er brukerens behov. Dette har stor betydning for kvaliteten i tjenestene og krever en grunnleggende endring i forståelsen av pasienten som "teamets behandlingsleder".

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pasientens eller brukerens rett til medvirkning sier at pasient eller bruker har "rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester". Videre sies det at "Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8".

Den største endringen i psykisk helsevernloven er at samtykkekompetente pasienter har fått større rettsvern mot tvangsbruk. Dette innebærer at de har rett til å nekte tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon og tvangsbehandling. Utfordringen dette kan føre med seg er at pasienter takker nei til hjelp som er nødvendig. Et sentralt spørsmål for vårt prosjekt ble hva tjenestene kunne gjøre annerledes for å hindre at pasienter takker nei til nødvendig helsehjelp. Hvordan lager man tjenester for pasienter som kan ha dårlige erfaringer fra psykisk helsevern fra tidligere.

Den reviderte versjonen (1.9.2017) av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) kapittel 2 § 2-1. omhandler en hovedregel om samtykke, og sier at «Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her».

I § 2-2. Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 står det at når det gjelder «... personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne, med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3».

### **Mål for prosjektet**

Overordnet mål for prosjektet var å få mer kunnskap om hva informantene som er, eller har vært underlagt vedtak om Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) mener alternativet kan være; hvordan de opplever TUD, hva de trenger hjelp til, hva de savnet av hjelp som alternativ til tvang. Prosjektet hadde også som intensjon å inkludere pårørendeperspektivet, men av ulike årsaker lot dette seg ikke gjøre, så prosjektet omhandler derfor kun informasjon fra pasienter med erfaring fra TUD, tvang uten døgnopphold. Disse vil i det videre kalles for informanter.

Målet var også å ev. finne svar på hvorfor pasienter ikke frivillig tok imot hjelpen som ble tilbudt dem, slik at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ble det valgte tiltak.

Hensikten var i utgangspunktet å løfte frem både pasienters og pårørendes erfaringer/anbefalinger om hva som kan bidra til reduksjon i tvangsbruk. I denne rapporten har vi som sagt kun hentet erfaringer fra pasientene.

### **Problemstilling**

Hvordan kan helseforetaket gi nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke frivillig vil ta imot den hjelpen helsetjenesten tilbyr.

### **Etisk vurdering**

Det er gjennomført en fremleggsvurdering til REK, og i saksnummer 2018/2292 REK sør-øst, med vedtak; prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

KBT har gjort en DIPA (Data protection impact assessment) av undersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført basert på samtykke. Informantene underskrev et samtykkeskjema etter at dette ble gjennomgått.

Spørsmål om tvang og opplevelse av være under tvang uten døgnopphold kan vekke og berøre såre følelser for informanten og det var lagt opp til at tjenesten kunne fange opp



eventuelle reaksjoner i etterkant. Det ble også gitt anledning til å ringe prosjektleder ved eventuelle spørsmål i etterkant av intervjuet.

## Metode

I dette prosjektet benyttet vi oss av Bruker Spør Bruker-metoden, som har som mål å innhente pasient- og pårørendeerfaringer enten gjennom fokusgruppeintervjuer og/eller eneintervjuer. I denne undersøkelsen har vi hentet pasienterfaringer gjennom eneintervjuer. De kvalitative forskningsintervjuene har som formål å innhente et empirisk materiale bestående av informantenes egne beskrivelser av den livsverden han/hun forholder seg til. Intervjuene er semistrukturert for å både dekke målet for prosjektet og samtidig fange opp informasjon informanten selv kommer med i selve intervjusituasjonen.

Bruker Spør Bruker (BSB) er en metode som er designet for å få brukerperspektivet frem som grunnlag for tjenesteutvikling. Metoden er særlig egnet til å få frem forventninger, erfaringer og eventuelle sammenhenger mellom forventning og opplevd kvalitet brukere erfarer i møte med tjenesten. Metoden baserer seg på at personer som har erfaring med bruk av psykisk helsetjeneste engasjeres til å intervju en nåværende tjenestes brukere om deres erfaringer og opplevelser av kvalitet. Resultatene fra intervjuene blir grunnlag for dialogkonferanser mellom tjenestene og brukerne med den hensikt at man skal oppnå en felles virkelighetsforståelse og se på mulighetene til forbedringer. Ved at man intervjues av noen som har lignende erfaringer, vil relasjonen mellom forsker og intervjuedeltaker bli kvalitativt forskjellig fra en tradisjonell evaluering.

Der en tradisjonell intervjuer/prosessleder lett blir knyttet til den tjenesten som evalueres, eller han/hun oppfattes som en del av tjenesten i kraft av en posisjon som tjenesteyter/helsepersonell, vil en ekstern intervjuer med brukererfaring lettere markere en uavhengighet til tjenesten. Metoden bidrar til at både ledere, fagarbeidere og brukere i fellesskap kan se på hva som fungerer og hva som eventuelt bør justeres for at tilbudet skal bli best mulig. Evalueringer gjort av metoden viser at konkrete tilbakemeldinger på egen praksis, tydeliggjøring av brukerperspektivet i tjenesten og bedret dialog med brukerne er noe av den viktigste motivasjonen for at tjenestene benytter metoden (Andreassen & Grut, 2001; Hyrve & Johansen, 2008; Løken et al., 2006). Helsedirektoratet fremhever i sin veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid Sammen om mestring, at Bruker Spør Bruker er et godt alternativ til standardiserte bruker-undersøkelser.

## Gjennomføring

Prosjektet berørte en sårbar gruppe som er eller har vært under tvang. Selv om pasientene er sårbare under tvang, vil man likevel ha synspunkter og meninger (Hem et al., 2007), og kan forstå risikoen og fordeler med å delta. Vår intensjon er at alle pasienter bør få anledning til å delta i utviklingsarbeid og forskning med sine erfaringer. Disse vil nødvendigvis ikke bli mindre sårbare av å skjermes fra å delta (Storosum et al., 2002).

Det ble utarbeidet problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten og deretter ble det utarbeidet en intervjuguide. Tjenesten la til rette for undersøkelsen ved forankring i egen organisasjon og praktisk tilrettelegging.

## Rekruttering

Inklusjonskriteriet for deltakelse i intervju var at man har pasienterfaring med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Pasienter som ikke hadde hatt vedtak om og erfaring med TUD de siste tre år ble ekskludert fra undersøkelsen.

Det var avdelingspersonale ved Nidaros DPS som tok initiativ til å spørre pasienten om han/hun ønsket å bidra inn i studien ved forespørsel per post, samtale eller telefon. Det ble rekruttert fra avdeling/post og fra PART. Det var PART som rekrutterte alle. De bidro med å kjøre til og fra og ga informasjonsmateriell til informantene. Intervjuene ble gjennomført både hjemme i informantenes boliger og på et møterom ved Part sine lokaler på Østmarka. Deltakerne fikk skriftlig informasjon i forkant og i intervjuet med forespørsel om å delta i studien og samtykkeerklæring ble gjennomgått. Alle fikk en godtgjørelse på 200 kr for å delta og informasjon om at de når som helst i ettertid kunne trekke seg.

I dette prosjektet etterspurte vi ikke sykdomsrelaterte eller personsensitive data. Vi konsentrerte oss om pasientenes erfaringer og tanker rundt bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I samtale med informantene var det mer fokus på hvilken helsehjelp /hvilken utforming/endring av hjelpen som kunne vært gjort for å unngå bruk av TUD.

Vi åpnet for at dersom intervjuet skulle oppleves som vanskelig, var det i etterkant mulig å ta kontakt med og snakke med en av prosesslederne i Bruker Spør Bruker.

## Utvalg

Vi tok sikte på å rekruttere 20 pasienter med erfaring med TUD. Vi lyktes til slutt med å rekruttere 8 informanter. Dette var mennesker som hadde vært på TUD over en lengre periode, fra 4-23 år. En av informantene reserverte seg fra lydopptak av intervjuet som istedenfor ble notert ned som skriftlig referat. Analysen bestod til slutt av 7 transkriberte intervjuer og 1 referat. Intervjuene ble gjennomført fra juni til august 2019.

## Analyse

Alle intervjuene ble gjennomført individuelt. De gjennomførte intervjuene ble tatt opp på lydfil og deretter transkribert. De transkriberte intervjuene er tematisk analysert. Tematisk analyse (TA) er valgt da metoden er fleksibel og kan brukes på et rikt og detaljert datamateriale. TA er en teori-uavhengig analyse som gir mulighet til å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i materialet. Selve analysen ble basert på 6 analysesteg (Braun & Clarke, 2016), der strukturering og koding av dataene er gjort ved hjelp av NVivo 11 analyseprogram.

**Bli kjent med materialet.** Intervjuene ble transkribert med verbatim gjengivelse av de verbale ytringene. Da alt var transkribert ble datamaterialet aktivt gjennomlest et par ganger av teamet. Første runden bestod av ren lesing for å bli kjent med materialet. Ved andre gjennomlesing ble ingenting kodet, men notater ble tatt for å registrere inntrykk, betydning, idéer og mulige mønstre.

**Generere innledende koder.** Etter to gjennomlesninger, startet arbeidet med å generere innledende koder. Disse ble generert på en induktiv måte der kodene sprang ut av informantenes utsagn. Alle meningsbærende setninger i intervjuene ble gjennomgått og gitt deskriptive koder i NVivo. Kodene ble utformet på bakgrunn av hva setningen eller avsnittet handlet om. F.eks. ble informasjon kodet som “erfaringer med medisineringsform” der informanten snakket om å få medisiner i pilleform eller gjennom depot. Samme setning ble også ført i forskjellige koder hvis den inneholdt flere meningsbærende nivåer. Eksempelvis, hvis en informant beskrev erfaringer angående medisineringsform og hvordan han/hun hadde forsøkt kommunisere ønsker ift. denne med legen sin, ble setningen kodet til “Erfaringer med medisineringsform”, “Brukermedvirkning” og “Kommunikasjon”. All data ble kodet for å unngå tap av informasjon for videre analyse.

**Søke etter temaer.** Etter at alle intervjuene var sortert i koder, begynte prosessen med å gjennomgå kodene for å søke etter mulige hoved- og undertemaer. Etter en ny gjennomgang av kodene ble de disse sortert, slått sammen eller skilt inn i potensielle temaer. F.eks. kunne “Erfaring med medisiner” være et hovedtema og “erfaringer med medisineringsform” et undertema. I denne fasen så vi etter potensielle forhold mellom koder, mellom temaer og forskjellige nivåer av temaer (over og undertemaer). De kodene som ikke hadde noe meningsbærende betydning ble plassert i en egen kode. Til slutt satt vi igjen med en samling av potensielle temaer og undertemaer som fanget noe essensielt og viktig.

**Evaluerer temaer.** Denne fasen innebar en mer inngående gjennomgang og evaluering av de foreløpige temaene. De ulike temaene ble revidert basert på intern og ekstern homogenitet. Kriteriet var at dataene innenfor et tema samsvarte med meningsinnholdet og at ulikheter mellom temaer kom frem på en tydelig måte. Alle koder og tema ble her gjennomgått for eventuelle endringer og for å kvalitetssikre at temaene representerte datamaterialet. På

slutten av denne fasen satt vi igjen med en relativt god oversikt over temaer, hvordan de passet sammen og hvilken historie de fortalte.

**Definere og navngi temaer.** I denne fasen var formålet å finne frem til navn som tydelig beskrev essensen av hvert enkelt tema og dens meningsinnhold. Etter nøye arbeid ble datamaterialets narrativ formidlet gjennom 3 hovedtemaer:

- Tvangserfarere sine erfaringer med TUD
- Medvirkning innenfor TUD vedtak
- Pasientens ønsker for hjelp med eller uten TUD

**Produsere et skriftlig arbeid.** Den siste fasen involverte nedskrivning av analysen og utvelgelse av sitater til rapporten som formidler det analytiske narrative. Det skriftlige arbeidet vil forhåpentlig gi et presist, logisk og interessant bilde på datamaterialet, innad og mellom temaer.

Prosessrapporten med foreløpige funn sammenstilles og legges fram for diskusjon i en dialogkonferanse med alle involverte parter. Tilbakemeldinger på innholdet og viktige elementer fra diskusjonen på dialogkonferansen tas med i den endelige sluttrapporten som leveres til tjenesten.

### Styringsgruppemøter

Styringsgruppen for prosjektet har fungert som rådførende organ i utvikling av temaguide. I nyttefokusert evaluering er det viktig at spørsmålene oppleves relevant i et brukerperspektiv og for tjenestene, og tjenestene har i stor grad bidratt til endelig temaguide.

### Begreper i rapporten

I det videre vil intervjuobjektene med erfaring fra TUD omtales som informantene.

Da vi erfarte at våre informanter alle refererte til at deres individuelle vedtak ikke inneholder andre elementer av tvang enn medisiner, vil begrepet tvang i rapporten omhandle medikamentell tvangsbehandling.

### Temaguide og hovedfokus i intervjuene

Temaguiden ble utviklet i samarbeid med styringsgruppa, og personalgrupper ved Nidaros DPS ble invitert til å komme med innspill. KBT bygde på tidligere brukerundersøkelser i sine innspill til temaguide.

### Forutsetninger for tvang uten døgnoophold

Det er Lov om psykisk helsevern § 3-2 første ledd eller § 3-3 første ledd som regulerer tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold. TUD kan bare benyttes dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvunget vern med døgnoophold. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret helhetsvurdering der det må ses hen til om pasienten har behov for døgkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig og forsvarlig uten innleggelse. Det er den faglig ansvarlige som skal foreta denne vurderingen, og den skal foretas fortløpende.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom vedkommende finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede. Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken. Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og foreta en personlig undersøkelse av pasienten minst hver tredje måned (§ 4-9). Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal. Vedtaket kan påklages.

Det som ligger til grunn for et slikt vedtak er ifølge loven er en forutsetning om at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil, i betydelig grad, få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring redusert.

Et annet viktig moment er at det forutsettes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret.

Kravet om at pasienten må få sin tilstand "vesentlig forverret" innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern må bli merkbart verre, og at dette derfor vil få store konsekvenser for vedkommende. Når det gjelder kravet om forverring vises det her til at forverringen må vurderes å kunne skje i løpet av "meget nær fremtid". I lovens forarbeider antydes en grense på to måneder frem i tid. Dette er blitt modifisert gjennom rettspraksis, men samtidig har Høyesterett uttalt at seks måneder vil være for lang tid i forhold til lovens krav.

Videre skal tvungent psykisk helsevern som hovedregel ikke etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen samt vurdering av samtykkekompetanse.

Vi ønsker i det videre å vise til hva pasientene, våre informanter, selv tenker om det å være en TUD-pasient, altså at det er fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold.

## Funn

### Tvangserfarere sine erfaringer med TUD

De vi har intervjuet rapporterer å ha hatt vedtak om tvangsbehandling over lengre tid, med en spredning på 4-23 år underlagt tvangsparagraf. Det kommer ikke klart frem av intervjuene om pasientene er vurdert som samtykkekompetente eller ikke. Samtykkekompetanse blir heller ikke nevnt av informantene selv.

Dette er mennesker som har en lang og inngående erfaring med TUD, der visse også har hatt perioder av vedtaket og fått kjenne på livet med og uten TUD. Her skilles det ikke mellom tvangsvedtak med eller uten døgnopphold.

*...hvor mange ganger vet jeg ikke. Men jeg har vært innlagt i '98 for første gang, så...Opparbeidet meg en robust sykehistorie. Ja.*

En kunne ikke huske når første vedtaket om TUD ble iverksatt.

Intervjuer: Ja, har du hatt vedtak om tvang lenge?

Informant: Alt for lenge...det er liksom snakk om, jeg vet ikke, 15 år kanskje.

I det videre fremkommer hvordan våre informanter selv opplever den informasjonen som gis knyttet til vedtak om tvang uten døgnopphold

### Kommunikasjon og informasjon knyttet til vedtak om tvang uten døgnopphold

For at tvungen vern skal etableres og opprettholdes, må den faglig ansvarlige vurdere det slik at den det gjelder mangler kompetanse til å selv vurdere og ta valg angående egen behandling. Muligheten for å gjenvinne samtykkekompetanse og at frivillige tiltak vurderes forsvarlig, skal opp til vurdering ved hver anledning personens situasjon endrer seg, og ved hver tredje måned. I tillegg til at pasienten skal motta tydelig informasjon om tvangsvedtaket med begrunnelse, vises det i lovens kommentarer til en bestemmelse som tydeliggjør at pasienten skal få anledning til å uttale seg før vedtak blir truffet. Det skal da legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Ved hver vurdering om forlengelse av vedtak om tvang skal pasienten også ha rett til å uttale seg om sine

synspunkter og ønsker. Imidlertid er det det mye som tyder på at informasjonen om vedtak ikke oppleves som tydelig nok.

## Informasjon

*Intervjuer: Hvordan synes du informasjonen om TUD har vært?*

*Informant: Veldig dårlig...ja, har ikke hørt en ting, haha. Dessverre. Jeg vet jo ikke en dritt om rettighetene mine...*

*Nei, jeg har ikke fått så mye informasjon...*

Det kom også frem at informasjonstidspunktet og tilstanden til pasienten ikke hadde blitt tatt i betraktning ut fra informantenes opplevelse:

*Intervjuer: Har du noen tanker om hvorfor det ble tvang? Har du fått informasjon om det?*

*Informant: Ja, jeg får vel det. Men når jeg får disse vedtakene er jeg ofte litt i ulage i hodet, så. Men jeg får informasjon ja.*

*Ja, jeg husker ikke hva de sa. Det var så mye...*

*Det var masse leger og folk som jobbet der, 6-7 folk som sitter og hører på hva du har å si. Husker ikke hva de spurte om og sånt.*

Noen fortalte også at det var hovedsakelig fra deres egen journal eller skriftlig materiale det hentet informasjon fra:

*Ja. Har jo journal som jeg har lest i det siste.*

*Ikke alt som stemmer med virkeligheten heller ser jeg, i journal.*

*Informant: Jeg får brev i posten. Når dem fornyer tvangen. Da står det sånn lege...sånn, vet ikke hva det heter.*

*Intervjuer: Hva tenker du da?*

*Informant: Hvorfor de mener jeg burde være på tvang og sånn. Det står at de har fornyet tvang.*

*Intervjuer: Blir det snakket med deg om det før du får brevet?*

*Informant: Vet ikke?*

Til tross for at flere opplevde at de hadde fått lite informasjon om hvorfor vedtaket ble opprettholdt ved hver vurdering, var det tydelig at informantene hadde fått beskjed om at akuttpost var alternativet. En fortalte:

*Tenker at hvis jeg nekter noe, så blir jeg jo tvangsinnlagt sikkert. Siden jeg er på tvang. Det har jeg fått beskjed om før. Hvis jeg nekter medisiner så blir det akuttpost.*

## Kommunikasjon

Vi har ikke stilt spørsmål om erfaringer før og etter lovendring i 2017. Det kommer imidlertid heller ikke frem hos våre informanter om dennes situasjon knyttet til tvangsvedtak har vært oppe til drøfting ved endring eller hver tredje måned. Det er i den sammenheng relevant å se nærmere på hvordan vedtak er kommunisert. Vedtak om tvang kan ikke treffes uten at det først er prøvd en tilnærming med frivillig behandling jf. PHVL 3-3 punkt 1. Pasientens eventuelle avslag skal nedfelles i journal, men hvordan respondentene er gjort kjent med bakgrunn for vedtak om TUD og tilhørende andre skriftlige dokumenter, eksempelvis Behandlingsplan eller Individuell Plan, kommer frem på ulike måter.

*Det hadde kanskje vært greit med individuell plan da, bare sånn for å ha det på papiret. Jeg har jo sett dem da, på akuttpost. Ser jo ganske lurt ut.*

Noen gir uttrykk for at utarbeidede planer har negativ effekt

*Jeg vil ikke ha noe plan.*

*Nei, må bare ta hver dag, en dag om gangen, synes det er mindre stressende.*

Det kommer også frem informasjon som kan tolkes dithen at man har hatt mange nederlag i forhold til å legge planer:

*Ikke noe å grue meg til, eller noe å tenke på. Nå blir jeg stressa hvis jeg liksom har en plan og sitter å telle ned dagene i hodet mitt.*

*Nei, jeg, jeg vil ha det sånn, den tida for meg. Jeg vil være fri fra avtaler og, og sånne, altså gjøremål som jeg må gjøre, som jeg vil ha helt åpent. Også liksom bare, ja nyte livet bare. Og bare ha det bra. Klarer ikke å forholde meg til avtaler, at jeg må møte opp der og da, klokka ditt og datt. Jeg vil gjerne ha, ha fri liksom.*

Hvordan tvangsvedtak blir kommunisert oppleves altså forskjellig og det samme synes å gjelde individuelle behandlingsplaner, Individuell plan og lignende. Når det gjelder informanter som oppgir å ha mottatt informasjon om TUD, viser sitatene at det fortsatt er en mangel på å formidle informasjonen på en måte slik at den blir forstått, samt å opprettholde en god dialog gjennom årene vedtakene gjelder. I det ovenstående beskrives informantens kjennskap til vedtak om tvang og erfaring med individuelt planarbeid. I det følgende får vi innblikk i hva informantene tenker om egen deltakelse og medvirkning i planarbeid og behandling.



## Medvirkning innenfor TUD vedtak

En person som er underlagt tvang uten døgnopphold har etter loven rett til medvirkning. Hvis faglig ansvarlig tar beslutninger som går mot pasientens vilje, er den ansvarlige pliktig til å forsøke å tilpasse hjelpen mest mulig etter personens ønsker og behov. Målet med medvirkning er å gjøre at behandlingen blir minst mulig belastende for personen. I datamaterialet er det flere fortellinger om stor resignasjon over egen situasjon og håpløshet over å ikke bli hørt eller få snakket om det som betyr noe.

*Intervjuer: Kunne du tenkt deg noen samtaler, tror du det kunne ha hjulpet deg på at dem kunne ha forstått mer hva det innebærer for deg, de sammenhengene du snakker om da?*

*Informant: Ja, dem er jo her for å, hvis jeg skulle ønske en samtale. Men jeg har ikke hatt så mange samtaler om, om ting da. Sånne viktige ting, eller sånn... Som har med sykdom og medisiner og sånne ting å gjøre. Jeg snakker bare om været, været og det som står i avisa, og fotball og musikk og sånn, haha! Det er ikke noe sånn om, om annet.*

En av informantene reflekterte over hvorfor man opplever å få lite innflytelse i behandlingen og mener at man får mindre mulighet til innflytelse når man ikke erkjenner at man er syk.

*Men jeg føler jeg har innflytelse, og det har egentlig alle sammen så lenge du innser at du er syk. Så hører dem på deg. (...)Og da vil dem ikke innrømme for seg selv at dem er psykisk syke, og da får dem ikke ha innvirkning på behandlingen fordi da går all behandling og tilbud ut på å få sykdomsinnsikt banka inn. Tror jeg, da. Hvert fall det jeg har sett. Men jeg har følt at dem hører nå på meg da. Jeg får ikke gjennomslag for alt, men dem hører.*

Flere reflekterer over at det kreves at man selv ser behovet for hjelp for å få hjelp.

*Det er kanskje litt absurd. Jeg er fornøyd med både psykiatrien og barnevernet liksom. Jeg innser at jeg trenger hjelp liksom og da ser jeg jo at jeg får hjelp.*

*Jeg tror at hvis man ikke innser at man trenger hjelp, så blir det vanskelig å be om hjelp. Da vil det oppleves som ufrivillig omgang med både psykiatri og helsevesen og barnevern og...*

Sitatene illustrerer at for å bli hørt, kreves det at pasienten underlegger seg helsevesenets definisjoner og tolkninger på individets situasjon og atferd. Medvirkning i den betydning som er tenkt, ser ut til å praktiseres i svak grad basert på informantenes tilbakemeldinger. Det er

heller ikke tydelig om informantene har fått god informasjon om hvilke rettigheter de har angående medvirkning i egen behandling. Som en viktig kampsak fra informantenes side, rapporteres medvirkningen til å stoppe særlig når det kommer til medisiner og hvordan denne administreres, alt fra størrelsen på dosering eller om det skal være depot eller ikke.

### Medvirkning og medisiner

Informantene fortalte at de opplevde tvangsmedisinering som den mest inngripende formen for tvang på TUD. Når det kommer til medisiner er dette noe som kan pålegges på TUD selv om pasienten er uenig i å måtte bruke medisiner. Med pålagt medisinering har pasienten rett til å delta i beslutninger angående hvilken type medisin som skal tas. Flere av informantene uttaler seg om hvordan tvangen gjennomføres og hva som ligger i tvangsvedtaket. For alle i undersøkelsen handler tvang om medisinering og bruk av depot med injeksjon av medisin. Innholdet og sykdomshistorien som ligger til grunn for tvangen, er i utgangspunktet ikke tema for denne undersøkelsen, men vi finner det hensiktsmessig likevel å trekke frem noe av det informantene sier om bruken av tvang da det omhandler muligheten til medvirkning og medbestemmelse når man er underlagt tvang uten døgnopphold.

Pasientene har flere erfaringer med medisineringsen, og hvordan medisinen skal/kan inntas. Når det gjelder medvirkning knyttet til medisinering kommer det frem ulike erfaringer. Det er alt fra uenighet om riktig diagnose, medisineringsform til at man er uenig i hjelpetiltaket medisinering, men opplever å ikke ha noe valg.

*Jeg er litt uenig med sykehuset i forhold til sykdomsbildet mitt, så...jeg skulle helst ha vært uten den medisinen. Men skjer det noe så er det jo typisk at det er medisinmangel som er problemet. Det har ikke jeg bestandig vært enig i.*

*Nei, altså, jeg mener at jeg kunne ha fått styrt den medisineringsen litt mer selv. På en, altså, fått det i tablettform. Og at jeg, ja. Det blir litt, det blir veldig mye medisin i forhold til hvor lite syk jeg er på en måte.*

*Det er medisinering jeg ikke er helt enig i, så. Men det er vanskelig å få gjort noe med det.*

*Men altså, jeg er nå enig i at jeg muligens trenger medisin, men ikke så intenst og ikke så mye. Og, mer at jeg kunne styrt det litt mer selv. For det, jeg er ganske oppegående sånn sett.*

Informantene formidler at de har prøvd å ha innflytelse på medisinerings, men at de enten har gitt opp å argumentere, eller har tilpasset seg og på den måten funnet en måte å håndtere det på.

*Nei, nå har jeg brukt de argumentene jeg har mot medisinerings i mange diskusjoner med PART og leger, og jeg er på måte litt lei av å...lei av det. Så jeg...jeg har gitt opp litt...jeg orker ikke å diskutere det. Jeg kommer aldri...det blir ikke som jeg vil ha det uansett.*

Det er også uenigheter knyttet til varigheten av medisinerings.

*Sånn bruk av antipsykotika i en kort periode, det ser jeg på som noe positivt. Mer akutt bruk av det da. Men det å stå på det over tid er litt kjedelig.*

Det kommer her frem informasjon om erfaringer knyttet til medisinerings som tvangstiltak. Flertallet av informantene ser ut til å slite med å bli hørt og få sine ønsker og behov oppfylt når det gjelder medisineringsform, behov, type medisin og varighet. Det kommer også frem informasjon om bivirkninger av medisiner og hvordan dette igjen får betydning for livskvalitet.

### **Bivirkninger og innflytelse på eget liv**

Intensjonen med medisinerings bygger på empiri som tilsier at medisin kan bidra til vesentlig bedring i pasienters helsetilstand og/eller redusere risiko for forverring. Men våre informanter med erfaring fra medisinerings opplever også at «medaljen har en bakside». Til tross for mulig bedring, kommer det også frem hvordan informantene opplever bivirkninger knyttet til medisinerings og hvordan dette har innflytelse på deres liv og hvordan det påvirker følelseslivet.

En uttalelse var som følger:

*...men jeg føler meg lobotomert da.*

Medisinerings oppleves å påvirke til tunge tanker hvor rus blir en måte å slippe vekk fra bivirkningene.

*(...)Jeg har veldig...vært i mange år, altså hatt tvang lenge. Men det er vel ganske stabilt da. Sånn at ja, det blir vel rutine. Altså...men samtidig så må jeg hele tiden, jeg får veldig mye bivirkninger av den medisinen da.” ...“Så jeg blir deprimert og i dårlig form. For å kompensere for det så blir det lett at jeg ruser meg mer.*

Det er ulikt hvordan den enkelte opplever medisinenes funksjon. En formidler at de har en virkning på hallusinasjoner og vrangforestillinger, men at de ikke hjelper mot depresjon og nedstemthet.

*Ja, den tar bort de positive symptomene til sykdommen, sånn som hallusinasjoner og stemmer og...og vrangforestillinger og sånt. Men tar ikke bort de negative symptomene, sånn som nedstemthet og depresjon og sånne ting. Så det, når jeg tar den medisinen så blir det bare det negative som står igjen da.*

Det synes som at det kan formidles uriktig informasjon fra både lege og kontrollkommisjonen i hvilken grad man må ta medisin i sprøyteform eller ikke.

*Ja. Men det ble fortalt når jeg ble innlagt at når jeg er på tvang, så må jeg ta sprøyte...Det var noe sånt de sa, legen på post 7 hvert fall. Det er jo ingenting jeg kan si imot det...Men jeg har jo hørt i ettertid at det stemmer jo ikke.*

*Kontrollkommisjonen sa jo det samme. Men jeg trodde jo hele tida at jeg må gå på sprøyter, siden jeg er på tvang. Og var liksom, en grunn til at jeg ville ut av tvang.*

Det kommer frem flere aspekter der informantene forteller om at de ikke blir hørt når de kommer med tilbakemeldinger angående medisiner og medisineringsformen. Det er mange beskrivelser av hvordan medisiner oppleves negativt.

*Jeg liker ikke medisin, blir deppa av det. Mangler litt av hodet.*

*...mener det når man går bort fra medisiner. Det er først da man merker hvordan de virker. Det er som å få tilbake ting.*

*Nei, jeg gikk nå på...Da jeg først ble innlagt sist så fikk jeg (navn på medisin) Da lå jeg bare og sov og gikk opp i vekt ganske fort. Bare lå og sov hele tiden, overalt. Så fant de ut at det ikke var noe bra, så begynte jeg på (annen medisin) og det var enda verre fordi jeg da fikk akatsi, så jeg bare gikk og gikk og gikk uten pause. Så da måtte jeg bare nekte å ta den til slutt, medisinen. Men de ville redusere den, trappe ned. Men det syntes jeg ikke var noe bra. Da måtte jeg bare nekte til slutt, og da forsto de det.*

Betydningen av å bli hørt fremheves som viktig, det at man selv kan ha et ord med i laget for å kunne justere ut ifra hva som er viktig for pasienten. En pasient beskriver:

*Til å begynne med så tok det annenhver tirsdag ut av livet mitt, da jeg var på depotklinikken under tvang. Men så fikk jeg snakke litt med han psykologen og han formidler at jeg ønsker å ta medisinene i tablettform...men jeg fikk ja da. Fordi jeg søker jobb og det der ødela litt for meg da. For jeg kan ikke komme på jobb å si at jeg må være borte annenhver tirsdag.*

*Og det er noe med å føle at man er mer deltakende selv da. Dem hører på meg når jeg sier noe.*

Pasienter formidler ønsker om å kunne ta medisin på annen måte og mer ut ifra behov, men at dette ikke blir imøtekommet.

*Jeg ville helst hatt en, altså, nå tar jeg depot i sprøyteform da, hver tredje uke. Så jeg ville helst hatt tabletter. Mer etter behov. På en måte... Sånn at hvis jeg føler jeg er på vei til å bli dårligere og sånt, så kan jeg ta en tablett da på en måte. Jeg føler at det er litt unødvendig med så sterk medisinerings i forhold til hvor syk jeg er da.*

*Jeg har snakket med PART om det, men ikke snakket med legen. Jeg har ikke snakket så mye om det, spurt om det nei.*

Tvangsmedisinering og medisinering generelt representerer en type inngrep som oppleves individuelt og forskjellig. Informantene beskriver at tvang medfører tap av autonomi, men de beskriver samtidige tiltak hvor de i stor grad opplever å kunne beslutte på selvstendig grunnlag. Brukerstyrt plass er et av disse tiltakene som i størst grad blir fremhevet å gi pasienten eget valg.

### Brukerstyrt plass

En behandlingsplan utarbeidet med tanke på TUD, inneholder som oftest flere momenter enn medisinering. Flere av informantene omtaler her planlagte innleggelser som en del av TUD. Som en av informantene uttrykte så handler det om tilpassede innleggelser når det blir vanskelig hjemme. Forutbestemte avtaler bidrar til å dempe uro eller stress hjemme.

*Ja, jeg har sånn trygghetsplass på Leistad. Jeg er vurdert alt for frisk til å være på DPS og skal på Leistad når det er noe. Det fungerer greit.*

*Jeg skal ikke rose alle psykiatrien, de gjør sikkert mye rart, men jeg er veldig fornøyd. Dem er nå der liksom når jeg trenger dem. Og så er jeg veldig fornøyd med Leistad, der kan jeg krasje innom når det blir for galt, så kan jeg stikke innom der på sånn tre-døgns. Der kjenner dem meg, så jeg slipper å si så mye når jeg kommer.*

Det fremkommer at dette er et viktig tilbud hvor pasientene har stor innflytelse på avgjørelser omkring egen behandling og kan melde om behov for pause fra hjemmesituasjonen. Noen av informantene bor i bolig med base, andre i omsorgsboliger.

### Informantenes boligsituasjon

Vi var nysgjerrige på informantenes sosiale relasjoner utover kontakt med pårørende. Flere rapporterer om at det daglig finnes miljøpersonale der de bor, som de har mer og mindre kontakt med. Hvordan disse oppleves som mentalt tilgjengelige kommer eksempelvis frem i følgende utsagn:

*Intervjuer: Er det noen av personalet som du føler du har en ekstra god relasjon til, som skjønner deg litt mer, eller?*

*Informant: Nei, jeg har ikke sånn veldig god kontakt med, det er vel litt overfladisk. For jeg, nå har jeg vært gjennom psykiatrien og innleggelser og forskjellige boliger i mange år, så det blir veldig mye nye folk hele tiden som skiftes ut og sånt. Så jeg, det blir ikke...jeg knytter meg ikke til noen, noen spesielle.*

*Jeg er litt lei av å, at folk skal bli kjent med meg. Og svare på de samme spørsmålene hele tiden og sånt.*

*Det blir litt kunstig og litt...Altså, sånne situasjoner som det her hvor jeg må på en måte forklare min egen person hele tida, altså, jeg må forklare min egen person om hvem jeg er og hva jeg mener og hva jeg tenker og hva mine interesser er, og... Og sånn da. Det blir jeg veldig lei av. Jeg har gjort det mange ganger, så. Så det blir sånn repeterende hele tida.*

Det kan også se ut som at ulike erfaringer knyttet til å snakke med personalet i noen grad har medført at man i ettertid vegrer seg mot å be om hjelp:

*Nå er det jo sånn at når jeg begynner prate mye til personalet så går dem bare...Men det er jo litt det at dem er redde for å...at jeg skal bli dårligere når jeg snakker om ting.*

*Nei jeg har ikke noe erfaring med at jeg har hatt noe spesiell hjelp nei. Det er bare det med rutiner med medisin og... og at de sjekker, at dem kommer på besøk og ser at jeg har det bra bare.*

*...rent konkret, når jeg ligger ned på gulvet og ikke klarer å reise meg så...og personalet står der og sier at dem, ikke gjør noen ting så...*

Erfaringer som kommer frem er naturlig nok knyttet til at både bosituasjon og TUD kan oppleves som et institusjonelt nærvær hvor det er krevende å ha mange å forholde seg til og muligens også å bli møtt med ulik eller manglende kompetanse. I vårt materiale fremkommer det tydelige innspill på hvordan de ønsker å bli møtt av sine «hjelpere».

### Hvordan ønsker pasienter å bli møtt

Våre informanter har erfaring både fra innleggelser med og uten tvang, polikliniske konsultasjoner og TUD. Her er det hjelpeapparatet som beveger seg inn på pasientens arena, noe som ser ut til å oppleves stressreducerende. Det formidles et ønske om å bli møtt med en åpenhet som innebærer trygghet og empati. I samtale om journalskriving og manglende innflytelse uttrykte en pasient dette:

*Det er ganske skammelig egentlig. En psykiatri bør være en institusjon basert på trygghet, empati, sympati og... forståelse.*

Det ambulante teamet PART har en viktig funksjon i å bistå til at man får roet ned eller dempet angst.

*Har jo en del angst da, jeg er psykosefri og fri fra stressyndromsymptomer som jeg har hatt før. Det har gått over da. Og psykosen er medisinerert bort. Men jeg har angst da, som det kan bli en del mas om samtaler i mellom. Og da er dem stort sett veldig tålmodig da. Det er ikke alltid jeg får samtale på dagen. Men i hvert fall dagen etter. Så alt i alt så synes jeg tilbudet er veldig godt da.*

Opplevelse av at psykosen er skremmende skaper et stort behov for å kunne snakke med det ambulante teamet (PART) for å skape trygghet i livssituasjonen.

*Og skulle jeg få psykosesymptomer for eksempel, så hører jeg stemmer hvis jeg blir skremt. Da er jeg redd for å gå i psykose igjen. Da har jeg dem på telefonen og jeg kan bare sende en melding liksom, det virker veldig betryggende da.*

Informantene beskriver at det ambulante teamet er lett tilgjengelig og at de opplever dette som betryggende og at samtaler synes å være vel så viktig som medisineringen. Det kan antas at informantene mener at medisiner alene ikke bidrar til å løse selve problemet. Man trenger ofte å trappe de ned på dem for å greie å ta tak i ting, mente mange i en kvalitativ undersøkelse (Bjørge et al. 2014). Informantene beskriver at de har behov for hjelpeapparatets tilgjengelighet uavhengig av om de har et vedtak om tvang eller ikke.



### Vurdering av frivillighet før tvang

I følge loven skal som hovedregel ikke Tvungent psykisk helsevern etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen. Om spørsmål knyttet til å søke frivillighet før tvang har informantene ulike oppfatninger:

*Det er ikke frivillig nei. Det er jo ikke tvangsmedisinering, men medisinering er en del av opplegget liksom.*

*...Jeg har veldig...vært i mange år, altså hatt tvang lenge. Men det er vel ganske stabilt da. Sånn at ja, det blir vel rutine.*

Det fremkommer flere paradokser i intervjuene som at man egentlig vil følge et behandlingsopplegg men at tvangsvedtak likevel opprettholdes.

*Jeg tror den hjelpen jeg får nå hadde jeg også fått uten tvang. Jeg vil jo ikke være, bli syk igjen. Jeg vil jo fortsatt ta medisiner uansett på eller av tvang.*

En hadde også erfaring fra å ha blitt tatt av og deretter på tvang igjen.

Intervjuer: *Ja, hvordan har den overgangen vært fra å ha tvangsvedtak til å ikke ha det? Og til å komme tilbake igjen?*

Informant: *Nei, det føles utrolig godt å slippe tvang når jeg har sluppet det.*

I intervjuene har vi ikke fått noen beskrivelser av at det planlegges for hvordan tvangen kan bli opphevet. Det fremkommer heller ingen beskrivelser fra informantene at de har fått noe form for informasjon som omhandler hvilke tilbud som opprettholdes når de blir tatt av TUD.

## Pasientens ønsker for hjelp med eller uten TUD

Vi undersøkte hvilken hjelp informantene selv ønsket, og hvilke behandlingstilbud de selv hadde valgt om de fikk muligheten. Overraskende nok gikk besvarelsene i retning av hva de ønsket endret, samt hva de ønsket å beholde, fremfor hva de ønsket seg av andre mulige hjelpetiltak. Gjennomgående i materialet formidlet informantene tydelig at hjelpen oppleves frivillig til tross for at tvangsvedtaket opprettholdes. Med andre ord formidlet flere av informantene at de ønsket å ta medisiner og kommunisere med PART uavhengig av TUD-vedtaket. Tilbakemeldingene viser derfor at det er svake og til dels uklare grunnlag for hvorfor vedtaket til informantene har blitt opprettholdt over årene.

*Ja, fortsatt gå på samme medisin, fortsette med PART. Så det ikke blir noe forfall sånn sett. Bortsett fra at jeg kan ta meg ferie og reise plasser. Vil høre med PART først om det er greit. Uansett om jeg er på tvang eller ikke, jeg vil jo samarbeide med psykiatrien.*

Flere av informantene kommuniserte tydelig at det de savnet var å få muligheten til å ta større styring og kontroll over eget liv.

*Det kunne vært å få meg av tvang. Skal jeg få lov bestemme litt, for at det er mitt liv. Altså, jeg synes tvangen har foregått lenge nok liksom.*

*Det rare er at psykosen har utviklet seg etter at jeg ble lagt inn her....Så hvis jeg får holde meg ute i det fri og snakke med lege, så hadde jeg fungert rimelig bra.*

Til tross for at flere ønsket seg av TUD, nevnte mange at de ønsket å fortsette med medisinene de hadde fått utskrevet.

*Da ville jeg ikke vært på tvang...nei, jeg hadde fortsatt å ta medisiner selv og...fått det til selv.*

Det var tydelig at flere av informantene hadde god forståelse av at det var områder de trengte og ønsket hjelp til. De ønsket frivillighet og selvbestemmelse mht. å definere hvilken hjelp de trengte og hvordan den skulle gjennomføres.

*...jeg innser at jeg har et stort hjelpebehov. Jeg vasker selv, tar medisiner selv, jeg handler mat selv, men...Det er mye jeg trenger hjelp til enda ja. For eksempel å gå på offentlige kontorer, da pleier jeg å ha med PART for eksempel.*

Det var også noen av informantene som mente å kunne ha nytte av samtaleterapi, men var skeptisk til om de ville få dette.

*Ja, vanlig samtaleterapi hjelper bra det, hvis du har rett folk.*

*Det kan ikke jeg helt se for meg. Det måtte ha vært noe som PART det og da. Med psykolog og lege på SMS.*

Informantene i denne studien syntes å ønske støttetilbudene som følger med TUD. De uttrykte for øvrig en gjennomgående redsel for å ikke motta samme støttetiltak hvis de ble tatt av vedtaket. Kontakten med det ambulante teamet trekkes her frem som en svært vesentlig del av hjelpebehovet.

### **Ambulant team sin funksjon**

Det er flere som har lang erfaring med ambulant team (PART), noen over 10 år. Dette at man har hatt lang kontakt og kjennskap, dvs. kontinuitet, fremheves som særlig viktig.

*Det at du har noen å forholde deg til over tid, som kjenner deg, kjenner deg godt da. Så slipper du å gå gjennom så mye.*

Det er lange dager og lite aktivitet, og teamets besøk og tilbud om bilturer blir et etterlengtet avbrekk i livssituasjonen.

*...de river meg ut av fra den triste hverdagen, skulle jeg til å si. Turer og forskjellig. Men at de kjenner meg godt er jo det viktigste.*

*Teamet gjør det lettere å reise til psykiatrien ved medisinerings.*

*De kjører meg til medisineringsen.*

I tillegg til praktisk bistand er det grunn til å anta at det ambulante teamet i stor grad representerer informantenes sosiale relasjoner og trekkes også frem som delaktige i positive opplevelser med TUD. Vi vil i det videre se på hva informantene deler av både positive og negative konsekvenser med TUD.

### Konsekvenser av TUD

Hvilke konsekvenser TUD gir for den enkelte kan variere i like stor grad som antall tvangserfarere. Likevel er det påfallende mye likt som kommer frem i besvarelsene, både av positiv og negativ karakter.

### Positive sider ved TUD

Det er ulike dimensjoner av hjelpen som informantene kobler til TUD- vedtak. Overordnet omhandler de positive erfaringene om å føle seg beskyttet eller å oppleve en form for trygghet og rutine. Det mest fremtredende er oppfølging fra tjenestene i form av ambulant team (PART).

Det kommer frem opplevelser av fordelaktige momenter knyttet til det å være på tvang.

*Hun sier av og til, eller i forskjellige sammenhenger, at du er jo på tvang så du kan jo få det sånn og sånn...Hun bruker det til å få gjennom ting da...egentlig så er det en fordel være på tvang.*

*Ja, da får jeg fortere hjelp. Da blir du ikke satt til side i en venteliste hvis det er noe prekært som skjer. For du vil komme ganske fort frem i køen hvis du står på tvang.*

En positiv dimensjon som nevnes er rammer i hverdagen, å ha daglige rutiner.

*Det har gitt meg mer rammer.*

*Mer struktur. Jeg står opp klokka 8 for å få medisiner og tar kaffekoppen min og prøver å holde døgnrytmen da.*

Praktisk hjelp oppleves som en positiv konsekvens når det ambulante teamet følger opp pasienten på TUD:

*Jeg får praktisk hjelp fra PART.*

*...hjelp på offentlige kontorer.*

At informantene trekker fram viktigheten av å få praktisk hjelp og bistand i møte med det offentlige, illustrerer at dette er en vesentlig faktor i det ambulante teamets oppgave i å gi trygghet og lettere hverdag til pasienter på TUD.

I valget mellom å være innlagt på sykehus og opplevelse av å være innelåst, blir TUD opplevd som det minste onde.

*...altså, men det er nå bedre enn å være innelåst en plass da. Det er en viss forskjell på en måte...*

Informantene sier at TUD gjør det mulig for dem å opprettholde små hverdagslige rutiner som de ikke kan ved innleggelse. Dette opplevdes viktig for deres psyke.

*Det er viktig i en sånn situasjon, å bare ta den røyken. For før så har det vært mange episoder med reimer og alt mulig fordi en blir litt oppkava fordi en ikke får tatt seg en røyk.*

Sammenlignet med det å være innlagt beskrives TUD å gi mulighet for frihet til selv bestemme dagsrytme og hva som skal skje i løpet av dagen.

*At du står fritt til å gjøre hva du vil. Og ikke trenger å følge en timeplan. Det blir mer som å være på leirskole nesten, det å være på Østmarka. Det blir sånn oppsett. Det passer ikke til voksne mennesker mener jeg.*

Ambulant team bidrar til at TUD ikke oppleves så invaderende i hverdagen.

*Tvangen føles ikke som tvang fordi strukturen til PART og oppfølgingen der er slik at de ikke opplevdes som å tvinge seg på.*

Noen trakk fram fordelene ved å slippe egenandel på medisiner.

*Møte med legen og sånt må jeg jo egentlig betale egenandel for, og det slipper jeg med tvang nå.*

Det kan imidlertid stilles spørsmål ved bruken av tvang og om kriterier for bruk av tvang i §3-3 punkt 1 er oppfylt. Det er pasienter i intervjuene som svarer på følgende måte:

*Det jeg ser som viktig med tvang det er at da er jeg faktisk garantert hjelp. Jeg slipper å hamre på dørene på Østmarka, jeg får hjelp når jeg er på tvang der hos (navn), han psykologen. Og det er ikke så mange som sier det, men jeg mener det er viktig da. Hvis du trenger hjelp så kan det være vanskelig i psykiatrien, du må ofte stå på lange ventelister og det er ikke sikkert du kommer inn og får ressurser til å få hjelp.*

*Det var mye pågang da, særlig på akuttposten da. Så det å være på tvang, da har du liksom en sånn "okei hun er på tvang, da må vi ta henne inn.*

*Ønsket ikke å gå av tvang ved spørsmål om forlengelse. Det oppleves trygt å være på tvang og ønsket ikke å gå av fordi det var mange ting som skjedde samtidig.*

For pasienter på TUD har en egen vurdering og frykt for å få nye dårlige perioder gjort at noen ønsker opprettholde vedtaket. De blir derfor opptatt av å bli prioritert når innleggelse oppleves nødvendig. Å være på TUD oppleves som en garanti for å kunne få innleggelse.

*Så blir du jo bedt med på de møtene med kontrollkommisjonen. Jeg orker aldri møte opp. Jeg sier til behandler at jeg vil fortsette å ha tvang. Jeg vil ikke komme fordi jeg jeg ser så frisk ut. Kanskje de tar meg av tvangen...at jeg vil fortsette å ha tvang, for jeg er redd for å gå i psykose og å bli paranoid, så jeg vil ikke av tvang. Vil ha krav på hjelp da. Det har fungert hele veien til meg egentlig, synes jeg.*

Det fremkommer flere paradokser i intervjuene at man egentlig vil følge et behandlingsopplegg, men at tvangsvedtak opprettholdes.

*Jeg tror den hjelpen jeg får nå hadde jeg også fått uten tvang. Jeg vil jo ikke være, bli syk igjen. Jeg vil jo fortsatt ta medisiner uansett på eller av tvang.*

Det blir derfor et stort paradoks at pasientene får fullt gjennomslag for ønsket om å stå på tvang, som er i strid med lovens intensjon om frivillig behandling.

### Negative sider ved TUD

På den annen siden kom det frem en rekke negative erfaringer og/eller negative konsekvenser av TUD informantene kunne fortelle om. Mange av de negative erfaringene omhandler erfaringer med å kjenne seg umenneskeliggjort og at TUD på flere måter er psykisk tyngende.

*Nei, det er nå ganske... Det er nå ganske kjipt å ha de greiene over deg liksom, på måte da. Fordi at det innebærer at du blir jo, det fucker til livssituasjonen liksom. Å ha psykiatrien hengende over deg, det er ganske slitsomt.*

Flere hadde opplevd at det de lese om seg selv i journalen ikke stemte med deres egen oppfattelse, eller med hva de hadde forsøkt formidle til legen. Informantene beskriver at det kan se ut som at helsepersonell tolker alt de sier utfra den stilte diagnosen.

*Nei, det er litt, det med de personlige interessene mine går litt inn i... Dem tror jeg er psykotisk og har vrangforestillinger uansett hva jeg sier.*

*...Altså, det er jo helt idiotisk at de bare snakker og finner på diagnoser og generaliserer...*

*Men det er jo helt idiotisk, fordi ja, det kvartals...i rapporten, den blir jo skrevet bare... «ja, vi har snakket med pasienten og det er prøvd ut forsøk med, uten, med samtykke...». Liksom, det står så mye svada, og de skriver under på det. Overlegen og de, dem skriver bare, de snakker ikke, det er ingenting som har foregått riktig for seg liksom. Og likevel så får jeg liksom «jaja, tre nye måneder. Tre nye måneder». Jeg bare sitter og bare, hæ?*

At tvangsvedtaket legger begrensninger på reiser og medbestemmelse er to dimensjoner en pasient fremhevet som konsekvens:

*Tvungen? Nei, jeg merker ikke så mye til det egentlig sånn sett, da. Annet enn når du begynner å tenke på det, det er jo medisineringen, det er det eneste jeg merker da. Også er det litt med det å reise, jeg kan jo ikke reise rundt.*

Det hadde også forekommet noen uheldige hendelser i forhold til hvordan informantene hadde blitt møtt.

*...Kunne vært bedre kunnskap, blant annet ble jeg hentet av politiet forskjellige ganger. Da er det jo lite kunnskap om sykdomsbildet og sånt. Så dem møter ikke deg på noe særlig grei måte egentlig.*

Det kommer også frem informasjon hvor informantene opplever seg stigmatisert:



*Hvis jeg kommer på NAV og vil snakke med helse- og velferd for eksempel, så vil dem helst at jeg har med noen fra psykiatrien, fordi siden jeg har vært lagt inn så må jeg jo være dum.*

*Og jeg skulle skrive under på husleiekontrakten, da møtte jeg opp alene og da var hun helt forstyrret hun dama på helse- og velferd...*

*Så jeg fikk mulig tilsagn på ny kontrakt, og så skal jeg skrive under i september. Da jeg møtte opp alene og overrasket damen med at «hei, jeg kan skrive», haha, under på et ark.*

*...Da begynner dem å snakke til deg som om du er dum og dem behandler deg som om du er tilbakestående og hører ikke på hva du sier og sånne ting da. Så det er greit å ringe PART, og få dem til å snakke for deg da.*

*Intervjuer: Så du opplever altså at møte med kommunale tjenester, så må du egentlig få hjelp av PART til å forklare det?*

*Informant: Ja, for dem hører ikke på meg, for dem tror at jeg ikke er i stand til å ta vare på min egen hverdag.*

Det kan antas at det å få støtte i kontakt med andre offentlige tjenester er et tveegget sverd ved at det både kan oppleves som hjelp, men også som å bli fratatt autonomi og selvstendighet.

I følge informantene kan TUD oppleves som en vedvarende trussel om nye innleggelser hvis man nekter. TUD ser derfor ikke ut til å gi pasienten handlingsrom for å protestere, og tør ikke motsette seg medisinerings som oppleves å ikke hjelpe.

*Føler liksom at man ikke har noe valg. Hva skal man gjøre liksom? Blir du utagerende så blir du jo reimet fast. Skjønner det hvis folk ikke føler at de kan gjøre noe, da må man jo bare utagere da. Hvis de blir tvunget til å ta fæle medisiner med fæle bivirkninger.*

Flere av våre informanter peker her på positive og negative konsekvenser av TUD. Flere gir også signaler om at de kan oppleve at hjelpeapparatet ikke tror på det de sier knyttet til eksempelvis medisinerings og at de i større grad ønsket at deres eget syn kom frem i journal.

### Opplevelse av manglende troverdighet

De negative erfaringene var av individuell art, men det var flere erfaringsområder som var gjennomgående felles hos informantene. Blant annet kunne flere fortelle om problemer knyttet til kommunikasjon og hvilken troverdighet de opplever i møtet med leger og helsepersonell. Flere av informantene formidler en opplevelse av at det de fortalte og ønsket å formidle, ble tolket som symptomer og ikke tatt alvorlig. Videre kunne de fortelle at informasjon eller hendelser de hadde forsøkt å formidle til sin lege hadde blitt mistolket, vridd på og/eller brukt imot dem, samt skrevet ned og registrert helt feil i deres journal. Informantene hadde med andre ord ikke fått noen mulighet til å samtykke til hva legen førte ned i hans/hennes journalen eller til å nøste opp i mulige misforståelser. Problemet gikk altså ikke bare på at de ikke hadde fått muligheten til å kommunisere og bli tatt på alvor, men at de opplever å bli overkjørt og stigmatisert.

*Jeg har jo beskrevet bivirkninger av noen, alle medisiner, og så har det stått papiret etterpå som symptomer på sykdom.*

Fra intervjuene kommer det frem erfaringer hvor ønske om en ny vurdering ikke blir etterkommet.

*Jeg sa til legen at det stemmer ikke, det han sa. Men han skrev nå det likevel... så ba jeg kontrollkommisjonen at de måtte se på den ene diagnosen min.*

Det kan derfor se ut som at det ofte er uenighet mellom pasient og behandler om hva som er problemet. Det kan være ulikt syn på diagnose, noe som synes å gi informantene en opplevelse av manglende helhetsforståelse samt det å ikke blir lyttet til.

*Jeg er litt uenig med sykehuset i forhold til sykdomsbildet mitt, så... jeg skulle helst vært uten den medisinen.*

*Og det er litt synd, fordi en god lege gjør seg kjent med pasienten og ser på hele situasjonen til pasienten. Fordi han må skjelne mellom symptomer og fra hendelser i livet til personer, og fra symptomer som er sykdom liksom.*

Dette har også konsekvenser for hva som dokumenteres og hvordan informantenes syn blir hensyntatt. Gjennomgående rapporterer informantene at de har stor mistro og engstelse for hva profesjonelle dokumenterer. Det er mange utsagn som gjengir opplevelse av at man blir misforstått eller at dokumentasjonen som følger i journal ikke tar pasientens forståelse av situasjonen på alvor.

*Skummelt hva en sier når en er innlagt iallfall, for rapporteringen synes jeg det er noe feil med. Daglige rapporter hvor de konkluderer at sånn og sånn skjedde, uten å forhøre seg med pasienten i det hele tatt. Det kommer til kontrollkommisjonen at dem har oppfattet ting.*

En formidler at han har fått en kronisk diagnose ifølge journal og det er også erfaring med at det brukes i begreper i journalen som oppleves å gi lite håp.

*Informant: Ja. Så jeg har, legen sier jeg har kronisk psykose.*

*Intervjuer: ja...*

*Informant: Det er jo litt spesielt. Aldri hørt om den diagnosen.*

*Intervjuer: haha, nei.*

*Informant: Lever nå i en fantasiverden så.*

*Intervjuer: Ja, tydeligvis da, for dem.*

*Intervjuer: Hva gjør det med deg da? Når de sier kronisk psykose?*

*Informant: Jeg vet ikke jeg. Har bare lest det i journalen, så...Dem tror jeg er psykotisk og har vrangforestillinger uansett hva jeg sier.*

Det savnes at tjenestene eller fagarbeiderne bruker mer tid til å snakke om hva som har skjedd og bidra til et mer nyansert helhetsbilde på vegne av pasienten.

*Intervjuer: Hvordan tror du at det kunne ha vært gjort annerledes da?*

*Informant: Det må nå ha vært det å ta seg litt tid sammen med pasienten før en tar kvelden liksom. Det her har vi oppfattet, har du noe å si på det?*

*Intervjuer: Så du kunne tenkt deg at man har en sånn jevnlig oppdatering da, med hverandre?*

*Informant: Nøste opp i misforståelser ja.*

Spørsmål knyttet til erfaring med TUD og hvordan dette har hatt innvirkning på brukernes liv, besvares både generelt og mer spesifikt. Kommentarer som er gjennomgående hos informantene er beskrivelser knyttet til opplevelsen av å være satt i en posisjon som medfører tvang.

*Jeg synes jo det er litt kjipt å være på tvang da. Har jo blitt en del nå.*

*Det er jo ikke så kjekt da...*

*...kjipt å ha hengende over seg.*

Svarene differensieres når samtalen kommer inn på hvordan TUD har hatt innvirkning på eget liv og om det var nødvendig.

*Jeg mener jo det var nødvendig i min sak.*

*ikke så mye påvirkning i mitt liv.*

*Etter hva jeg husker så tror jeg ikke det hadde vært noe forskjell på TUD eller ikke.*

Samlet sett gir informantene differensierte svar knyttet til positive og negative konsekvenser av TUD. Imidlertid kom det også frem informasjon som synes å vise at de i stor grad aksepterte og til dels hadde tilpasset seg situasjonen.

## Adaptert til TUD-hverdagen

I tråd med at dette var mennesker som hadde tilbragt de siste årene eller store deler av livet sitt på TUD, ble det tydelig i intervjuene at TUD-hverdagen var det de var vant til. Måten informantene responderte på spørsmål knyttet til TUD viste tydelig en resignasjon fra tanker om hvordan livet deres kunne, burde eller mest ønskelig at det skulle være. Responsen antydte at informantene på intervjuetidspunktet hadde adaptert og slått seg til ro med den trygge TUD-hverdagen de hadde levd over flere år. Flere informanter fortalte at det var lettere å akseptere tingenes tilstand som de var enn å begynne å diskutere egne ønsker.

*Ja, jeg snakket med PART... Unnskyld. PART, veldig mye om det. Men jeg har liksom sluttet med det nå da, så jeg har, jeg er lei av å sitte og diskutere og argumentere. Så jeg har liksom gitt meg på det. Ja. Så, det får bare skure og gå, også får jeg bare ha... Eh, prøve å ha det mest mulig bra, hah. På en måte.*

*Det er nå stabilt da. Så, jeg har på en måte akseptert at det er sånn som det er nå da...orke ikke bruke tida på å dep..., diskutere.*

*Intervjuer: Men, har du noen andre håp eller liksom ambisjoner i forhold til aktivitet, jobb, eller?*

*Informant: Joda...jeg har egentlig litt lyst til å begynne å spille fotball igjen, men jeg finner aldri noe tidspunkt. Arbeidslivet har jeg for så vidt gitt opp.*

Det kom flere utsagn som tilsa at informantene hadde habituert til hverdagen med TUD.

*...altså, hatt tvang lenge. Men det er vel stabilt da. Sånn at, ja det blir vel rutine...*

*Man perfektioniserer jo "your way of living" liksom, haha. Man blir ganske lat liksom.*

Noen av informantene gjorde det også klart at det var egentlig lite de trengte hjelp til, slik hverdagen var nå, og hva den inneholdt var komfortabelt og enkelt forholde seg til.

*...Jeg har ikke noe sånn mye problemer i hverdagen i det hele tatt, som jeg trenger hjelp til på en måte. Jeg gjør veldig lite, siden jeg bare ser TV, hører på musikk og drikker øl og sånt. Men jeg...Jeg har ikke noen ønsker eller noe særlig...*

*Jeg vil heller ha det litt kjedelig, enn å, enn å ha noen avtaler og ting som jeg gruer meg til.*

Det ble tydelig at tanker om alternativer til TUD hadde de fleste lagt bak seg og gitt slipp på for flere år siden.

*...det er et veldig gammelt, gammelt spørsmål som jeg har fått mange ganger...hva slags interesser og hobbyer jeg har, om jeg kunne tenkt meg noen aktiviteter og sånn, den hesten er død. Så den er ikke, det er, det er lagt død. Ja. Jeg har ingen andre interesser enn å... enn å ha det best mulig til en hver, fra dag til dag.*

*jeg vet ikke hva alternativet kunne ha vært, jeg.*

*Så hverdagen og rutiner og ja... lever bare litt normalt, et litt kjedelig liv kanskje. Men... det er nå, jeg har ikke så noe mye ønsker eller sånn behov som kommer på jeg savner på en måte. Jeg blir, jeg blir jo mye alene når... Også har jeg ikke så mye kontakt med folk. Jeg sitter mest alene da.*

Sitatene synes å beskrive en livssituasjon som går ut over motivasjonen for å prøve en noe mer aktiv hverdag. Aksept-resignasjon kan tolkes som en mestringsstrategi relatert til stressorer som følge av langvarige belastninger. Årsaken for resignasjon over egen situasjon er forståelig kompleks og sammensatt, men det er tydelig at TUD ikke tilbyr informantene noe form for behandling som bidrar til holistisk recovery.

## Oppsummering

I materialet fremkommer det flere aspekter på TUD som utfordrer tjenesten på sentrale spørsmål knyttet til pasientenes selvstendighet og målsetting om recovery.

Ut ifra tilbakemeldingene er det stor grad av oppgitthet blant informantene som ønsker å gå av tvang. For noen andre er det et stort paradoks at de opplever trygghet ved å stå på TUD når det gjelder rett til helsehjelp. De beskriver at medisinerings opplevelse nødvendig og at annen bistand/hjelp inkludert nødvendige innleggelser kunne vært gjennomført frivillig. For denne gruppen blir TUD vedtak videreført uten at det fremkommer at frivillighet er prøvd slik PHLV 3-3 punkt 1 forutsetter.

I det videre vil vi oppsummere og drøfte rapportens ulike funnområder.

## Om informasjon og kommunikasjon

Psykisk helsevernloven § 4-1 regulerer retten til individuell plan for personer under TUD. Det er "institusjonen" som har ansvaret for å vurdere om den enkelte pasient har behov for et langvarig og koordinert tilbud, hvor både tilbud etter psykisk helsevernloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven inngår. Pasienten må samtykke til at det opprettes individuell plan, på samme måte som ved helsehjelp ellers, jf. pasient og brukerrettighetsloven kap. 4 og § 17 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Som en av informantene sier om hvordan informasjon gis og mottas:

*Ja, jeg får vel det. Men når jeg får disse vedtakene er jeg ofte litt i ulage i hodet, så. Men jeg får informasjon ja.*

Det synes altså ikke som informasjon mangler, mer om hvordan informasjon er mottatt og forstått og om pasienten har vært i stand til å ta inn over seg innholdet i vedtaket. Det kan også vurderes om Individuell Plan, bevisstgjøring om at denne ev. finnes og medvirkning i utarbeidelse av planer, ville styrket pasientens autonomi og imøtekommet informasjonsbehovet.

Det er grunn til å anta at det også foreligger et generelt informasjonsbehov om psykofarmaka, og det etterlyses mer informasjon og lydhørhet overfor ønsker om justering og eventuell nedtrapping på en trygg måte.

## Om frivillighet før tvang og medvirkning

I oppdraget er de essensielle spørsmålene hva tjenestene kan gjøre annerledes for å hindre at pasienter takker nei til nødvendig helsehjelp og hvordan det kan utvikles tjenester som pasienter ønsker å takke ja til. Spørsmål om pasienters samtykkekompetanse er i denne sammenhengen sentralt. Likeledes skal spørsmålet om frivillighet vurderes som et

selvstendig vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Det kommer ikke klart frem av våre intervjuer om pasientene er vurdert som samtykkekompete eller ikke. Samtykkekompetanse omtales heller ikke selv av informantene.

Aslak Syse har gjennomgått lovendringen fra 2017 (Syse, 2018). Her legges det vekt på kravet om bortfall av samtykkekompetanse som vilkår for tvangsvedtak. Dette vilkåret er nå gjort gjeldende for etablering av *tvungen observasjon* (phvl. § 3-2), *tvungent psykisk helsevern* (phvl. § 3-3) og for *tvangsbehandling* med legemidler og ved tvangsernæring. Kravet for å kunne fatte vedtak etter bestemmelsene er at «pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3».

I alle tre bestemmelsene er det inntatt et likelydende unntak: «Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.»

Unntaksbestemmelsen skiller mellom avgrensningen til «eget liv» og «andres liv og helse». Det er altså tydeliggjort at en samtykkekompetent pasient kan nekte behandling selv om dette er til fare for egen helse. Her er skjedd en likestilling med den rettslige situasjonen til den somatisk syke pasienten nevnt over.

Rent konkret betyr dette at det såkalte behandlingsvilkåret i phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a ikke kan komme til anvendelse overfor en samtykkekompetent pasient. Dette gjelder ikke dersom det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Det er først når det foreligger fare for «andres liv og helse» eller «eget liv» at slike tvangsvedtak kan fattes. Pasientens eventuelle avslag må nedtegnes i journal.

Vi har altså ikke tilegnet oss kjennskap til om våre informanter er vurdert samtykkekompetente eller ikke. Likevel er det interessant at flere av informantene sier at de ønsker å følge det skisserte behandlingsopplegget, men at tvangen likevel blir videreført. Dette opplever vi som et stort paradoks opp mot kravene i Psykisk helsevernloven § 3-3 tredje ledd, hvor lovens intensjon er at det ikke kan treffes vedtak om behandling uten eget samtykke, uten at helsepersonell først har forsøkt å få til frivillig behandling.

Ved vurdering av opprettholdelse/forlengelse/opphevelse av vernet vurderes spørsmålet om frivillighet som en del av helhetsvurderingen. Dette betyr at pasienten må spørres om vedkommende samtykker til aktuell behandling. Det kan derfor synes som at det å hindre pasienter i å takke nei til nødvendig helsehjelp, i like stor grad handler om å initiere og forsikre pasienten om samme type hjelp ved et frivillig tilbud.



Syse (2018) snakker om autonomi versus paternalisme hvor tvangsinngrep gjøres med bakgrunn i en vurdering om at dette er til beste for personen uten dennes samtykke. Med TUD er det også gjort vurderinger om at inngrepet er til beste enten for personen selv og/eller av hensyn til samfunnet. Den enkeltes autonomi settes på prøve og utsettes for det Syse kaller individuell eller sosial paternalisme.

Det å være satt under «administrasjon» med tvangsvedtak i store deler av livet ser også ut til på lengre sikt å føre til nedsatt engasjement i behandling og være til hinder for bedring hos noen (Psykiaterforeningens strategidokument<sup>1</sup>) Strategidokumentet viser til Henriette Riley som sier at Pasientenes opplevelse av sin egen psykiske lidelse og om de på forhånd har fulgt opp anbefalt medisiner, kan ha betydning for å godta medisiner og deres opplevelse av bedring i ettertid. På den måten kan medvirkning bidra til økt motivasjon og handlekraft i bedringsprosessen som kan bidra til recovery.

Våre informanter gir i relativt stor grad uttrykk for å ha resignert når det gjelder medvirkning og innflytelse. De gir uttrykk for å ha gitt opp å kommunisere egne behov og ønsker, og at de opplever å repetere seg selv. Videre kan det se ut som at de selv opplever og kommuniserer som bivirkninger av medisin, feiltolkes og/eller bortforklares som symptomer på psykisk lidelse av behandlingsapparatet.

At det ambulante teamet er lett tilgjengelig synes å være en av de viktigste faktorene for opplevelsen av å bli møtt på sine ønsker og behov. Samtidig beskrives det at å få hjelp til transport og ha med seg bisitter i møter både oppleves som en mulighet for medvirkning. De jevnlig samtalene synes å oppleves betryggende og vel så viktig som medisineren. Det kommer tydelig til uttrykk at informantene mener at medisiner alene ikke bidrar til å løse selve problemet.

Det er ingen grunn til å anta at kravet om å at helsepersonell først må forsøke å få til frivillig behandling ikke lovmessig følges, men samtidig ser det ut som at tvangen utføres over en svært lang tidsperiode og det kan derfor stilles spørsmålstegn ved hvor ofte frivillighet vurderes slik loven krever.

Det gis ingen informasjon fra våre informanter om at de har erfart ny praksis med de nye reglene av 2017 om å forebygge og redusere bruken av tvang eksempelvis gjennom vurdering eller revurdering av samtykkekompetanse.

## Om tvang

Som vilkår for tvang forutsettes at det vurderes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret. Det må altså foretas en sammenligning av pasientens prognose med og uten tvungent psykisk helsevern.

---

<sup>1</sup> [strategidokument-12-nov-2018.pdf \(legeforeningen.no\)](https://legeforeningen.no/strategidokument-12-nov-2018.pdf)

Når det gjelder kravet om at forverringen må skje i løpet av "meget nær fremtid", er det i lovens forarbeider antydning en grense på to måneder frem i tid.

Alle våre informanter rapporterer en historie der de oppgir å ha vært på tvang fra 4-23 år. Vi har ingen annen informasjon om frivillighet har vært prøvd i et slikt tidsperspektiv, men informantene gir ingen indikasjon på at de har opplevd av at det underveis har vært prøvd med frivillighet.

I følge doktorgradsarbeidet til Henriette Riley ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og Universitetet i Tromsø meldte informantene at de opplevde større handlingsfrihet med TUD, mer medbestemmelse og forutsigbarhet når de sammenlignet TUD med tvang på sykehus. De visste hvem som banket på døra fra hjelpeapparatet, og det opplevdes positivt med stabile relasjoner. Samtidig fortalte de at det opplevdes som «et institusjonelt nærvær» at strukturen fra sykehuset flyttes hjem i stua. Å vite at andre bestemmer over dem, og at de ikke har reelle valgmuligheter til å bestemme over egen behandling oppleves som vanskelig (Riley et al., 2017).

Dette sammenfaller med en Bruker Spør Bruker evaluering fra 2016 utført av Kompetansesenter for brukererfaringer og tjenesteutvikling (KBT) på initiativ fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø og Fagutviklingsenheten rus og psykiatri, samt Tromsø kommune ved RUS og psykiatritjenesten. Prosjektet var et kvalitetsforbedringsprosjekt med formål å forbedre kvaliteten i tilbudet til personer som er underlagt TUD, og bidra til redusert bruk av tvang overfor disse (Weber et al., 2016).

Ved å gjøre behandlingsetterlevelse til et lovbestemt virkemiddel, er det intensjonen at dette skal hindre reinnleggelser og være til hjelp for «svingdørspasienter» til bedre å klare seg i egne hjem. Dette skal igjen medføre økt stabilitet. Pasientene vil gjennom et slikt virkemiddel bli bedre i stand til å delta aktivt både i sin egen behandling og i samfunnslivet for øvrig (Rugkasa, 2016). Intensjonen er at en periode med TUD vil hjelpe pasientene til å nå disse mål. Samtidig er det vurdert at TUD er et mindre restriktivt alternativ til sykehusinnleggelse. Kort oppsummert er TUDs intensjon å hjelpe pasienter til å oppnå stabilitet, få kontroll på atferd som kan medføre fare, og å tilby et mindre restriktivt alternativ enn TPH med heldøgnsopphold.

Flere av våre informanter rapporterer nettopp at de gjennom sin kontakt med det ambulante teamet oppnår stabilitet og at TUD oppleves som et betydelig mindre restriktivt alternativ, og med mindre negativ innvirkning på deres liv, enn en sykehusinnleggelse.

Tvangsbehandling inklusive TUD er et alvorlig inngrep i den personlige frihet og informantene beskriver dette. Hverdagen styres i stor grad av tvangsvedtaket og siden

tvangen hovedsakelig handler om medisineringsform, får både medisineringsform og bivirkninger plass i intervjuene. Det kommer også frem en misforståelse av at medisineringsform må gis med depot og ikke i tablettform slik flere ønsker, siden det bygger på et tvangsvedtak. Videre at i det å eventuelt nekte medisineringsform, ligger risikoen bak speilet i form av «trussel» om innleggelse i akuttpost.

Våre informanter har 4-23 års lang erfaring med tvangsvedtak og beskriver at tvangen i noen grad oppleves som rutinemessig. Å være på tvang beskrives som:

*Men det er vel stabilt da. Sånn at, ja det blir vel rutine...*

## Om medisineringsform

Det er ikke tvil om at noen av våre informanter opplever alvorlige bivirkninger av antipsykotika. Disse beskrives da gjerne som sterkt plagsomme og delvis invalidiserende og at de har medført redusert livskvalitet mer enn «behandlingen» har forbedret den. Her beskrives bl.a., en påtvunget følelsesmessig flathet og dårligere livskvalitet. Flere av informantene sammenholder kraftige bivirkninger av medisiner med økt rusbruk. Andre nevnte at de ble passifisert av medisinerne og dermed ikke klarte å mobilisere krefter til å ta tak i eget liv. Dette samsvarer med funn som fremkommer hos Weber (Weber et al., 2016).

Det kan synes som om at de som har negative synspunkter på antipsykotika samtidig opplever at det å bli påtvunget antipsykotika kan være mer invaderende og krenkende for dem enn selve tvangsvedtaket. Måten tvangsmedisineringsform blir gjennomført på ser derfor ut til å være av stor betydning. Det kan se ut til at nok informasjon og lydhørhet overfor informantens ønsker er vesentlig i denne sammenhengen.

## Adapsjon til TUD-hverdagen

Det synes å være vanskelig for informantene å snakke om alternativer til TUD da de opplever TUD som en endelig løsning de ikke kan gjøre noe med. Det er mye som tyder på at det informantene formidler bærer preg av resignasjon og liten innflytelse på eget liv. I den sammenheng er det flere som formidler en oppgitthet som medfører at det å tenke alternativer ikke oppleves aktuelt. Vi vurderer at dette er en viktig forklaring på hvorfor de som er intervjuet ikke kan gi svar på spørsmålet om alternativ.

Flere formidler at hjelpetilbudet de mottar på mange måter oppleves som frivillig og bra og da er det ikke like aktuelt med et alternativ. Men de er samtidig overbevist, eller er blitt overbevist om at tvang er nødvendig. Men de fleste ønsker likevel etter noe tid at vedtak om tvang revurderes og oppheves.

## Recovery

Informantene formidler at de har prøvd å ha innflytelse på egen behandling, men at de enten har gitt opp å argumentere eller har tilpasset seg TUD som en stabil situasjon som er blitt en rutine hvor de har overlatt til fagfolk å definere hjelpebehovet. Dette står i kontrast til en recovery-orientert praksis hvor det blant annet er sentralt at fagfolk holder fast ved troen på at mennesker med psykiske lidelser kan vokse og utvikle seg og få et bedre liv.

Viktige personlige elementer i en bedringsprosess har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. Tanken er at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på tross av psykiske helseutfordringer, og at håp om endring er en vesentlig faktor. Da dette handler om en filosofi og holdning som er tenkt å fremme muligheter, gjelder dette i høyeste grad også pasienter som er underlagt tvang.

En definisjon på recovery er:

*Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.*

(Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne)

Selvbestemmelse og selvstyring er sentralt i recovery-prosessen. Det anses mulig å bistå den enkelte med å medvirke i sitt liv også innenfor et tvangsvedtak. Det fremkommer eksempler på at informantene opplever seg lyttet til og forstått selv om de aksepterer at de ikke alltid får det som de vil.

## Om Erfaringer og konsekvenser av TUD

Det kan antas at informantene har tilpasset seg situasjonen med TUD siden de overraskende nok ikke meddelte ønsker om andre mulige hjelpetiltak, men det var noen områder de opplevde som belastende. Det mest opplagte var ønsket om å kunne styre medisinerer i større grad. Ellers ble det rapportert at de ikke merket så mye til tvangen i hverdagen. Opplevelsen av tap av autonomi blir beskrevet som «kjipt å ha hengende over seg». Men det kommer også frem av svarene at PART ikke oppleves «å trenge seg på», hvilket synes å bidra til å redusere følelsen av tvang. Det var først når informantene begynte å reflektere over situasjonen at de erkjente andre begrensninger, slik som at eksempelvis reiserestriksjoner er en konsekvens av TUD.

Informantene rapporterer om slitasje knyttet til å stadig måtte åpne for at andre skal bli kjent med dem. Kravet ligger i turnover hos miljøpersonale og i behandlingsapparatet. De

holder derfor frem det positive med stabile relasjoner i PART og at det skaper nødvendig trygghet. I den sammenhengen beskrives det ambulante teamet også å være en del av informantenes sosiale nettverk, de trekker frem at PART arrangerer turer og julebord. Det ser ut som de fleste opplever det positivt å bli trukket ut av en ellers ensformig hverdag. Nettopp ensomhet, ensformighet og passivitet er momenter som alle våre informanter beskriver som en konsekvens av sin sykehistorie, men også av å være under tvang.

Det rapporteres for øvrig at det ambulante teamet oppleves velvillig og tilgjengelig også for praktisk hjelp og støtte i hverdagen. Her gis det eksempler som å bli fulgt til offentlige kontorer og å bli hentet og kjørt til og fra behandling. Dette kan på den ene siden være til god hjelp for den enkelte, men kan også i et recoveryperspektiv bidra til å forhindre vekst og selvstyring i eget liv. Våre informanter rapporterer å ha hatt vedtak om TUD over flere år og har sannsynligvis gradvis tilpasset seg den hjelpen som det ambulante teamet bistår med, slik at de ikke tar grep for å få mer styring selv. Ønsket om å bistå og hjelpe, kan på den måten stå i veien for myndiggjøring, selvstendighet og opplevelse av mestring. Informantene synes gjennom behandling å ha blitt tilvennet en form for hjelp som de igjen er blitt avhengige av.

Et annet kanskje overraskende moment som kommer frem hos flere av våre informanter er at de har et *ønske* om tvang uten døgnopphold. Det er noe de ikke vil motsette seg, men snarere noe de frykter skal tas fra dem. I frykt for dårligere perioder oppleves det som en garanti for rask hjelp hvis de har et tvangsvedtak. De rapporterer at de da slipper å stå på venteliste for hjelp og kommer direkte til mer hjelp dersom det skulle oppleves påkrevet. Det synes derfor å være en frivillighet knyttet til den behandlingen som gis ut fra et tvangsvedtak. Dette må kunne oppfattes som et paradoks da frivillighet skal prøves før tvangsvedtak settes i kraft. Informantenes begrunnelse baserer seg på en mistanke om at de ved frivillighet ikke vil kunne få den samme kvaliteten i oppfølgingen som de får ved tvang. Her er det grunn til å anta at det foreligger en ubegrunnet misforståelse, men hjelpeapparatet har en utfordring med å kunne forsikre sine pasienter om at hjelpetilbudet er av samme kvalitetsmessige art som ved tvang.

Et annet moment er at det ligger en økonomisk vurdering bak ønsket om tvang. Det er sammenheng mellom tvang og dekning av utgifter til medisiner. Det som ligger til grunn for vedtak om tvang er ifølge loven en forutsetning om at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få redusert sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring. Dersom et ønske om tvang er begrunnet i økonomi, har hjelpeapparatet også her en utfordring med å bistå sine pasienter med råd og veiledning slik at tvangsvedtak ikke blir igangsatt ut fra andre intensjoner enn lovens ordlyd.

## Ønske om hjelp med eller uten TUD

## Samtaler som supplement til og/eller erstatning for medisiner

Informantene beskriver at det ambulante teamet er lett tilgjengelig og at de opplever det som betryggende at det er mulig å få samtaler enten samme dag eller senest neste dag. De beskriver dette som samtaler om «viktige ting» som det ikke er like lett å benytte tilgjengelig miljøpersonale i boligen til å snakke om. Der kan det være stor turnover og informantene opplever at det blir for belastende å gi informasjon om seg selv til mange personer. Disse samtalene blir begrenset til snakk om vær og vind og dagligdagse ting. Samtaler med det ambulante teamet derimot synes å gi relasjonell stabilitet og ved det være trygghetsskapende.

Det er grunn til å anta at for informantene synes samtalene å være vel så viktig som medisineringen, uavhengig av om de har et vedtak om tvang eller ikke.

## Medvirkning

Samtaler med det ambulante teamet synes for informantene å være en arena for å kunne snakke om det som betyr noe for dem og for å få innflytelse i eget liv tross TUD. «*Jeg føler at de hører på meg da. Jeg får ikke gjennomslag for alt, men dem hører*», sier en av informantene. Det å bli sett og respektert gir utvilsomt opplevelse av økt styring og økt egenverdi. Medvirkning ser altså ut til å handle mer om å bli møtt med respekt for egne meninger enn å få gjennomslag for spesifikke ønsker.

Forutbestemte avtaler bidrar til å dempe uro eller stress hjemme. Tilpassede innleggelser når det blir vanskelig hjemme, via brukerstyrt plass, synes å gi våre informanter stor grad av autonomi ved at egen vurdering blir akseptert og tatt alvorlig når man behøver en pause fra hjemmesituasjonen.

## Medisininform

Medisinering og medisineringsform opplevde informantene som den mest inngripende formen for tvang på TUD. Pasienter formidler ønsker om å kunne ta medisin på annen måte og mer ut ifra behov, men at dette ikke blir imøtekommet. Måten tvangsmedisinering blir gjennomført på ser derfor ut til å være av stor betydning. Det kan se ut til at tilstrekkelig informasjon og lydhørhet overfor informantenes ønsker er vesentlig i denne sammenhengen.

## Anbefalinger

Den informasjonen som kommer frem gjennom intervjuene og sitatene står i seg selv som selvstendige og essensielle funn i vår kontakt med tvangserfarere. Dette gir et godt grunnlag for refleksjoner omkring det tilbudet som disse tilbys. Vi har på grunnlag av dette tillatt oss å komme med noen anbefalinger til Psykisk Helsevern.

## Medvirkning

- Det anbefales at informasjon om og begrunnelse for vedtak om tvang tydeliggjøres både skriftlig og muntlig. Videre at dette gjentas med jevne mellomrom for å sikre at pasienten har forstått innholdet i vedtaket.  
En slik gjennomgang vil samtidig kunne gi mulighet for å vurdere om behandlingen like gjerne kunne vært frivillig med pasientens samtykke og ikke med tvang.
- Det anbefales en strategi som sikrer at pasienten blir myndiggjort gjennom å bli kjent med behandlingsalternativ. Videre at det sikres at pasienten får innflytelse på behandlingen gjennom utviklingssamtaler hvor pasienten selv bidrar til å sette fokus på hva som skal til for at tvangsvedtaket kan opphøre.
- Det anbefales å sikre at journalnotat gjennomgås for at pasient og behandler i så stor grad som mulig er omforent om innholdet og at eventuelle uenigheter blir dokumentert.
- Det anbefales å gjøre vurdering av om noen av pasientene kan nyttiggjøre seg alternativ til medisineringsform.
- Det anbefales at hjelpeapparatet selv tar initiativ til å drøfte medisineringsform med pasienten, der det er mulig og hensiktsmessig

## Samtaler

- Det anbefales at tilgjengeligheten og den trygghetsskapende faktoren som det ambulante teamet synes å representere, videreføres.
- Det anbefales at det utvikles alternative strategier for å skape en trygghet utover teamets arbeid.

## Recovery

- Det anbefales å styrke myndiggjøring og selvstendighet hos pasienten ved å hindre at pasienten i alt for stor grad blir avhengig av tjenesten, og ved det overstyrer pasientens selvbestemmelse.

- Det anbefales å bistå den enkelte med å medvirke i sitt liv gjennom å synliggjøre og i praksis tro på pasientens selvstendighet og mestring
- Det anbefales at det ambulante teamet bistår og motiverer pasienten til i større grad å delta i samfunnet.
- Det anbefales at tjenesten eksempelvis gjennom kontakt til frivillig og kulturell sektor kan bistå med hjelp for at pasienten får etablert et utvidet og alternativt nettverk.
- Det anbefales at det utvikles arbeid hvor pasienter kan styrkes til å delta på kultur- og fritidsaktiviteter på ettermiddag og kveld.

### Avslutning

Avslutningsvis ønsker vi på nytt å takke de som har deltatt i undersøkelsen. Det har gitt oss verdifull kunnskap om erfaringer knyttet til å være underlagt tvang uten døgnopphold. Det har samtidig lagt et grunnlag for at tjenesten kan videreutvikles med bakgrunn i denne kunnskapen.

Vi tenker også at våre informanter har gitt inspirasjon til videre studier og forskning. Det mest nærliggende er at informantene som oppgir at de vil ha tjenesteoppfølging, formidler at tvang ikke blir vurdert avvirket ut fra to forhold:

1. Pasienten opplever at *tjenesten* ikke vil vurdere frivillighet utfra deres vurdering.
2. For de pasientene som mener at TUD sikrer at de får den hjelp de behøver eller er avhengig av, vil ikke *pasientene* at TUD vedtak skal oppheves hvilket medfører at tjenesten fortsetter med TUD vedtaket.

Et interessant spørsmål som kunne vært gjenstand for videre studier er da om det er den intensive, kvalitetssikrede oppfølging som har effekt, og ikke tvangen i seg selv. Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen vil være:

Hvordan skal tjenestene bidra til prioritering av pasientgruppen uten at et TUD vedtak skal være begrunnelsen?



## Referanseliste

- Andreassen, T. A., & Grut, L. (2001). *Brukermedvirkning som endringsmekanisme: Evaluering av en modell for kvalitetsforbedring i psykisk helsevern gjennom tilbakeføring av brukererfaringer*. SINTEF.
- Bjørger, D., Størvold, A., Norvoll, R., & Husum, T.L. (2014). Alternativer til tvang 1: Sett fra et bruker- og fagperspektiv: ressurshefte (erfaringskompetanse.no 2014:2). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/nettbutikken/alternativer-til-tvang-ressurshefte/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Hem, M. H., Heggen, K., Ruyter, K.W. (2007). Questionable Requirement for Consent in Observational Research in Psychiatry. *Nursing Ethics*, 14(1), 41–53.
- Hyrve, G. & Johansen, K. J. (2008). *Evaluering av Bruker-Spør Buker i Oslo. "Om å være fotball i systemet"*. tisip it og forskning.
- Lasalvia, A., Boggian, I., Bonetto, C., Saggiaro, V., Piccione, G., Zanoni, C., Cristofalo, D., & Lamonaca, D. (2011). Multiple perspectives on mental health outcome: Needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(7), 1035-1045.
- Løken, K. H., Bjørger, D., Kaspersen, B., & Westerlund, H. (2006). Undring og Dialog. Hvordan kan brukerundersøkelser være et verktøy for å involvere brukere og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i en kommune? I Rådet for psykisk helse (red.), Rådet for psykisk helse.
- Riley H., Straume, B., & Høyer, G. (2017). Patients on outpatient commitment orders in Northern Norway. *BMC Psychiatry*, 17(157), 1-9.
- Rugkasa, J. (2016). Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1), 15-24. <https://doi.org/10.1177/0706743715620415>.
- Storosum, J., van Zwieten, B. & de Haan, L. (2002). Informed consent from behaviorally disturbed patients. *The Lancet*, 359(9300), 83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07308-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07308-7).
- Syse, A. (2018). Store endringer i psykisk helsevernloven. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02-03(15), 236-243. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-14>.
- Weber, A, Alexandersen, A. & Bjørger, D. (2016) «Jeg er redd jeg aldri skal komme meg ut av dette.». KBT i samarbeid med Universitetet i Nord-Norge og Tromsø kommune.