

MASTEROPPGAVE

Tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ved bruk av tvangstiltak

Lene Persson

03.09.2020

Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdeling for helse og velferd



Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, lærerik og tatt mye tid i perioder. Det har vært mange hindringer på veien som har gjort at det ikke var en selvfølge at jeg fikk fullført.

Takk til min veileder Erna Haug som kom inn litt ut i mitt arbeid med masteroppgaven. Du fikk meg i gang igjen og hjalp meg med å se mulighetene.

Takk til venner og kollegaer som har vært interessert i hva jeg skriver om og heiet på meg hele veien.

Takk til informantene som tok seg tid i en travel hverdag til å stille opp på intervju og delte av sine opplevelser og erfaringer. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Takk til mine medstudenter og lærere som bidro til at studenttilværelsen ble spennende og lærerik. En spesiell takk til Hanne som jeg samkjørte med, og hadde mange gode samtaler med i bilen.

Til slutt vil jeg takke Mats og Kristin for alle gode innspill, teknisk hjelp og korrekturlesing.

September 2020

Lene Persson

Sammendrag

Denne studien har sett på tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. Problemstillingen er «Hvordan opplever kommune og spesialisthelsetjeneste det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer, og hvilke utfordringer kan oppstå?»

Tverrfaglig samarbeid er en interaksjon mellom ulike fagfolk og skal stimulere til faglig utvikling ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag og sikre kvalitet i samarbeidet. Målet er at profesjoner som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse for å løse oppgavene (Lauvås & Lauvås, 2004). Adizes (1991) ulike måter å oppleve virkeligheten på er brukt for å innhente opplevelser om samarbeid, og Jacobsens (2004) organisasjonsprosess som beskriver hvilke forhold som påvirker arbeidsdelingen og koordineringen er brukt i forhold til utfordringer.

Utvalget har bestått av fire informanter fra kommunen og fire informanter fra spesialisthelsetjenesten og metoden som er benyttet er individuelle kvalitative forskningsintervju. Analysen er gjennomført ut ifra seks empiriske utviklede kategorier.

Teorien og empirien viser at det tverrfaglige samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er viktig, men vanskelig. Mange forhold gjør at det tverrfaglige samarbeidet blir utfordret. Det er behov for å utvikle mer tverrfaglig kunnskap og kompetanse for å oppnå hensikten med bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk.

Abstract

This study has looked at interprofessional collaboration between the primary health service and the specialist health service at use of coercive measures against people with substance abuse problems according to helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. The problem is “How does the primary health service and the specialist health service experience the interprofessional collaboration when using coercive measures against people with drug problems, and what challenges can arise?”

Interprofessional collaboration is an interaction between different professionals and should stimulate professional development by developing a common knowledge base and ensure quality in the collaboration. The goal is that professionals that collaborate will develop interprofessional knowledge and competence to solve the tasks (Lauvås & Lauvås, 2004). Adizes' (1991) different ways of experiencing reality are used to obtain experiences about collaboration, and Jacobsen's (2004) organizational process that describes which conditions affect the division of labor and coordination is used in relation to challenges.

Data consists of four informants from the primary health service and four informants from the specialist health service and the method are individual qualitative research interviews. The analysis was carried out based on six empirically developed categories.

The theory and empirical evidence show that the interprofessional collaboration between the primary health service and the specialist health service is important, but difficult. Many factors make that interprofessional collaboration challenging. There is a need to develop more interprofessional knowledge and competence to achieve the purpose of using coercive measures against people with drug problems.

Innholdsfortegnelse

Innledning og bakgrunn for valg av tema.....	7
Problemstilling.....	8
Kunnskapsstatus.....	9
Begrepsavklaring	13
Oppgavens oppbygging	16
Teori.....	17
Tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk.....	17
Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 10 - tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige	17
Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer	18
Tverrfaglig samarbeid.....	21
Hva utfordrer tverrfaglig samarbeid?	22
Koordinering.....	23
Organiseringsprosessen	23
Helhetlige arbeidsoppgaver/tjenester	24
Spesialisering	24
Formalisering og profesjonalisering	24
Koordineringsproblemer	24
Ulike koordineringsstrategier	26
Metode.....	29
Forskningsdesign	29
Kvalitativ metode	29
For forståelse.....	30
Utvalgskriterier.....	31
Fremgangsmåte for å innhente informanter	31
Gjennomføring av intervjuene	32
Intervjuguide og intervjuer.....	32
Transkriberingen	32
Etiske refleksjoner	33
Analysestrategi hvordan kategorisere	33
Metoderefleksjon	34
Relabilitet og validitet	35

Presentasjon av funn.....	36
Vurdering og opprettelse av tvangstiltak.....	36
Kommunens perspektiv.....	36
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	38
Kjennskap til bakgrunn og hensikt for bruk av tvangstiltak	39
Kommunens perspektiv.....	39
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	41
Deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt	42
Kommunens perspektiv.....	42
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	43
Tilbakeholdelsen.....	44
Kommunens perspektiv.....	45
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	48
Motivere for endring og videre frivillig behandling	49
Kommunens perspektiv.....	49
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	52
Praktiske gjøremål utenfor institusjonen.....	53
Kommunens perspektiv.....	53
Spesialisthelsetjenestens perspektiv.....	55
Drøfting	57
Vurdering og opprettelse av tvangstiltak.....	57
Kjennskap til bakgrunn og hensikt for bruk av tvangstiltak	59
Deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt	60
Tilbakeholdelsen.....	62
Motivere for endring og videre frivillig behandling	63
Praktiske gjøremål utenfor institusjonen.....	65
Oppsummering og avslutning	67
Hva utfordrer tverrfaglig samarbeid?	67
Avsluttende kommentar	71
Litteraturliste.....	73

Innledning og bakgrunn for valg av tema

Etter mange års erfaring med å yte helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusmiddelproblematikk ble jeg kjent med kommunehelsetjenestens plikt til å vurdere, og mulighet til å legge inn, mennesker på tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011), kapittel 10.

En innleggelse på tvangstiltak oppleves ofte som en stor inngripen. Det gjør ofte noe med relasjonen mellom personen og hjelpeapparatet. Innleggelse etter §10-2 krever omfattende arbeid, fra kommunen, med dokumentasjon og argumentasjon for å få medhold i Fylkesnemnda. Kommunen legger inn og spesialisthelsetjenesten utfører tilbakeholdelsen. Behovene for tjenester er sammensatte og komplekse. Et godt samarbeid mellom tjenestenivåene er avgjørende for at mennesker med omfattende helsebehov skal få helhetlige og koordinerte tjenester. Samarbeid mellom instansene kan være avgjørende for å oppnå ønskede resultater ved bruk av tvangstiltak (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Spesifikke utfordringer ved bruk av tvangstiltak er at personen ofte har store hjelpebehov (vilkår i loven) og at det ikke er i spesialisthelsetjenestens makt hvem som blir innlagt på tvangstiltak, til forskjell fra frivillige innleggelser.

Tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk kan defineres, brukes og oppleves på mange måter. I utgangspunktet handler det om å bryte med den enkeltes rett til selvbestemmelse. Oppfatningen med tvangsbestemmelsene er at omfattende rusmiddelmissbruk kan føre til svekkede evner til å ta egne valg og vite sitt eget beste. Bruk av tvangstiltak handler om å forhindre helseskade som følge av langvarig og omfattende rusmisbruk. Det er vilkår om at frivillig tiltak skal være prøvd, men funnet nytteløst. Flere av personene som ble innlagt på tvangstiltak, motsatte seg bruk av tvangstiltak til å begynne med, men sa i etterkant at de var glade for at de ble tvangsinnlagt. De sa de hadde ruset seg massivt til tider og at de ikke husket noen ting. De ga uttrykk for at de ikke var i stand til å ta vare på seg selv og at de hadde vært viljeløse offer for rusen, og at tvangsinnleggelse hadde virket livreddende. Flere kjente seg ikke igjen i kommunens elendighetsbeskrivelse og viste motstand under hele tvangsinnleggelsen. De ønsket å fortsette sitt rusmiddelmissbruk (Lundeberg & Mjåland, 2009).

I følge rapporten «Grenser for tvang – Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere» av Lundeberg og Mjåland (2009), forskningsartikkelen «Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders» av Opsal, Kristensen, Vederhus og Clausen (2016), pensumlitteratur, statlige føringer og lovverk er samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten viktig ved tvangstiltak overfor

personer med rusmiddelproblematikk. Årsaken til at jeg har tatt med forskningsartikkelen som ikke har sett på samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, er at den viktigste parten i samarbeidet er personen selv som det utøves tvangstiltak ovenfor. Brukermedvirkning er viktig, også ved tvangstiltak. Det er personer med rusmiddelproblematikk som er utgangspunktet for samarbeidet, for å motta koordinerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester.

Lundeberg og Mjåland (2009) har sett på kommunenes forhold til spesialisthelsetjenesten når det blant annet gjaldt samarbeid ved bruk av tvangstiltak ovenfor personer med rusproblematikk. Det var liten kunnskap i kommunene om hvilket tilbud spesialisthelsetjenesten ga til brukerne som var innlagt på tvangstiltak. En årsak kan ha vært en streng forståelse av arbeidsdelingsforholdene mellom tjenestenivåene. Kommunene hadde brukt mye tid og ressurser på saksbehandlingen og brukeren, andre arbeidsoppgaver hadde stått på vent og det hadde være vanskelig å prioritere brukeren når vedkommende endelig var plassert i institusjon.

Rapporten til Lundberg og Mjåland kom i 2009 og det er ønskelig å tro at det har skjedd endringer på feltet. Rapporten har fått mye fokus og har blant annet vært utgangspunkt for den nye veilederen om bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk.

Problemstilling

I min masteroppgave ønsker jeg å se på hvilke erfaringer kommunen og spesialisthelsetjenesten har når det gjelder samarbeidet rundt personer med rusproblematikk innlagt på tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. Hvilke helse- og omsorgstjenester gis og av hvem? Hvem har ansvaret for hva? Får brukerne og pasientene de tjenestene de har behov for? Hvordan opplever kontaktpersonene i kommunene og spesialisthelsetjenesten at samarbeidet fungerer? Hvilke samarbeidsutfordringer oppstår? Hvilke organisatoriske faktorer påvirker samarbeidet?

Jeg har valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever kommune og spesialisthelsetjeneste det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer, og hvilke utfordringer kan oppstå?

For å få svar på problemstillingen har jeg valgt å bruke Adizes (1991) beskrivelser av ulike måter å oppfatte virkeligheten på. Han mener at mennesker oppfatter virkeligheten på ulike måter. De oppfører seg ulikt og de tenker ulikt. Virkeligheten kan oppfattes på tre ulike måter; *er*, *bør* og *vil*,

eller som en kombinasjon av de tre måtene. *Er*, er virkeligheten slik den er akkurat nå. *Er*, er ikke nødvendigvis slik det *bør* være. Samtidig som man *gjør* en arbeidsoppgave tenker man kanskje at man *bør* gjøre noe annet. Man kan tenke at man *bør* samarbeide annerledes enn det man faktisk *gjør*. Den siste oppfatningen er hvordan man *vil* samarbeide. Oppsummert er det hvordan man samarbeider nå, og hvordan man *bør* eller *vil* samarbeide. Det kan være problematisk. Betydningen av *er*, *bør* og *vil* bli ofte forvekslet. I stedet for å si at man *vil* samarbeide, som kan være arrogant og ubehagelig å si, sier man at man *bør* samarbeide.

Jeg har spurte de som utøver rustjeneste i kommunen og de som jobber i institusjonene i spesialisthelsetjenesten som har pasienter innlagt på tvangstiltak, hvordan de opplever samarbeidet, hvilke oppgaver de *gjør*, hvilke oppgaver de *bør* gjøre og hvilke oppgaver de *vil* gjøre og hvilke oppgaver *gjør*, *bør* og *vil* de andre (spesialisthelsetjenesten/kommunene) *gjør*?

Jeg har valgt å ha søkelys på organisatoriske faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet og brukt den grunnleggende modellen til Jacobsen (2004, s. 77) om organiseringsprosessen for å beskrive hvilke forhold som påvirker arbeidsdeling og koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapsstatus

Tverrfaglig samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er viktig for at personer med rusmiddelproblemer, innlagt på tvangstiltak, skal motta et koordinert og helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011), kapittel 6, står det at kommunene og spesialisthelsetjenesten, ved de forskjellige helseforetakene, forplikter å inngå samarbeidsavtaler. Det er krav om innhold, frister og at samarbeidsavtalene skal meldes inn til Helsedirektoratet. Målsetningen er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det å lovbestemme tverrfaglig samarbeid viser hvor viktig dette er for våre politikere.

Det foreligger også mange andre helsepolitiske føringer i form av forskrifter, lovverk og veiledere og faglig begrunnelser for at samarbeid er viktig. Mennesker med rusmiddelavhengighet, som er innlagt på tvangstiltak, har ofte en kompleks problematikk som krever koordinerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester fra mange aktører.

Det er gjort en del forskning på samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten generelt, men ikke så mye i forhold til samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker. Det er gjort en stor og omfattende studie om kommunens rolle i bruk av tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblematikk. Lundeberg og Mjåland (2009) har på oppdrag fra Helsedirektoratet dokumentert og analysert kommunens erfaringer og praktisering ved bruk av tvangstiltak. Kommunen har stor makt i tiltakskjeden fordi de er ansvarlige for vurderingen om bruk av tvangstiltak. De hadde det koordinerende og helhetlige ansvaret for oppfølging før, under og etter en tvangsinnleggelse.

Lundeberg og Mjåland (2009) undersøkte hvordan kommunen vurderte samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, med de muligheter og utfordringer som tvangstiltak innebærer. Samarbeid er svært viktig for å oppnå positive resultater. Undersøkelsen dokumenterte at kommunen synes samarbeidet var vanskelig. Det var generelt store mangler i samarbeide mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Lundeberg og Mjåland (2009) avdekket mønstre og variasjoner i praktiseringen, kartla kommunens tolkninger av konstruktive og destruktive forhold i tiltakskjeden og i samarbeidsrelasjonene på tvers av forvaltningsnivåer og profesjoner ved hjelp av kvalitative intervjuer. De fulgte saksgangen fra bekymring og frem til innleggelse.

Tidligere ble tvangstiltak lite benyttet. Det var store variasjoner i bruken av tvangslovgivningen mellom de forskjellige kommunene, kontorene og de ulike saksbehandlere. Rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper la føringer for ulik praktisering. Det var observert mangel på erfaringsutveksling og samarbeid internt på de ulike kontorene og mellom tjenestenivåene. Hvordan tjenesten som vurderte tvangstiltaket var organisert på, hadde stor betydning for bruk av tvangstiltak som virkemiddel. Utøvelsen var påvirket av organisatoriske forhold som arbeidsdeling, ressurser, ulike standardiseringsverktøy og ledelse, og det var store variasjoner i hver yrkesutøvers lovforståelse, kunnskap og holdninger. Utslagsgivende i rettspraksisen var fare for liv og helse. Omsorgsetiske hensyn kan føre til mer bruk av tvangstiltak. Usikkerheten rundt oppnåelse av å motivere til frivillig behandling og rusfrihet, frykten for relasjonsskader og krenkelser, tidligere erfaringer og yrkesetiske problemstillinger, gjorde at tvangstiltak ble mindre brukt. Kjønnssdimensjonen hadde en betydning. Unge kvinner var overrepresentert i statistikken over tvangsinnlagte, selv om det er overvekt av menn som står for det tunge rusmiddelmisbruket (Lundeberg & Mjåland, 2009).

Samarbeidsforholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten var avgjørende for bruken av tvangstiltak. Ved bruk av hastevedtak økte samarbeidsutfordringene. Det var store variasjoner i forhold til kommunens kjennskap til kvaliteten på behandlingen og det var mangel på tilrettelagte plasser for alkoholmisbrukere og dobbeltdiagnosepasienter. Ikke alle som hadde vært innlagt på tvangstiltak fikk tilbud om frivillig plass etter at tvangen hadde opphørt. Motivasjon og tilrettelegging for frivillig behandling er lovens formål og skal forhindre behandlingsbrudd for en sårbar gruppe. Det fantes få tilrettelagte plasser for mennesker med rus- og psykiatriproblematikk og disse blir ofte raskt skrevet ut fordi institusjonen ikke var tilrettelagt for deres behov (Lundeberg & Mjåland, 2009).

Noen kommuner rapporterte imidlertid om svært gode samarbeidsforhold med spesialisthelsetjenesten, representert ved lokale behandlingstilbud som tok imot rusmiddelmisbrukere på tvangstiltak. De gode samarbeidsforholdene skyldtes en bevisst satsning og oppmerksomhet knyttet til samarbeid, tette relasjoner, og en kontinuerlig dialog både i forkant, under og etter tvangsplasseringen. Kommunene påpekte at det var en fare for at tjenestenivåene så seg blind på seg selv og ikke som en av flere i et tiltaksapparat. De som rapporterte om at det fantes gode prosedyrer i kritiske overgangsfaser, når brukeren beveger seg mellom tjenestenivåene, hadde bedre erfaringer med resultatet av tvangsinnleggelsene (Lundeberg & Mjåland, 2009).

I en av landets storbyer ble det tidlig etablert et samarbeidsorgan i forbindelse med tvangssaker. Samarbeidsorganet er sammensatt av representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, brukeren og andre relevante aktører, som møtes i et forpliktende samarbeid i prosessen rundt tvangssaker. Kommunen rapporterte her om gode samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsorganet hadde skapt en felles møteplass tidlig i prosessen. Det har gitt gode forutsetninger for å finne egnet plass ut ifra brukerens behov. Samarbeidsorganet hadde vært et godt virkemiddel for å bedre samarbeidet. Erfaringene var gode, og stabile gode samarbeidsrelasjoner mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ble etablert (Lundeberg & Mjåland, 2009).

Samarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten, og da spesielt mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern, bør bli bedre. Slik situasjonen har vært, har pasienter med rus- og psykiatriproblematikk hatt et dårlig behandlingstilbud. Dette er ofte pasienter ingen vil ha fordi de er vanskelig å behandle (Lundeberg & Mjåland, 2009).

Det er ulike oppfatninger om hvordan rusbehandling kan og bør gjøres. Rusbehandling var tidligere regulert gjennom sosialtjenesteloven som en sosialfaglig tjeneste. Etter rusreformen (Helsedepartementet, 2004a) valgte den norske regjeringen at ansvaret for behandling for rusmiddelmissbruk skulle overføres fra fylkeskommunen til staten. Tjenestene skulle både ha et sosialfaglig og helsefaglig innhold. Rusbehandling ble definert som en spesialisthelsetjeneste, som somatikk og psykisk helsevern. De regionale helseforetakenes nye ansvar ble definert som tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Det innebærer at mennesker med rusmiddelmissbruk, som søker behandling, får pasientstatus og pasientrettigheter. Primærkommunen beholdt sitt ansvar for å yte generelle helse- og sosialtjenester (Helsedepartementet, 2004b). Når tjenestene er fordelt over flere nivåer er samarbeid viktig for å kunne gi koordinerte og helhetlige tjenester. Behandling av rusmiddelavhengighet er hovedsakelig basert på frivillighet. I noen tilfeller er den rusmiddelavhengige så nedkjørt at personen vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp. Bruk av tvangstiltak kan bare brukes når alle frivillige tiltak er forsøkt. Kommunene skal ved bekymring foreta nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak om tilbakeholdelse i institusjon etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2016).

Opplevelse av tvang er en følelse av press knyttet til opplevelsen av å bli henvist til behandling. Følelsen av press oppstår fra pasientens indre oppfatning av tvang. Kildene kan være rettssystemet, familien, helsevesenet eller selvkritikk. Studien til Opsal et al. (2016) så på pasienter med rusavhengighet som ble ufrivillig innlagt i institusjon i spesialisthelsetjenesten i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og de som er innlagt frivillig. Forskerne ønsket å finne ut om pasientene innlagt på tvangstiltak oppfattet tvang annerledes enn pasienter som ble innlagt frivillig. Det de fant var at alle opplevde tvang uavhengig av om de var innlagt frivillig eller på tvangstiltak. De frivillige innlagte rapporterte om signifikant høyere nivå av opplevd tvang fra interne kilder (self subscale) mens de som var innlagt på tvangstiltak skåret signifikant høyere på opplevd tvang fra rettssystemet (legal subscale). Forskerne konkluderte med at bruk av tvangstiltak bør vurderes nøye. Informasjon og samarbeid med mennesker med rusmiddelproblematikk er viktig for å bedre behandlingsprosessen og gi en bedre behandlingsopplevelse (Opsal et al., 2016).

Tvang i behandling av rusavhengige har vært gjenstand for en langvarig etisk debatt. Juridisk oppfattes bruk av tvangstiltak som krenkelse av selvbestemmelsesretten. Frivillighet (autonomi) kan gi psykiske og terapeutiske fordeler. Et argument mot bruk av tvangstiltak er at behandling bare kan være effektiv når personen er motivert og villig til endring. Flere hevder at rusavhengige må gå helt til grunne før de er i stand til å erkjenne behovet for behandling. Andre mener at noen rusavhengige

ikke ville kommet til behandling hvis de ikke hadde blitt presset og at hjelpeapparatet bør ha muligheten til å bruke tvangstiltak. Der personen selv ikke er i stand til «å forstå sitt eget beste» bør myndighetene gripe inn. Dette synet hentyder at den rusavhengige, i ettertid, vil være takknemlig for denne inngripen (Opsal et al., 2016).

Det kan se ut som om det kan være store forbedringsmuligheter i samarbeidet og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ved tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblem. Man kan avklare hvilke forventninger instansene har til hverandre og tydeliggjøre arbeidsdelingen. Samarbeidet kan for eksempel bedres ved at det i forkant etableres et samarbeidsorgan/bistandsteam hvor både kommunene og spesialisthelsetjenesten er representert. En strukturert oppfølging i etterkant av tvangstiltaket, hvor spesialisthelsetjenesten også er med i ansvarsgrupper og utarbeidelse av planverktøy (Helsedirektoratet, 2016).

Lundeberg og Mjåland (2009) har sett på kommunens forhold til spesialisthelsetjenesten når det blant annet gjaldt samarbeid. Rapporten kom i 2009 og det er ønskelig å tro at det har skjedd endringer på feltet. Rapporten har fått mye fokus og har blant annet vært utgangspunkt for den nye veilederen om bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk. Jeg er nysgjerrig på hvordan både kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever det tverrfaglige samarbeidet når personer med rusmiddelproblematikk er innlagt på tvangstiltak, ti år etter at rapporten til Lundeberg og Mjåland kom.

Begrepsavklaring

Bruker/pasient

I kommunen er personen med rusmiddelproblematikk ofte omtalt som bruker, mens i spesialisthelsetjenesten er personen definert som pasient. I denne oppgaven vil betegnelsen person, bruker og pasient bli brukt om hverandre, og litt avhengig av hvordan informantene omtaler personene de snakker om.

Kommunen

Begrepet kommunen, er i denne oppgaven den kommunale tjenesten som yter tjenester til personer med rusmiddelproblematikk, altså kommunal helse- og omsorgstjeneste eller NAV-kommune, som har fått delegert ansvaret for å vurdere bruk av tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Kommunal rustjeneste

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 har alle norske kommuner et lovbestemt behandlingsansvar innenfor rus- og psykisk helsetjenester. Loven er tydelig på at kommunene blant annet skal tilby «utredning, diagnostisering og behandling». Behandling har utfra den tradisjonelle, medisinske bruken vært brukt om spesifikke tiltak som settes i verk for å fjerne eller lette symptomer på og/eller årsak til sykdom. Mange kommuner gir rustjeneste i form av støttesamtaler, veiledning, råd og oppfølging. Det har vært en tradisjon på å tenke at kommunen ikke driver med behandling og at det er noe som har foregått i spesialisthelsetjenesten. Da er ofte behandling knyttet til spesifikke faggrupper som leger og psykologer, det gjør ikke retningslinjene og lovtekstene (Orrem, 2018, 24. september).

Rustjenesten i kommunen jobber tett på brukerens nærmiljø og skal vektlegge og inkludere sosiale betingelser og helsemessige forhold.

Kommunens rustjeneste, uavhengig av hvordan den er organisert, skal ifølge veilederen, Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014), ha fokus på en rekke ulike faktorer som er viktige for å bedre folks livskvalitet og funksjon. Da har blant annet bruk av brukers egne erfaringer, individuell tilpasning, relasjonelle faktorer, tilgjengelighet, kontinuitet, kjennskap til andre aktører og tjenester, involvering av pårørende og brukermedvirkning en betydning i tjenesteutvikling. Dette er sentrale faktorer for om brukeren skal ha utbytte av den behandlingen kommunen kan gi. Det er viktig at de som jobber i kommunale rustjeneste er trygge på at det er behandling de yter, da det har vist seg å være avgjørende for om folk får de ytelsene og rettigheter de har behov for og krav på. Bruk av ordet behandling er betydningsfull, både for hvordan kommunen selv ser på tjenestene de yter, og for hvordan de vurderes av samarbeidspartnere (Orrem, 2018, 24. september).

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er den statlige helsetjenesten og er inndelt i fire forskjellige helseforetak. Det er det regionale helseforetaket som har ansvar for institusjonsplasser der personer med en rusmiddelavhengighet kan holdes tilbake uten eget samtykke etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. I denne oppgaven er spesialisthelsetjenesten de institusjonene som er utpekt av helseforetaket til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak.

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2004. Det er betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. De rusmiddelavhengige fikk da de samme rettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med helsefaglig og sosialfaglig kompetanse. Tilbudene består både av polikliniske tjenester og døgnbaserte tjenester som avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling. Kommunale rustjenester og leger kan henvise pasienter til TSB. Behandling innenfor TSB utføres av virksomheter som drives av helseforetaket, eller private virksomheter som har avtaler med helseforetaket. Foruten innleggelse på tvangstiltak har pasienter med rus- og avhengighetslidelser fritt valg mellom disse, som andre pasienter (regjeringen.no).

Poliklinikken

Det er TSB poliklinikken, som pasienten hører inn under, som henvisning til videre frivillig behandling etter oppholdet på tvangstiltak. Det er en spesialistvurdering som for alle andre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Ønsker pasienten videre frivillig behandling etter at tvangstiltaket opphører, er det poliklinikken som vurderer hvilken behandling som er nyttig og kostnadseffektiv (Helsedirektoratet, 2015).

Bistandsteam

Bistandsteam er et rådgivende samarbeidsorgan med representanter fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten og personen som vurderes å være i behov av tvangstiltak. Det skal være et forum hvor man kan drøfter utfordringer og spørsmål knyttet til bruk av tvangstiltak og hvor man eventuelt kan bli enige om alternative tiltak. Bistandsteam kan gi gode forutsetninger for samarbeid og brukermedvirkning. En fast person har ansvar for å kalle inn til møter, lede og koordinere arbeidet i bistandsteamet. Kommunen kan be om bistandsteam når de har behov for hjelp til å vurdere mulige tvangssaker. Bistandsteam er forankret i samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket (Helsedirektoratet, 2016).

Tvangstiltak

Det skiller mellom ordinære og midlertidige tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. Ordinære tvangstiltak treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, og de midlertidige vedtakene treffes av kommunen hvis vedtaket må gjennomføres straks. Forslag til endelig vedtak må,

i midlertidige tvangstiltak, sendes fylkesnemnda innen to uker. Hvis ikke faller vedtaket bort (Helsedirektoratet, 2016).

Veilederen

Benevnelsen veilederen i denne oppgaven henviser til Helsedirektoratets (2016) veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 inneholder innledning og bakgrunn for valg av tema, problemstilling, kunnskapsstatus og begrepsavklaring. I kapittel 2 presenteres relevant teori, og kapittel 3 består av redegjørelse for metodevalg, for forståelse og gjennomføring av studien. I kapittel 4 presenteres funn ut fra seks empiriske kategorier, og i kapittel 5 drøfter jeg funnene. Kapittel 6 inneholder oppsummering og avslutning. Til slutt kommer litteraturlisten og vedleggene.

Teori

Tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk

Når personer, over 18 år, utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende, ukritisk og vedvarende rusinntak og ikke ønsker eller klarer å stå i frivillig behandling, kan kommunene bruke tvangstiltak. Tiltaket går ut på innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, utpekt av regionalt helseforetak, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling. Formålet med tilbakeholdelse er å motivere og tilrettelegge langsiktige tiltak for å bedre personens psykiske og fysiske helse.

Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 10 - tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 trådte i kraft 1. januar 2012. Kapittel 10 om tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige erstattet kapittel 6 i lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991.

Helse- og omsorgstjenesteloven §10-1 fastsetter kommunens undersøkelsesplikt ved bekymring, §10-2 hjemler tilbakeholdelse i institusjon inntil tre måneder, §10-3 omhandler tilbakeholdelse av gravide og §10-4 hjemler tilbakeholdelse etter avtale og eget ønske. Tvangstiltaket i loven er tilbakeholdelse i institusjon.

Tvangstiltaket i denne oppgaven er avgrenset til bruk av helse- og omsorgstjenesteloven §10-2:

§10-2 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende, uten eget samtykke, kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven §2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtaket etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer

I desember 2016 kom veilederen: «Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10», som en erstatte for «Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§6-2, 6-2a og 6-3» utgitt i 2000.

Tidligere, ved bruk av tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven var de overordnede ansvarsområdene definert av Sosial- og helsedepartementet (2000). Kommunen var ansvarlig for å utrede og reise sak for fylkesnemnda, effektivere fylkesnemndas vedtak, utarbeide tiltaksplan, følge opp under hele forløpet og i tillegg være ansvarlig etter endt sykehusopphold. Det regionale helseforetaket var ansvarlig for egnet plassering, og institusjonen var ansvarlig for innholdet i behandlingen mens personen var innlagt. Ifølge den nye veilederen ønsker Helsedirektoratet at spesialisthelsetjenesten skal inn i samarbeidet både før og etter innleggelse for å oppnå bedre resultater av tvangsinnleggelsene.

Den nye veilederen har som formål å bidra til en mer enhetlig og riktig bruk av tvangstiltak i henhold til forskrifter og lovverk og gir føringer om blant annet bruker- og pårørendemedvirkning, bruk av bistandsteam, ansvarsgrupper og individuell plan for å klargjøre ansvarsforhold og videre oppfølging. Veilederen er ment å være et hjelpemiddel for personell i tjenestene som har ansvar å vurdere, vedta, gjennomføre og følge opp tvangsvedtak. Den inneholder aktuelle lover og forskrifter, samt anbefalinger og råd når det gjelder faglig forsvarlig fremgangsmåte. Hvis man ikke følger veilederens anbefalinger må man kunne dokumentere og begrunne dette (Helsedirektoratet, 2016).

Veilederen presiserer at kommunen plikter å vurdere bruk av tvangstiltak etter §10-2 ved bekymring om omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk. Kommunen skal foreta nødvendige undersøkelser og vurdere om det skal fremmes sak. Hastegrad må vurderes. Hvis den det gjelder kan bli vesentlig skadelidende må et midlertidig vedtak iverksettes raskt. Det er kommunen som fatter midlertidig vedtak. Hvis det ikke haster i samme grad, er det kommunen som vurderer og skriver saksfremlegg,

sammen med en advokat, og fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker som fatter ordinært vedtak (Helsedirektoratet, 2016).

For å kunne bruke tvangstiltak må alle de materielle vilkårene være oppfylt. De materielle vilkårene er omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk, fysisk eller psykisk helsefare, årsakssammenheng mellom rusmiddelmisbruket og helsefaren, frivillige hjelpetiltak er utilstrekkelig og krav om skjønnsmessig helhetsvurdering. Den sentrale målsetningen ved bruk av tvangstiltak er at personer med alvorlige og skadelige rusmiddelproblematikk settes i stand til å bli motivert for videre frivillig behandling (Helsedirektoratet, 2016).

Det er de regionale helseforetakene, som har ansvaret for å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for personer med rusmiddelproblematikk. Kommunen vurderer den enkeltes behov for slik behandling. I utgangspunktet er målet å motivere til frivillig behandling. Fører derimot ikke frivillige tiltak frem, er det personens oppholdskommune som har ansvar for å reise sak om tvangsinnleggelse for fylkesnemnda etter §10-2 jf. §10-8 første ledd (Helsedirektoratet, 2016). Institusjonene i spesialisthelsetjenesten må ha rutiner for mottak, gjennomføring, utskrivelse og bidra til nødvendig oppfølging etter utskrivelse av pasienter på tvangstiltak. For å sikre nytte og effekt av tvangsoppholdet er samarbeid på tvers av tjenestenivåene viktig for å gi samtidige og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2016).

Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016) gir regler for gjennomføringen av oppholdet i institusjon og avklarer bruk av tvang og erstattet forskrift om sosiale tjenester mv. kapittel 5 om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere. Forskriften omhandler blant annet vern om personlig integritet, husordensregler, rusmiddeltesting, forbindelse med omverden, kortvarig fastholding og adgang til tilbakehold og tilbakeføring ved rømming. Forskriften inneholder også en paragraf som omhandler samarbeid:

§14.Samarbeid mellom institusjonen og kommunen

Ved opphold som reguleres av denne forskriften, og når pasient og bruker ønsker det, skal institusjonen og kommunen samarbeide om den videre oppfølgingen av pasient og bruker. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 og §10-3, skal kommunen alltid varsles.

Pasient og bruker har rett til individuell plan i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven §2-5. (Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon, 2016).

Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker rapporterte i 2015 om 155 ordinære og 112 midlertidige vedtak etter §10-2 og 25 ordinære og 37 midlertidige vedtak etter §10-3 på landsbasis (Helsedirektoratet, 2016). Dette er et høyere antall enn det Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon (2017, 26. september) formidler. De mener tall fra 2015 viser at kun 240 personer ble utsatt for tvangstiltak på bakgrunn av sine rusproblemer, inkludert cirka 40 gravide. Kristensen, Opsal og Clausen (2018) har tall som viser at det er mindre enn to prosent av innleggelsene i Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) etter §10-2 er tvangsinnleggelse, det vil si cirka 150 personer i året.

Mennesker som blir innlagt på tvangstiltak, er i behov av helhetlige tjenester og skjermede omgivelser fra rusmidler for å oppnå endringsarbeid som kan føre til at de når sine mål. De mestrer ikke å gjøre endringsarbeidet på egenhånd eller ved hjelp av tjenester fra kommunen alene. De er i behov av innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Den nye veilederen har et større fokus på at det er et felles ansvar for samarbeid i tvangssaker. Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge for samhandling og samarbeid. Dette forutsetter prosedyrer, verktøy og løpende kontakt. Det er anbefalt å etablere et samarbeidsorgan - bistandsteam – for begge tjenestenivåer, hvor utfordringer kan diskuteres (Helsedirektoratet, 2016).

Et av de sentrale elementene i samarbeid er koordinering mellom tjenestenivåene før, under og etter tvangsoppholdet. Den ny veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer anbefalte at tjenestene avklarer roller og oppgaver og at det brukes systematiske planleggingsverktøy som tiltaksplan, individuell plan og kriseplan. Kommunens ansvar er å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester som reguleres av lovpålagte tjenester og oppgaver (Helsedirektoratet, 2015). Personer innlagt på tvangstiltak har ofte spesielle og sammensatte behov for tjenester grunnet sin reduserte funksjonsevne. Spesialisthelsetjenesten har et mer avgrenset ansvar enn kommunen i tvangssaker. Det regionale helseforetaket skal tilby tverrfaglig spesialisert behandling i en egnet institusjon. Det forutsetter ansvarsdeling og etablering av samhandling og koordinering mellom nivåene og internt i tjenestene. I tvangssaker vil kommunen ha koordineringsansvar. Det anbefales at en samarbeidsavtale skal sikre likeverdighet mellom partene.

Sykehusavdelingen vil ha ansvaret for personen som er innlagt, og kommunen vil være ansvarlig for at nødvendige tjenester er på plass ved utskrivelse (Helsedirektoratet, 2015).

Tverrfaglig samarbeid

Helsedirektoratet anbefaler at tverrfaglig samarbeid blir brukt som den grunnleggende metodikken i oppfølgingen av personer med behov for sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2018, 17. januar).

Lauvås og Lauvås (2004, s. 53) definerer tverrfaglig samarbeid som en interaksjon mellom ulike fagfolk med et dobbelt formål. Stimulere til faglig utvikling ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagområdet og sikre kvalitet i arbeidet ved maksimal utnyttelse av den samlede faglige kompetansen. Målet er at profesjoner som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse for løsning av oppgaver.

Tverrfaglig samarbeid forveksles ofte med flerfaglig og fleretatlig samarbeid. Det settes ofte likhetstegn mellom representanter fra flere yrkesgrupper og etater og tverrfaglig samarbeid. Dette medfører ikke riktighet ifølge Lauvås og Lauvås (2004), fordi flerfaglig samarbeid og fleretatlig samarbeid ikke sier noe om samarbeidsformen. Fagpersonene i et tverrfaglig samarbeid representerer ulike spesialiteter, interesser og kunnskap, som igjen skal komplimentere hverandre og gi større integrering av faglig innsikt. Flerfaglig samarbeid forteller i utgangspunktet kun at flere forskjellige yrkesgrupper/profesjoner arbeider parallelt inn mot bruker/pasient. De kan ha liten dialog og liten samhandling. Et fleretatlig samarbeid beskriver bare at det er ulike etater som samarbeider, ikke om det er representanter fra forskjellige fagområder og ikke hvordan samarbeidsformen er ment å være (Lauvås & Lauvås, 2004).

Samarbeidet bør generelt formaliseres slik at det ikke avhenger av enkeltpersoners vilje til innsats. Det er en stor fordel å kjenne til organisasjonenes retningslinjer og prosedyrer. Felles møtepunkter er nyttig for samarbeid og koordinering. Det ligger føringer fra systemnivået som ønsker å formalisere et allerede eksisterende samarbeid. Det kan føre til motstand og konflikt hvis det ikke foreligger et felles ønske om at formelle rammer er nødvendig. Det er et stort behov for koordinering av tjenester, da det ofte er mange organisasjoner involvert. Organisasjonene kan ha ulike perspektiver.

Organisasjonene består av yrkesutøvere med ulik kunnskap, utdanning, metoder og med forskjellige personlige faktorer som kjønn, alder, verdier, erfaring og samarbeidsvilje (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2014). Felles for disse yrkesutøverne er at de er forskjellig organisert med prosedyrer eller retningslinjer for å løse oppgaver for å nå felles mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

De involverte kan ha ulike lovverk å forholde seg til. Ansvarsfordelingen for organisasjonene som yter helse- og omsorgstjenester er lagt mellom tre offentlige forvaltningsnivåene; kommune, fylke og stat. Samhandlingsreformen, Meld. St. nr. 47 (2008-2009) stiller krav til samarbeid mellom nivåene og profesjonsutøvere. Politiske føringer kommer med ønsker om arbeidsfordeling og hvor hovedvekten av ansvar skal ligge.

Hva utfordrer tverrfaglig samarbeid?

Det er flere feller å gå i når det gjelder tverrfaglig samarbeid. Profesjonsorganisering, profesjonalisering og maktkamp mellom profesjoner, andre yrkesgrupper og brukere/pasienter er de største hindringene for tverrfaglig samarbeid. Kunnskap og kompetanse kan bli brukt som et maktmiddel for å posisjonere seg i forhold til de andre faggruppene/profesjonene. Høyest status får ofte den faggruppen/profesjonen som har mest vitenskapelig kunnskap og faglig viten. Hvis noen faggrupper/profesjoner delvis eller helt blir ekskludert, oppnås ikke hensikten eller verdien ved tverrfaglig samarbeid. Andre interessekonflikter kan også oppstå. Konflikter behøver ikke nødvendigvis være noe negativt. Ved å bearbeide konflikter kan ny vekst og positiv utvikling oppstå. Både eksternt og intern veiledning er kraftfulle virkemidler som kan få tverrfaglig samarbeid til å fungere. Hensikten er ikke å fjerne de faglige skillene, men at hver enkelt kan utvikle spesifikk fagbasert kompetanse på tvers av faglige miljøer, for å kunne ivareta helheten (Lauvås & Lauvås, 2004).

Deltakere i det tverrfaglige samarbeidet må være genuint interessert i å lære teori, kunnskap, ferdigheter og metoder av hverandre, slik at interaksjon og tverrfaglig innsikt oppnås (Lauvås & Lauvås, 2004).

Det kan være vanskelig å se for seg brukerne/pasientene i det tverrfaglige samarbeidet.

Brukernes/pasientenes bidrag er ikke-faglig. De profesjonelle fagarbeiderne må allikevel ikke glemme å sikre brukernes/pasientenes aktive deltakelse, medbestemmelse og medvirkning.

Brukerne/pasientene erfaringer og kunnskap skal vektlegges, og fagpersonene må dele sin fagkompetanse med brukerne/pasientene. Brukermedvirkning er viktig for behandlingsresultatet.

Brukere/pasientene som er med i beslutningsprosessen for et større ansvar for gjennomføringen av de beslutningene som blir fattet (Lauvås & Lauvås, 2004).

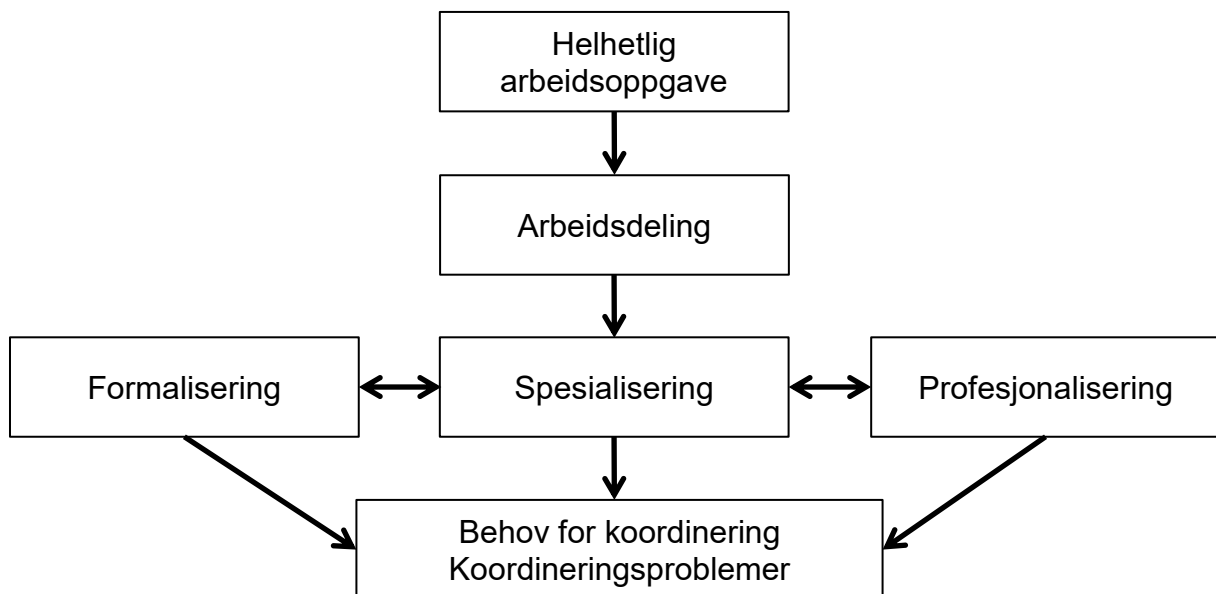
Koordinering

Helsedirektoratet (2014) sier at det foreligger en avhengighet mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens bidrag mot felles mål. Et sentralt element i det tverrfaglige samarbeidet er koordinering. Repstad (2004) viser til at samarbeid har to hovedargumenter hvor det ene er at oppgaveløsningen kan effektiviseres og at det andre er at det blir enklere for brukerne/pasientene å forholde seg til tjenestene. Samarbeid kan både ha fordeler og ulemper. I noen tilfeller kan det være mer effektivt å avtale hvem som løser hvilke oppgaver og gjøre disse hver for seg.

Veilederen om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2016) bruker samtidig og koordinert hjelp som beskrivelse på hjelpen personer med rusmiddelproblemer er i behov av når det brukes tvangstiltak. Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er avhengig av god koordinering for å oppnå hensikten med en tvangsinnleggelse.

Organiseringsprosessen

Den grunnleggende modellen til Jacobsen (2004, s. 77) om organiseringsprosessen beskriver hvilke forhold som kan påvirke arbeidsdeling og koordinering mellom organisasjoner. Behovet for koordinering er viktig for at personer med behov for helse- og omsorgstjenester skal få helhetlige tjenester.



Figur 1. Organisasjonsprosessen (Jacobsen, 2004:77)

Helhetlige arbeidsoppgaver/tjenester

Helse- og omsorgstjenester gis av store og formelle organisasjoner. Tjenestene er sammensatte og blir delt inn i deltjenester for at tjenestene skal bli håndterbare. Deloppgavene henger sammen og danner grunnlag for at det dannes kunnskap om den enkelte helse- og omsorgstjenestens plass i helheten. Mangel på koordinering kan få konsekvenser for den som mottar tjenester og de som gir tjenester. Organisasjonene som gir tjenestene blir avhengige av hverandre og koordinering blir viktig for å kunne gi helhetlige tjenester (Jacobsen, 2004).

Spesialisering

Oppdelingen av tjenestene fører til at man spesialisere seg på en form for tjeneste og gjennom spesialisering ligger tanken på mer effektivitet. Ved å avgrense tjenesteområdet kan man spesialisere seg og konsentrere seg om et avgrenset område. Arbeidet går da raskere og tjenestene blir bedre enn om en enhet i organisasjonene skulle gitt flere forskjellige tjenester. Problemet med oppdelingen av tjenestene er at mottakerne ønsker en helhetlig tjeneste, ikke fragmenterte tjenester fra mange forskjellige tjenesteytere. De forskjellige organiserte tjenesteyterne blir derfor avhengige av hverandre for å kunne gi helhetlige tjenester og for å kunne fungere sammen. De spesialiserte tjenestene må koordineres for å oppnå en helhetlig tjeneste. Det spiller ingen rolle hvor gode tjenester den enkelte enheten i organisasjonene gir hvis tjenesten ikke inngår i en helhet. Effektivitet er også avhengig av samordning (Jacobsen, 2004).

Formalisering og profesjonalisering

Formalisering og profesjonalisering/spesialisert utdanning er viktige prosesser for at spesialiseringen skal bli effektiv. Helse- og omsorgstjenestene er standardisert gjennom faste rammer, definert beslutningsmyndighet, prosedyrer og rutiner. Organisasjonene har standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. Hensikten med spesialisert utdanning er at personer skal bli eksperter på et avgrenset område. Innenfor spesialisert utdanning har vi profesjonsdannelse. Det betyr at bare personer med en spesiell utdanning kan inneha spesielle stillinger som for eksempel sykepleiere og leger (Jacobsen, 2004).

Koordineringsproblemer

Behovet for koordinering og koordineringsproblemer er forårsaket av arbeidsdeling og spesialisering, og påvirkes av formalisering og spesialisert utdanning. De vanligste koordineringsproblemene er «dobbeltarbeid» og «gråsoner». Dobbeltarbeid oppstår når flere gir samme tjeneste flere ganger.

Det fører til sløsing med allerede knappe ressurser (Jacobsen, 2004). Organisasjonene har hver for seg egne kartleggingsverktøyer og behandlingslinjer.

Gråsoner finner sted der ingen har ansvaret for en tjeneste, eller ansvaret er uklart. Årsaken til koordineringsproblemene kan være at arbeidsdelingen i samarbeidet ikke er klar nok. En uklar arbeidsdelingen kan skyldes maktkamp mellom enhetene og at det er vanskelig å dele opp tjenestene mellom organisasjonene (Jacobsen, 2004). En medvirkende faktor kan være at organisasjonene har forskjellig syn på om helse- og omsorgstjenestene som ytes er formålstjenlige.

Formalisering og spesialisert utdanning medfører også koordineringsproblemer. Formaliseringene av organisasjonene fører til at helse- og omsorgstjenester samles i egne formelle enheter med økonomiske, fysiske, personellmessige ressurser, samt regler, rutiner og standarder. Organisasjonene har egne standarder for hvilke resultater som skal oppnås og hvordan de skal måles. Ved å samle diverse helse- og omsorgstjenester innenfor forskjellige enheter blir koordineringen ofte internt i enheten fremfor koordinering mellom enhetene. Ved å formalisere helse- og omsorgstjenestene oppstår det ofte en institusjonaliseringsprosess som kan føre til sektorforsvar. Jobber man med samme tjenester over tid kan resultatet bli at man mister evnen til å se helheten (Jacobsen, 2004). Den fysiske avstanden mellom organisasjonene kan føre til at kommunikasjonen blir vanskeligere enn kommunikasjonen innad i de forskjellige enhetene.

De spesialiserte utdanningene kan også føre til koordineringsproblemer. Man blir god på ett tjenesteområde, og overlater andre tjenesteområder til andre. Dette kan medføre at man mister evnen til å se helheten fordi man har spesialkompetanse på noen få tjenesteområder. Den spesialiserte utdanningen gir en spesiell kunnskap om årsakssammenhenger og hvordan disse kan løses. Helse- og omsorgstjenester kan utgjøre et komplekst arbeidsfelt hvor det er vanskelig å finne felles aksepterte kunnskap. Dette kan føre til at man forsvaret sin kunnskap og at det oppstår en konkurransesituasjon i stedet for enighet. De forskjellige kunnskapene har egne faguttrykk og sjargonger som kan være vanskelig å forstå for personell utenfor den spesielle gruppen. Den spesielle gruppen har i tillegg egne profesjonelle verdier, normer og historie. Disse forholdene letter koordineringen innenfor den spesielle gruppen, men de skaper avstand til de andre i yrkesgruppene som skal koordinere tjenester (Jacobsen, 2004).

Ved å bruke Jacobsens modell om organisasjonsprosessen kan vi finne årsakene til koordineringsproblemene som oppstår når flere organisasjoner skal gi enhetlige helse- og

omsorgstjenester. Vi kan forsøke å endre på disse forholdene slik at koordineringsproblemene kan løses. Man kan endre på arbeidsdelingen, organiseringen og kulturen som er tilegnet i utdanningene og i organisasjonene (Jacobsen, 2004).

Koordinering av helse- og omsorgstjenester innebærer at flere forhold settes opp mot hverandre og vurderes i forhold til en best mulig helhet (Jacobsen, 2004). Målet er å sikre at det etableres et sammenhengende og helhetlig bruker- og pasientforløp.

Ulike koordineringsstrategier

Når organisasjoner skal forsøke å skape et samarbeid med hverandre er de i behov av virkemidler for å kunne koordinere. De viktigste koordineringsstrategiene er 1) oppmuntre til økt samarbeid, 2) minske behovet for samarbeid, 3) redusere barrierer for samarbeid og 4) samordne tvungen koordinering. Alle strategiene har forskjellig siktemål (Jacobsen, 2004).

Oppmuntre til økt samarbeid

Samarbeid baserer seg på at de ulike organisasjonene ser nytten av og ønsker å koordinere sine tjenester. Ett av tiltakene i oppmuntring til økt samarbeid er å øke følelsen av avhengighet mellom menneskene i de forskjellige organisasjonene som yter helse- og omsorgstjenester.

Pasientene/brukerne ønsker helhetlige tjenester. Der hvor arbeidsoppgavene er uklare kan konsekvensene bli manglende koordinering. Bevissthet rundt hvordan arbeidsoppgavene henger sammen vil gi kunnskap om hvilke konsekvenser manglende koordinering vil være for de som mottar tjenestene (Jacobsen, 2004).

For å oppnå helhetlige tjenester på tvers av organisasjonene er det ikke nok å basere seg på totalt frivillig koordinering. I helse- og omsorgsorganisasjoner er det innført belønningssystemer for å oppmuntre til koordinering. Det er blant annet avsatt tid til koordinering og møtevirkosomhet. Organisasjonene kan delta på tverretatlige møter og ledelsen kan fokusere spesielt på koordineringsoppgaver eller knytte prestisje til koordinering innenfor spesielle områder. Bruk av belønningssystemer kan føre til endeløse debatter om man har gjort det man skulle (Jacobsen, 2004).

Minske behovet for samarbeid

Hvis koordineringen ikke fungerer, kan det være aktuelt å velge en strategi for å minske behovet for koordinering. Da minimeres avhengigheten mellom enkelte deloppgaver. Organisasjonene kan sette opp en detaljert oversikt over oppgaver og ansvar og bli enige om hvilke domener eller virkeområder man skal bevege seg innenfor. Dette kan være vanskelig da det ofte er knyttet usikkerhet til både

virkningene av tiltak og sammenhengene av deloppgavene når det gjelder helse- og omsorgstjenester. En helt klar avgrensning av arbeidsoppgaver og ansvar er ofte ikke ønsket. En organisasjon kan overlate all tjenesteyting til en annen organisasjon for en periode, for deretter å overta ansvaret. I denne perioden vil det da ikke være behov for koordinering mellom organisasjonene (Jacobsen, 2004).

Mange av helse- og omsorgstjenestene som gis av organisasjonene kan være av lik karakter. En overlappingen av tjenester kan stimulere til konkurranse og virke positivt inn på tjenestekvaliteten (Jacobsen, 2004).

Redusere barrierer for samarbeid

En koordineringsstrategi kan være å bygge ned barrierer for samhandling. Personene i organisasjonene må samhandle. All samhandling foregår mellom mennesker. Mennesker har forskjellige utdanning, bakgrunn, kultur, verdier, normer, teknologier, språk og symboler. Samhandlingen skjer innenfor visse formelle og fysiske rammer (Jacobsen, 2004). Ansatte i organisasjonene som er involverte i å yte helse- og omsorgstjenester er ulike. De har forskjellige utdanninger. Profesjonskultur kan være en barriere for koordineringen mellom organisasjonene. Barrieren for samarbeid på tvers av etatene vil kunne minke hvis de ansatte i tjenestene har mulighet til tverretattlig utdanning hvor man fysisk samles og tilegner seg felles kunnskap og språk (Jacobsen, 2004).

Den fysiske avstanden kan være relativt stor. Organisasjonene kan være lokalisert innenfor et nokså stort område. Den fysiske avstanden begrenser kontakthypigheten. Mye av informasjonen må utveksles via telefon eller internett. Dette kan være uheldig da fysisk avstand er en viktig dimensjon i koordineringsarbeid. En felles informasjonsbase ville kunne gjort koordineringen enklere (Jacobsen, 2004).

Taushetsplikten kan føre til store hindringer og en barriere for utveksling av informasjon. Hvis brukere/pasienter ikke samtykker til utveksling av nødvendig informasjon blir det vanskelig for organisasjonene å samarbeide og koordinere helse- og omsorgstjenestene (Jacobsen, 2004).

Samordne tvungen koordinering

Det vil alltid være et behov for koordinering av helse- og omsorgstjenester når personer får tjenester fra flere forskjellige organisasjoner. Frivillig koordinering er ofte ikke nok for å oppnå ønsket

koordinering. Ofte blir det brukt tvungen koordinering som innebærer at en tredjepart bruker makt for å samordne andre. Tvungen koordinering kan for eksempel komme fra staten i form av meldinger, retningslinjer, rundskriv, veiledere og lover og forskrifter (Jacobsen, 2004).

Bruk av systematiske planleggingsverktøy kan gi en koordinerende effekt. Diverse planer som tiltaksplaner, behandlingsplaner og individuelle planer kan fungere som informasjon for hvem som gjør hva og hva som skal oppnås innen en begrenset tidsperiode. Partene samles til møter, noe som i seg selv virker koordinerende. Opprettelser av diverse team, på tvers av nivåene, som kan gi gode forutsetninger for koordinering av oppgaver (Helsedirektoratet, 2015).

Metode

Forskningsdesign

I min oppgave har jeg valgt å bruke kvalitativ forskningsdesign. Kvalitative undersøkelser kan klassifiseres i flere generelle kategorier. Jeg har valgt caseundersøkelse hvor jeg ser på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når personer med rusproblematikk er innlagt på tvangstiltak. Case betyr tilfelle, og casestudier omhandler inngående undersøkelser av et eller noen få tilfeller for å få mest mulig detaljert beskrivelse av opplevelser/erfaringer av samarbeid mellom to instanser i dette tilfelle. Casedesign er en gitt prosess hvor det utformes en problemstilling, det velges teoretisk forankring, analyseteknikker, måter å samle inn data på, kriterier for analysering og tolking av datamaterialet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016).

Casestudier kan ha enkel eller flercasedesign og en eller flere analyseenheter. Denne oppgaven har enkel casedesign hvor konteksten er samarbeid ved tvangsinnleggelse med flere analyseenheter, ansatte i kommunene og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Dette designet har gitt meg muligheten til å undersøke fenomenet samarbeid ved tvangsinnleggelse fra flere sider og gitt meg gode beskrivelser og økt forståelse (Johannessen et al., 2016).

Antall informanter har vært relativt få. Det har derfor vært mulig å gå i dybden og undersøkt caset grundig (Johannessen et al., 2016).

Kvalitativ metode

Det er hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode når målet er å undersøke, beskrive og forstå et fenomen vi ikke kjenner så godt, og som det er forsket lite på. De vanligste måtene å samle inn data på er å bruke eksisterende dokumenter (dokumentanalyse), intervju og observasjon (Johannessen et al., 2016).

For å forstå fenomenet «opplevelse av samarbeid mellom nivåene i tvangssaker» har jeg undersøkt problemstillingen empirisk ved å foreta individuelle kvalitative forskningsintervjuer. På den måten kan jeg få detaljerte og fylldige informasjon om hvordan samarbeidet oppleves/erfares og hvilke utfordringer de møter. Nyanser og kompleksiteten kommer frem, til forskjell fra om jeg hadde benyttet et spørreskjema (Johannessen et al., 2016). Det kvalitative forskningsintervjuet kan karakteriseres som en samtale med et formål og en struktur for å få frem opplevelser, erfaringer,

meninger og holdninger, altså en samtale hvor informantenes virkelighetsoppfattelse kommer frem gjennom fortellinger og historie (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvalitative forskningsintervjuer kan være mer eller mindre strukturerte. Strukturerte intervju gir begrenset fleksibilitet, men gjør det lettere å sammenligne svarene. Ustrukturerte intervju bærer preg av fleksibilitet og en uformell samtale. Det kan bidra til at det blir lettere for informanten å snakke. Ulempen er at relasjonen mellom forsker og informant kan påvirke hva informanten forteller. Intervjuene kan også være semistrukturert og da er intervjuene basert på en overordnet intervjuguide (Johannessen et al., 2016). Intervjuene i denne oppgaven har vært strukturert ut fra spørsmålene: Hvordan opplever du samarbeidet? Hvilke oppgaver gjør dere? Hvilke oppgaver bør og vil dere gjøre? Hvilke oppgaver gjør de andre? Hvilke oppgaver bør og vil de andre gjøre? Intervjuene har vært delvis strukturerte, altså semi-strukturerte. Informantene har fått fortelle om sine opplevelser og erfaringer. Det har blitt stilt oppfølgingsspørsmål hvis informantene har sagt noe som har vært av interesse og det har vært ønskelig at de utdyper informasjonen mer.

Spørsmålene i intervjuguiden har i utgangspunktet en tilnærming hvor Adizes (1991) teori om virkelighetsoppfattelse er brukt. Han mener at mennesker oppfatter virkeligheten på ulike måter. De oppfører seg ulikt og de tenker ulikt. Virkeligheten kan oppfattes på tre ulike måter: *er*, *bør*, *vil*, eller som en kombinasjon av de tre måtene. Derfor spørsmålene om hvilke oppgaver gjør dere, bør dere gjøre og vil dere gjøre og hvilke oppgaver gjør, bør og vil de andre.

Forforståelse

Min forforståelse bygger på arbeidserfaring innenfor psykisk helse og rus. Jeg har jobbet i forskjellige kommuner og flere steder i spesialisthelsetjenesten og jeg har erfaring med samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker. I tillegg har jeg en teoretisk forståelse fra videreutdanning innen dualproblematikk (rus/psykisk helse) og psykisk helsearbeid. Min forforståelse er bakgrunnen for valg av tema, og vil kunne påvirke alle elementene i forskningsprosjektet.

Mine opplevelser fra samarbeid i tvangssaker kan gi et godt grunnlag for gjenkjennelse og kan bli et utgangspunkt for forståelse. Det kan også medføre at jeg er mindre åpen for nyanser. Mitt kjennskap til miljøet som jeg ønsker å studere kan derfor både være en styrke og en begrensning. Grunnlaget for tolkning er forskjellig om man er innenfor eller utenfor feltet man studerer (Thagaard, 2013).

Utvalgskriterier

Når kvalitativ metode benyttes for å samle inn data er det ikke antall observasjoner eller intervjuer som er avgjørende, men at utvalget er stort nok til å få belyst problemstillingen. Mye avhenger av kvaliteten på intervjuene. Ved å foreta individuelle kvalitative forskningsintervjuer får vi fylldige og detaljerte opplysninger som skal analyseres. Innhenting av data tar tid. Det er derfor viktig å avgrense utvalget for ikke å få for store mengder data (Johannessen et al., 2016).

For å få mest mulig kunnskap om samarbeidsopplevelser ved bruk av tvangstiltak har jeg valgt å intervju fire ansatte fra kommunene og fire ansatte fra spesialisthelsetjenesten som arbeider på et operativt nivå med brukere og pasienter som har vært innlagt på tvangstiltak. Ansatte som har jobbet tett på brukerne og pasientene og som kanskje til og med har vært brukernes og pasientenes kontaktpersoner. Personer som har vært i situasjoner og praktisert samarbeid i tvangssaker. Jeg har vært interessert i hvordan de som praktiserer samarbeidet har opplevd samarbeidet og hvilke utfordringer dette samarbeidet har hatt. Ved å intervju de som jobber nær brukeren og pasienten har jeg antatt at jeg har fått den mest relevante informasjonen. Fire informanter fra fire forskjellige kommuner og fire fra institusjonene som er utpekt av helseforetaket til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak.

Jeg har brukt eksisterende relasjoner for å nå informantene som jeg har intervjuet. Informantene kommer fra samme geografiske område og samarbeider med hverandre i tvangssaker. Jeg har ikke vært opptatt av at respondentene skulle ha ulik faglig bakgrunn, men endte opp med åtte informanter med høgskolekompetanse og mye erfaring. Utvalget fra både kommunen og fra spesialisthelsetjenesten var fordelt med to med sosialfaglig grunnutdanning og to med helsefaglig grunnutdanning. Flere hadde spesialkompetanse innen fagfeltet.

Fremgangsmåte for å innhente informanter

Før jeg kom så langt i prosessen at jeg fikk godkjenning for å starte opp med intervjuene fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) hadde jeg vært i kontakt med noen aktuelle informanter for å høre med dem om de kunne tenke seg å være med i studien. Så fort godkjenningen var på plass kontaktet jeg dem igjen og spurte om de ville delta. Deretter tok jeg kontakt med avdelingsledere i de aktuelle avdelingene, la frem prosjektet mitt og ønske om å intervju ansatte som jobbet tett på brukere og pasienter som hadde vært innlagt på tvangstiltak. Fikk positivt svar tilbake og kontaktinformasjon til de aktuelle informantene. Jeg tok selv kontakt med informantene og avtalte tid og sted for intervjuene.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuguide og intervjuer

Jeg ville at intervjuene skulle bære preg av fleksibilitet og en uformell samtale om informantenes virkelighetsoppfattelse om samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, derfor laget jeg en helt enkel intervjuguide hvor jeg hadde skrevet ned spørsmålene: hvordan opplever du samarbeidet med kommunen/spesialisthelsetjenesten ved bruk av tvangstiltak, hva gjør dere, hva bør dere gjøre og hva vil dere gjøre og hva gjør de andre, hva bør de andre gjøre og hva vil de andre gjøre.

Jeg startet alle intervjuene med å informere igjen om mitt prosjekt og avsluttet med å spørre hvordan opplever du samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker og hvem gjør hva? De fleste informantene trengte ikke flere spørsmål før de satte i gang å fortelle om sine opplevelser. Jeg stilte noen oppfølgings spørsmål der hvor informantene sa noe som var av interesse, for å få utdypet informasjonen mer.

Informantene ga meg mye informasjon og det bærer nok analysekapittelet preg av. Det var vanskelig å avgrense utsagnene fordi mye av essensen i svarene ble borte hvis jeg hadde kuttet utsagnene ytterligere. Alle intervjuene ble gjort på informantens arbeidsplass og jeg opplevde at temaet i min oppgave var noe de gjerne ville snakke om. Alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, noe som satte noen begrensninger for enkelte informanter som mente historien de ønske å fortelle ikke egnet seg på opptak. Jeg har derfor ikke valgt å ta med detaljerte opplysninger som kan spores tilbake til hvem som har sagt hva.

Alle åtte intervjuer ble gjort over en periode på 5-6 uker.

Transkriberingen

Det første intervjuet ble transkribert før neste intervju ble gjennomført. Deretter gikk det for kort tid mellom hvert intervju til at jeg klarte å holde tritt, men jeg transkriberte intervjuene så fort jeg hadde mulighet. Transkriberingen tok mye lengre tid enn det jeg hadde forventet.

For å forstå og ta del i informantenes virkelighetsoppfatning, skrev jeg ned alt av ord, uttrykk, latter og pauser, og gjennom transkriberingen ble jeg godt kjent med materialet. Jeg oppdaget tidlig at jeg kanskje hadde snakket litt for mye i noen intervjuer og klarte etter hvert å bli mer bevist på å ikke gjøre det.

Etiske refleksjoner

Søknad om formell godkjenning av mitt forskningsprosjekt ble sendt til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) i oktober 2018. Godkjenningen kom i januar 2019 (Vedlegg 1) og første intervju ble gjennomført to uker etter. I søknaden var intervjuguiden (vedlegg 2) og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet (vedlegg 3) vedlagt.

Individuelle kvalitative intervju egner seg godt når vi ønsker detaljerte og fyldige beskrivelser av informantenes opplevelser og erfaringer. Når det gjelder forskningsetiske retningslinjer er det viktig å ta hensyn til informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi (Johannessen et. al., 2016). Da jeg kontaktet informantene for å høre om de ville delta i mitt forskningsprosjekt, ba jeg dem om å lese forespørselen om delta i prosjektet før de svarte. Alle informantene måtte skrive under på samtykke og de ble informert om at deltagelsen var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst uten at det fikk noen negative konsekvenser for dem. Informantene ble også informert om at opplysningene ble behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Jeg har reflektert mye over at informantene ikke skal kunne identifiseres. Derfor har jeg valgt å ikke si noe om hvilke kommuner informantene kommer fra, eller i hvilke institusjoner informantene fra spesialisthelsetjenesten jobber. Jeg har også gjort små endringer i sitatene, som ikke har endret fortellingen, men som skal gjøre at informantene ikke skal kunne identifiseres. Når jeg presenterer dataene, har jeg valgt å nummerere informantene fra 1 til 8. Informantene som jobber med rustjenester i kommunene omtales i denne studien som *kommunen* og informantene fra institusjonene i spesialisthelsetjenesten omtales som *spesialisthelsetjenesten*.

Analysestrategi hvordan kategorisere

Formålet for denne studien var å undersøke hvilke erfaringer av samarbeid kommune- og spesialisthelsetjenesten har ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk. Derfor gikk jeg åpent ut i intervjuene med å spørre hvordan de som praktiserte samarbeidet opplevde samarbeidet. Mine egne faglige erfaringer, tidligere forskning og statlige føringer gjorde at jeg kom raskt i gang med analysearbeidet.

Jeg brukte først Adizez (1991) ulike måter å oppfatte virkeligheten på og kategoriserte dataene ut ifra er, bør og vil. Det skilte seg raskt ut seks kategorier med arbeidsoppgavene som kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde ansvar for under forløpet i tvangssaker. Disse seks empiriske utviklede kategoriene er oppgaver knyttet til vurdering og opprettelse av tvangstiltak, kjennskap til bakgrunn

og hensikt for bruk av tvangstiltak, deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt, tilbakeholdelsen, motivere for endring og videre frivillig behandling og praktiske gjøremål utenfor institusjonen. De fleste av oppgavene fant jeg igjen i Helsedirektoratets (2016) veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk, lovverk og forskrifter. Veilederen er ikke rettslig bindende, men anses som en samling anbefalinger og råd for å kunne yte faglig forsvarlighet og god praksis. Løsninger som avviker fra disse anbefalingene, må kunne dokumenteres og begrunnes godt.

Etter å ha kategorisert datamaterialet i disse seks kategoriene kom det tydelig frem at samarbeidet og koordineringen av oppgaver kunne være utfordrende. Jeg har brukt Jacobsens (2004) koordineringsstrategier for å få svar på problemstillingen som til slutt ble:

Hvordan opplever kommune og spesialisthelsetjeneste det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer, og hvilke utfordringer kan oppstå?

Metoderefleksjon

En kvalitativ tilnærming gir forskeren mulighet til å forstå eller beskrive hvordan mennesker oppfatter situasjoner og hvilke relasjoner som har betydning (Johannessen et. al., 2016).

Ved å bruke individuelle kvalitative intervjuer har jeg fått mer kunnskap om hvordan personer som jobber i kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk. Informantene har fått frihet til å uttrykke sine opplevelser og erfaringer ved å fortelle sine historier. Metoden har gitt meg fylldige og detaljerte beskrivelser som jeg mest sannsynlig ikke hadde fått hvis jeg hadde valgt en annen forskningsmetode.

Gjennomføringen av intervjuene var spennende og gikk veldig bra. Informantene hadde mye å fortelle. I utgangspunktet hadde jeg tenkt til å notere litt underveis i intervjuene, men det var vanskelig å holde fokus hvis jeg skulle sitte og notere samtidig som jeg skulle lytte til hva informanten fortalte. Jeg tok derfor ikke frem penn og papir etter at jeg hadde gjort første intervju. Jeg noterte heller ned det som var viktig å ha med seg videre etter intervjuet. Jeg avsluttet også intervjuene med

å spørre informantene om det var noe de tenkte de ikke hadde fått sagt og hvis de kom på noe i ettertid så kunne de sende det til meg. Jeg fikk noen henvendelser i etterkant.

Relabilitet og validitet

Relabilitet handler om hvor pålitelige og nøyaktige studiens data er, hvordan dataene er samlet inn og hvordan de er bearbeidet. Det er flere måter å teste dataenes relabilitet på. En måte er å gjøre samme studie på samme undersøkelsesgruppe på et senere tidspunkt, en annen er å få flere forskere til å undersøke samme fenomen. Kommer man frem til samme resultat er relabiliteten høy. Det er vanskelig å teste ut relabilitet i kvalitativ forskning fordi dataene i kvalitativ forskning er basert på at forskeren bruker seg selv som instrument. Dataene blir preget av forskerens forforståelse, holdninger og verdier (Johannessen et. al., 2016). I denne studien har det vært viktig å være så objektiv som mulig, da gjenkjennbare data fort kunne blitt vektlagt mer enn data som ikke jeg ikke kjente igjen fra egne opplevelser. Jeg har vært bevist på at egne erfaringer ikke skal stå i veien for informantenes erfaringer med samarbeidet ved bruk av tvangstiltak.

Validitet eller troverdighet handler om i hvilken grad dataene er relevante for å representere fenomenet. I kvalitativ forskning har forskeren mulighet til å stille utdypende spørsmål og informantene kan snakke fritt og be om forklaringer slik at det ikke oppstår misforståelser. Validitet i kvalitativ forskning omfatter hele studien, mens validitet i kvantitativ forskning omfatter ofte behandlingen av dataene (Johannessen et. al., 2016). Troverdigheten i denne oppgaven er forsøkt vist gjennom å redegjøre for fremgangsmåte og forsøket på å skille mellom på egne erfaringer og informantenes erfaringer.

Presentasjon av funn

Jeg har valgt å strukturere presentasjonen av funn ut fra seks empirisk utviklede kategorier knyttet til oppgaver i forbindelse med innleggelse på tvangstiltak: 1) vurdering og opprettelse av tvangstiltak, 2) kjennskap til bakgrunn og hensikt for bruk av tvangstiltak, 3) deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt, 4) tilbakeholdelsen, 5) motivere for endring og videre frivillig behandling og 6) praktiske gjøremål utenfor institusjonen. For å kategorisere har jeg også brukt veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2016) som blant annet er inndelt i vurderingsfasen, beslutningsfasen og tilbakeholdelsesfasen.

Vurdering og opprettelse av tvangstiltak

Den formelle arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i forbindelse med vurdering av innleggelse på tvangstiltak er klar. Helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 sier at det er kommunens oppgave. Et etablert samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er viktig for å kunne tilby forsvarlig og sammenhengende tjeneste. I denne sammenheng er det mulig å innkalle til bistandsteam mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i forkant av innleggelse på tvangstiltak.

Kommunens perspektiv

Når personer med rusproblematikk ønsker frivillig innleggelse er det spesialisthelsetjenesten som vurderer grunnlaget for innleggelse i deres institusjoner, men når det er behov for tvangstiltak er det kommunens oppgave å vurdere behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har andre vurderingskriterier ved frivillige innleggelser enn når kommunen vurderer tvangstiltak. Kommunen gjør disse vurderingene, og mener at de skal gjøre det. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten bør ha tiltro til vurderingene kommunen gjør, de blir etterprøvd i fylkesnemnda. Det kommer til uttrykk når denne informanten sier at:

Når vi får en bekymring, må vi vurdere bruk av tvang. Vurdering og opprettholdelse av tvangsvedtak er en stor og lang prosess som starter lenge før personen blir lagt inn. Det er en stor inngripen i personens liv. Vi bruker god faglig kompetanse og har rutiner for å vurdere bekymringsmeldinger opp mot vilkårene i loven. Dessuten blir våre vurderinger etterprøvd i rettssystemet. Jeg har ikke opplevd at vi ikke har fått medhold (informant 1).

Det er likevel ikke slik at det bare er kommunen som vurderer innleggelse på tvangstiltak. Det gjør også spesialisthelsetjenesten. Hvis kommunen ønsker å ha med spesialisthelsetjenesten på

vurderingen kan de be om et møte med bistandsteam. Kommunen kontakter da en rådgiver i spesialisthelsetjenesten som organiserer bistandsteammøte mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rådgiveren sørger for at aktuelle representanter fra spesialisthelsetjenesten stiller på møtet. Det er avdelingslederne for institusjonene og representanter for TSB poliklinikken. Kommunen innkaller aktuelle parter fra kommunen. I bistandsteam kan også personen det er knyttet bekymring rundt delta, samt pårørende. Kommunen sier de er fornøyde med denne måten å få hjelp til vurderingene på. I disse møtene kan kommunen og spesialisthelsetjenesten forsøke å finne en plan for hvordan behovet for en innleggelse kan løses. I flere tilfeller har det som kommunen sier, endt med et frivillig behandlingsløp og det har ikke vært nødvendig å bruke tvangstiltak. Brukeren har endret motivasjon under prosessen og blitt søkt inn til en behandling sinstitusjon som er egnet for den type behandling som brukeren ønsker. Kommunen sier at det skyldes et godt samarbeid. Kommunen gir altså uttrykk for at det er fint å kunne søke bistand fra spesialisthelsetjenesten når man skal foreta en vurdering av innleggelse på tvangstiltak:

Det har blitt noen [tvangssaker] det har gått langt med og som det ikke har blitt noe av. Da har vi hatt et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og brukeren endrer motivasjon i prosessen. Det har noe med samarbeid å gjøre. At man får til gode løsninger fordi man kan samarbeide om frivillig plass. Man søker til et sted brukeren ønsker å være i stedet for å benytte de 10-2 plassene vi har. Man tenker det er mer hensiktsmessig. Så det handler om samarbeid, der vi får til løsninger (informant 3).

Kommunen må vurdere tvangstiltak, men det er spesialisthelsetjenesten som finner egnet institusjon. Institusjonene i TSB har forskjellig tilnæringsmetoder, og kommunen ønsker å bruke andre institusjoner en de som helseforetaket har utpekt til å ha 10-2 pasienter. Når det er så få institusjoner som brukes, velger kommunen å ikke bruke tvangstiltak hvis de kan unngå det. Selv om kommunen både vil ha bistand og får bistand fra spesialisthelsetjenesten, kommer det frem at det bør være på kommunens premisser. Det vil si at kommunen også gir uttrykk for at spesialisthelsetjenesten legger seg oppi vurderinger som kommunen ønsker å ta selv:

Det har blitt litt sånn at vi må vurdere tvang, men vi må ta det vi får. Hvis vi skal tenke samarbeid, så samarbeider vi om noe som vi vurderer. Vi kan ikke ta alle faglige vurderinger lengre. Vi driver tvangssaken, men etter et ganske gitt løp som er bestemt av spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder valg av institusjoner så opplever jeg at vi ikke har valgmuligheter. Vi har noen få gitte institusjoner. Jeg er litt usikker på om det er så bra. Jeg har valgt å ikke bruke tvang. Blir det for alvorlig så må jeg jo fatte tvang, likevel. Så hvis det er et samarbeid så vet ikke jeg (informant 4).

Kommunen problematiserer at spesialisthelsetjenesten og leger kan komme med anmodninger om bruk av tvangstiltak ut fra et medisinsk grunnlag, hvor det er fare for liv og helse. Kommunen forklarer dette med at de muligens ikke kjenner til vilkårene i lovverket og hva hensikten med tilbakeholdelse i institusjon er ment å være. Derfor vil kommunen overlate bruk av midlertidig tvangsvedtak til spesialisthelsetjenesten:

Jeg tenker ofte på hastevedtak og alt trykket fra leger og spesialisthelsetjenesten. Alle disse medisinske ansvarlige eller den medisinske kompetansen som trykker veldig på de midlertidige vedtakene. Jeg synes det skal flyttes over til spesialisthelsetjenesten. Det utfordrer samarbeidet veldig når det er hastevedtak. Da kan det være en oppbevaring fordi personen holder på å dø. De kan ta hele den vurderingen. Skadereduksjon i stedet for motivasjon til videre behandling. Kommunen kan ta den planlagte tvangen. Da kunne man i forbindelse med det åpne opp for noen andre institusjoner. For det er noe av det som jeg opplever som mest problematisk at vi har så lite institusjoner å velge mellom. Rusavhengige er ikke støpt i en form (informant 4).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Hvis vi nå vender blikket mot spesialisthelsetjenesten og hører hva de forteller så ser vi at virkelighetsoppfatningen her er noe annerledes. De ser det som helt naturlig å bidra inn i vurderingen. De sier at avdelingslederne for de aktuelle institusjonene møter i bistandsteam og bistår kommunen i vurderingene. Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen vurderer, bestemmer og legger inn på tvangstiltak, men at det kan virke som om poliklinikkene i spesialisthelsetjenesten kommer med bestilling på bruk av tvangstiltak:

Innimellom kan det bli litt problematisk for det er kommunen som bestemmer. Det er kommunen som gjør vedtaket. Det er kommunen som gjør vurderingene og som bestemmer at nå går vi for en tvang. Kommunen rådfører seg med poliklinikken. Er dette lurt og sånn. Noen ganger blir jeg sittende og lure på om det er kommunen som har bestemt eller om det er poliklinikken (informant 8).

Spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at de er usikre på om kommunen gjør gode nok vurderinger og at de skulle sørget for å få på plass det som trengs i forkant av innleggelse:

Man kan stille spørsmålet om når er det viktig å få innlagt noen? Hva kan man gjøre i forkant? Og ha litt is i magen. Jeg tror det kunne vært gjort en bedre jobb i forhold til tvang (informant 5).

Spesialisthelsetjenesten vet at det er kommunens oppgave å vurdere, bestemme og legge inn på tvangstiltak, men at det kan virke som om de mener kommunen ikke har den rette kompetansen for å gjøre disse oppgavene:

Det er litt todelt. På den ene siden så er det vel personer fra kommunen som har mest kontakt og kjenner pasienten best, vil jeg tenke. Samtidig så har det vært snakka om det er riktig at det er kommunen og ikke spesialisthelsetjenesten som skal gjøre disse vurderingene knyttet til de mest alvorlig syke rusavhengige. Jeg tenker ikke så mye på det, men inni mellom så har jeg tenkt, og jeg tenkte mye på det når jeg hadde disse nettverksmøtene innenfor tvang. Det var en jurist som foreleste om lovverket og han sa at man må ikke lage en sak på tre måneder. Man kan for eksempel vurdere to måneder, men det skjer aldri. Det har jeg undra meg over noen ganger. Jeg husker at jeg har hatt et par saker hvor vi har tenkt at pasienten er i stand til å forvalte livet sitt fremover på frivillig, men kommunen nekter. Det er de som sitter med myndigheten. Jeg kan ikke oppheve tvangen. Jeg kan oppheve innleggelsen. Jeg tenker at hensikten med tvangen er at du ikke har anledningen til å velge, men du skal få muligheten til å velge etter en viss tid (informant 8).

Kjennskap til bakgrunn og hensikt for bruk av tvangstiltak

For å fremme en tvangssak etter helse- og omsorgsloven §10-2 må frivillige tiltak være forsøkt eller være vurdert som ikke hensiktsmessig, og vilkårene i loven må være til stede. Det er kommunens oppgave å innhente og utarbeide dokumentasjon til fylkesnemnda med en beskrivelse av personens helse- og livssituasjon og hva formålet med tilbakeholdelsen skal være. Kommunen møter i fylkesnemnda og forsvare bakgrunnen og hensikten.

Kommunens perspektiv

Kommunen opplever at de kan få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten når de har brukt bistandsteam og laget en plan for gjennomføring av innleggelse på tvangstiltak. Problemet er bare at det er institusjonens ledere som sitter i bistandsteamet og kommunen er usikker på om personalet i institusjonen har samme mulighet til å være oppdaterte på hva hensikten og bakgrunnen for innleggelsen er. Kommunen bruker mye ressurser på å vurdere vilkårene i loven og utarbeide dokumentasjon som skal brukes i fylkesnemnda. De sier dette er et omfattende arbeid og at denne dokumentasjonen ville vært nyttig for institusjonen som skal ha personen innlagt i inntil tre måneder. Kommunen er opptatt av at personen som legges inn på tvangstiltak skal oppleve at både kommunen og spesialisthelsetjenesten er enige i behovet for innleggelsen. Brukeren får kommunens dokumentasjon og må møte i fylkesnemnda. Gir fylkesnemnda kommunen medhold, blir personen lagt inn. Kommunen opplever at institusjonene ikke er interessert i den skriftlige dokumentasjonen fra kommunen:

Jeg husker spesielt siste tvangsvedtaket. I bistandsteamet, der det var ledere, der var det gode intensjoner. Vi var enige rundt bordet, det var min opplevelse. Vi hadde en plan og så var ikke det, hva skal jeg si, forankra eller formidla nedover. De som var på jobb, ved innleggelsen, var ikke forberedt på personen som kom. Verken tilstand eller bakgrunn. Der opplevde jeg at det var en svikt. Vi hadde med saksdokumentene med tiltaksplan slik at spesialisthelsetjenesten skulle få vite hva kommunen ønsket å få ut av tvangsperioden, men de var ikke interessert. Det eneste de ønsket var vedtaket fra fylkesnemnda (informant 1).

Kommunen ønsker å formidle bakgrunnen og hensikten til spesialisthelsetjenesten og ender ofte opp med å formidle det muntlig i samarbeidsmøtene:

I det første samarbeidsmøtet sier vi noe om hva vi ønsker å få ut av tvangsinnleggelsen. Vi har sjelden overlevert noe skriftlig dokumentasjon. Det har heller ikke blitt etterspurt (informant 3).

Kommunen er opptatt av at deres arbeid med å innhente dokumentasjon på behovet for innleggelse også skal brukes av spesialisthelsetjenesten for at de skal ha en forståelse av hvorfor kommunen har valgt å bruke så mye ressurser på å legge inn brukere på tvangstiltak. Det er noe usikkerhet i kommunen om taushetsplikten hindrer at spesialisthelsetjenesten skal få saksdokumentene fra kommunen. Kommunen sier at hvis spesialisthelsetjenesten visste om og hadde vært interessert i kommunens dokumentasjon kunne de spurt pasienten og fått samtykke eller ikke. Det hadde løst problemet med taushetsplikten. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten bare er interessert i vedtaket fra fylkesnemnda, men at det kun er det fylkesnemnda har lagt vekt på av opplysninger for å fatte vedtak som står der. Kommunen sier at hvis spesialisthelsetjenesten hatt tilgang på dokumentasjonen fra kommunen, så hadde spesialisthelsetjenesten hatt mulighet til å lese hele saken og kanskje forstått pasienten bedre:

Mange av de som er innlagt på tvang har en så omfattende historie og vært inn og ut så mange ganger. De er jo veldig lei av å fortelle hele historien sin. De sier at de som jobber i institusjonen ikke skjønner hvordan de har det og hvordan de har hatt det. Hvis spesialisthelsetjenesten hadde etterspurt dokumentasjonen så hadde de jo mulighet til å lese hele saken og sette seg inn i det (informant 3).

Med utgangspunkt i saksdokumentene til fylkesnemnda vil kommunen komme med en bestilling på hva innholdet i tvangen bør være. Kommunen er usikre på om spesialisthelsetjenesten er interessert i hva kommunen har lagt til grunn for innleggelsen og hva hensikten med tilbakeholdelsen skal være. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at kommunen ikke er i stand til å følge opp

personen ute og legger inn på tvangstiltak for at personen skal bli ivaretatt av spesialisthelsetjenesten:

Så opplever jeg at spesialisthelsetjenesten ofte tenker at det er sånn at vi kjører en person til innleggelse og sier ha det bra og sees om tre måneder (informant 1).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Spesialisthelsetjenesten, på sin side, sier at kommunen ikke gir god nok informasjon på hva formålet med innleggelsen er. Spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at kommunen kunne samarbeidet bedre i forkant. De opplever at kommunen ønsker å kvitte seg med ansvaret for pasienten og legger de inn på tvangstiltak, slik at spesialisthelsetjenesten kan overta og ivareta det kommunen ikke får til:

Når det gjelder tvang så har vi et dårlig samarbeid med kommunene. Vi vet ingenting. Hva har de tenkt? Hva er formålet? Hva ønsker man å oppnå med tvangen? Jeg synes det er litt dårlig planlagt. Det kunne vært bedre. Når det gjelder en 10-2 kunne man ha samarbeidet bedre i forkant. Lagt opp en plan på hvem som gjør hva. Ofte er pasientene negative. Vil ikke og skjønner ikke, og driter i det. Jeg opplever innimellom, men det gjør jeg med nesten alle innleggelse, nå er den ivaretatt. Kommunene er ikke rusta for de fleste vi ser her som skulle vært fulgt opp hver dag. Enten så kan det være at kommunen overlater og tenker at nå får dere overta. Nå slipper vi å tenke på pasienten ute (informant 5).

Spesialisthelsetjenesten sier at de veldig sjelden får saksdokumentene, bare vedtaket fra fylkesnemnda. Noen pasienter kjenner spesialisthelsetjenesten til fra tidligere innleggelse og hvis de ikke gjør det så har de behov for hyppige møter med kommunen for å innhente den informasjonen de trenger. Informasjonen fra kommunen er muntlig og viktig informasjon kan bli borte:

Vi føler noen ganger, hvis det kommer nye pasienter hit, at vi får en kjempejobb med å sette oss inn i saken. Det hadde vært veldig nyttig og fått hele saken. Da kunne vi satt oss inn i den, og fått masse informasjon. Veldig ofte blir det hyppige møter med kommunen som har begjært dem innlagt etter den paragrafen. Det blir muntlig, og vi skriver og da glipper veldig mye som kanskje kunne vært nyttig (informant 7).

Det foreligger et misforhold mellom hva kommunen og spesialisthelsetjenesten legger i bruk av tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk. Det kan se ut som om kunnskapsgrunnlaget er forskjellig. Spesialisthelsetjenesten opplever at kommunen legger inn personer kommunen ønsker å bli kvitt for en tre måneders periode. Kommunen legger alt ansvar over på spesialisthelsetjenesten for å få en pause fra oppfølgingen ute:

Våre erfaringer er veldig variable fra kommune til kommune. Ofte føles det som om at når de blir lagt inn på tvang så blir de litt kvitt problemet. At da er de innelåst hos oss i tre måneder. Det byr på utfordringer fordi da er det en gylden mulighet for å komme på banen og bli kjent med pasienten og møte ham rusfri, i stedet for å tenke at nå er vi kvitt problemet i tre måneder (informant 6).

Spesialisthelsetjenesten har tydelige sammenfallende tanker om hvorfor kommunen legger inn personer med rusmiddelproblematikk. Det kan virke som om denne måten å se på kommunens bruk av tvangstiltak har blitt en kultur hos spesialisthelsetjenesten:

En følelse jeg sitter med er at enkelte samarbeidsparter, jeg understreker at det er en følelse jeg sitter med for det gjelder for all del ikke alle, det handler om at nå har vi fått han inn så nå kan vi slappe av i tre måneder (informant 8).

Deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt

Veilederen sier at både kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å samarbeide. Økt møtevirksomhet har blitt et for å bedre samarbeidet.

Kommunens perspektiv

Kommunen fikk tidligere tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten om at de synes kommunen var for lite delaktige når personen var innlagt på tvangstiltak i spesialisthelsetjenesten. Det resulterte i at kommunen hadde møte med spesialisthelsetjenesten og kom frem til at det skulle gjennomføres minimum tre møter under brukerens opphold:

Vi møter sjeldent opp i institusjonene. Vi er på disse tre møtene som vi skal. Vi synes at vi i perioder fikk: «Hvorfor er dere ikke her oftere? Dere skal følge opp når dere har noen på tvang». Personalet i institusjonene ønsket at vi skulle komme oftere. Etter et møte med deres leder ble vi enige om tre møter og så kan de ta kontakt utenom hvis det er noe spesielt (informant 3).

Det er stor variasjon i forhold til fysisk avstand mellom kommunene og institusjonene. Dessuten er det store forskjeller på størrelsene på kommunene. Størrelsen på kommunen gjenspeiler ofte hvor mange som jobber innenfor rusfeltet i kommunen. En stor kommune har ofte flere ansatte enn en liten kommune som kan ha få. Ressurser og fysisk avstand har en innvirkning på hvor ofte kommunen

kan møte opp i institusjonen. Det kommer tydelig til uttrykk hos denne informanten fra en stor kommune med kortere fysisk avstand:

Jeg er veldig på med de tre ansvarsgruppemøtene på de tre månedene på tvang. Min erfaring sier at her gjelder det å virkelig ha avtaler, ganske mange under oppholdet, for det er så mye som må ordnes (informant 4).

Kommunen sier at de alltid stiller på møter som er avtalt i institusjonen, men at de ikke alltid er fornøyd med møtedeltakelsen fra spesialisthelsetjenesten:

I mange av tvangssakene har vi hyppige møter i institusjonene. Jeg opplever at det er tilfeldig og vilkårlig hvilke andre ansatte fra institusjonen som er med og noen ganger er det ingen som kan delta. Viktige møter. På et møte hadde en forvernskontakt fra en institusjon for langtidsbehandling kjørt i flere timer og så kom det bare en tilfeldig miljøarbeider fra avdelingen som ikke kjente brukeren som var innlagt (informant 1).

Kommunen mener at en forklaring på dette kan være at kontaktpersonene i kommunen og spesialisthelsetjenesten har forskjellige arbeidstider:

Vi jobber dagtid og i institusjonene jobber de turnus. Det er en utfordring med møtene at det kommer forskjellige folk hver gang. De sier at jeg er ikke på pasientens team, men jeg er på jobb i dag og står på pasienten. Det er en realitet (informant 2).

Kommunen gir uttrykk for at de ikke er fornøyd med at det deltar en tilfeldig person som er på jobb i institusjonen. De ønsker at en primærkontakt fra avdelingen skal delta:

Vi ønsker at primærkontakten fra avdelingen skal møte på de avtalte møtene. Hvis primærkontakten ikke har vært på jobb har det vært andre som har måttet steppe inn. Da synes vi nok vikaren kanskje kunne etterstrebe og sette seg litt bedre inn i saken av og til, slik at de har noe å bidra med inn (informant 3).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Spesialisthelsetjenesten er opptatt av å løse det de ser på som et dårlig samarbeid med kommunen med økt møtevirksomhet. De er ikke så opptatt av hvem som deltar på møtene som kommunen var, bare at møtene forplikter til samarbeid:

Det har vært vanskelig å samarbeide med kommunen. Det er derfor de tre møtene ble satt opp med faste datoer. Det har hjulpet oss mye på vei. Da ligger det inne som forpliktende samarbeid. Det er et møte helt i starten for å planlegge veien videre når pasienten har kommet inn. Så er det et midtevalueringsmøte der vi ser hvor langt i prosessen vi er, og så er det et avsluttende møte når pasienten er klar for å dra eller når tvangen opphører (informant 6).

Spesialisthelsetjenesten har et stort søkelys på hva som bør være på plass etter at tvangstiltaket opphører og legger mye av ansvaret over på kommunen:

Vi har forpliktet oss til tre møtetidspunkter. Der kommunen skal være til stede, evaluere hvordan det går og planene etter. For det er etter utskrivelse de er sårbare i forhold til overdose. Det er vår bekymring. Når pasienten skrives ut så må kommunen sørge for det være et godt nettverk rundt dem (informant 6).

Hva tenker de ute skal til eller hva kan være ønskelig? Kanskje flere samarbeidsmøter? For personen skal jo tilbake. Det er jo kjempevanskelig (informant 5).

Spesialisthelsetjenesten er opptatt av at det er en person utenfor institusjonene, men i spesialisthelsetjenesten, som tar ansvar for at møtene avholdes som spesialisthelsetjenesten ønsker:

Dette her med bistandsteam og det med de faste møtene vi planlegger nå. Det er jo rådgiveren i sykehuset som tar ansvaret for det. Det tror jeg er kjempesentralt for plutselig så, nei nå må vi ha et møte og så passer det ikke for den. Det er vanskelig å få til møter når det er flere enn to som skal møtes. Derfor er det viktig at det på overordnet vis er satt de datoene. De blir avtalt umiddelbart. Det tror jeg er viktige møter (informant 8).

Tilbakeholdelsen

Ifølge veilederen har spesialisthelsetjenesten ansvar for at oppholdet i institusjonen gjennomføres etter vedtaket slik at formålet med innleggelsen blir ivaretatt og kommunen har ansvar for å følge brukeren opp. En sentral målsetning er at pasienten ved å bli holdt tilbake i institusjon, skal bli skjermet for bruk av rusmidler og bli i stand til å ta valg om videre behandling basert på eget samtykke. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 skal personen legges inn «for undersøkelse og tilrettelegging av behandling». Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å samarbeide med hverandre.

Kommunens perspektiv

Når det gjelder oppgaver knyttet til samarbeid om tilbakeholdelsen sier kommunen at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten og forventer at spesialisthelsetjenesten har satt seg inn i bakgrunn og hensikten med innleggelsen. Så møter de en spesialisthelsetjeneste som ikke kjenner til hva som er planlagt:

Vi planlegger et løp, og tenker at nå har vi laget en god plan sammen med spesialisthelsetjenesten i bistandsteamet. Dette skal vi få til på vegne av brukeren og så faller alt sammen fordi det kan virke som om planen ikke har blitt kanalisert ned til de som skal utføre (informant 1).

Ofte opplever kommunen at samarbeidet ikke blir så bra fordi de er uenige med spesialisthelsetjenesten. Kommunen er usikre på om spesialisthelsetjenesten har oversikt over hvem som har ansvaret og om samarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten er godt nok:

Jeg synes ikke samarbeidet med institusjonene går så bra i perioder. Vi er nok litt uenige. Det virker ikke som om de har helt oversikt over hvem som faktisk har ansvaret. Skal man ha permisjon, skal man ikke ha permisjon? Man setter opp disse møtene hvor man skal snakke om det og bli enige, og så blir det mange telefoner utenom fordi det blir mange ulike personell som kanskje ikke har vært med. Man får ikke helt tråden i det. Jeg synes det har vært litt rotete i de tre månedene noen ganger. Der ser jeg at vi har en bit å gå for å få til samarbeidet (informant 3).

Kommunen er opptatt av at innleggelse uten personens samtykke, er en stor inngripen i personens liv og en relasjonell utfordring for dem. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten bør være mer motivert til å ta imot pasienter på tvangstiltak og er ikke fornøyd med innholdet i det tilbudet som finnes i dag. De tror spesialisthelsetjenesten ikke ønsker å gjøre en innsats fordi det ikke er de som har gjort vurderingene i forkant av innleggelsen:

Det jeg tenker på er innholdet i de tre månedene. Jeg tror at utgangspunktet for innleggelse på tvang ikke baserer seg på vurderinger fra spesialisthelsetjenesten sånn at det blir litt mer oppbevaring. Jeg tenker at det ikke er heldig, rett og slett uetisk. Nettopp ved å gjøre den alvorlige inngripen i et menneskes liv og så blir det bare oppbevaring. Det har vi med oss når vi vurderer bruk av tvang på våre brukere. Jeg er ikke fornøyd med institusjonene vi kan bruke når vi legger inn folk på et tvangsvedtak. Vi bør få noen avdelinger som er i stand til å ta imot dem både faglig og profesjonelt og som er motivert for det (informant 2).

Det har vært en voldsom prosess den jobben man har gjort på forhånd og en inngripen i den pasientens liv. Vi har valgt å legge deg inn på tvang fordi du er såpass dårlig at du ikke klarer å

ivareta deg selv. Vi er bekymret for livet ditt. Det er verdt en god jobb inne også. At man bør gjøre en innsats for å prøve å få til noe. For det er pasienter som ikke selv tenker at de trenger hjelp. De klarer ikke å ta noen valg selv, de klarer ikke å stå i frivillig behandling. Man skal over noen hinder inne på institusjonen også for å komme i gang med noe. Det må de jobbe litt for. Det får jeg ikke helt grep om innimellom, om spesialisthelsetjenesten gjør det godt nok, eller at de tenker at nå er den døra lukket. Vedkommende får bare bli der inne i tre måneder og så går vi bare forbi. Stille og rolig, så er det greit (informant 3).

Kommunen beskriver at det ofte er mye motstand hos en person som er innlagt på tvangstiltak. Det er de dårligste pasientene som ikke klarer å motta den hjelpen de er i behov av. Ved innleggelse på tvangstiltak er disse personene sammen med personer som er frivillig innlagt. Det mener kommunen er uheldig:

Det er ofte mye motstand hos en person som blir innlagt på tvang. Det går litt over når de kommer til seg selv. Da kan de forstå hvorfor kommunen har lagt inn på tvang, men man ser en tilbaketrekning. Trekke seg vekk fra fellesskapet og gruppebehandlingen på avdelingen. Det er ikke tvil om at det er vanskelig når man ikke er klar for en tilbakeholdelse i en avdeling hvor de fleste er frivillig innlagt og motivert for behandling. Man er ikke rigget som institusjon for å jobbe veldig intens eller tett opp mot og styrke motivasjonen til å motta behandling for disse personene. De trekker seg tilbake til rommet, spiser på rommet, er på rommet (informant 4).

Kommunen sier de ikke har noe annet valg enn de avdelingene som helseforetaket har utnevnt, uansett hvor godt samarbeidet er. Kommunen må forholde seg til et forløp i spesialisthelsetjenesten og forsøker finne andre løsninger enn tvangstiltak:

Jeg kan ikke samarbeide så godt jeg vil. Jeg har et forløp å forholde meg til, uansett. Det er litt tøft som ruskonsulent ute i kommunen og si at tvang er det beste for deg min venn, men her har vi løpet. Rammene er for gitt. Det er ikke mulighet til variasjon etter den enkelte. For noen brukere passer det for, men ikke alle. Institusjonen er mest opptatt av hva pasienten kommer ut til. Det er viktig at de også jobber parallelt med dette mens brukeren er innlagt. Hvis institusjonen mener at det ikke er deres jobb, det er kommunens, så er det noe som de kanskje ikke har på agendaen i samtalen med den tvangsinnlagte. Noen brukere trenger ikke så mye fokus på alt det her etterpå kanskje. De har kanskje behov for en sykehusinnleggelse på tvang mens andre har mer behov for helhetlig tenkning som kanskje andre institusjoner kan gi. Derfor er det så viktig med variasjon på tvangsinstitusjoner som det er tilgang på. Hos oss prøver vi å finne andre løsninger en tvang, hvis vi er bekymret for personen og tenker at institusjonene som har tvangsinnleggelse ikke er egnet for personen og de behovene han eller hun har (informant 4).

Kommunen begrunner dette med at spesialisthelsetjenesten har et for stort medisinsk fokus og glemmer det sosialfaglige:

Jeg tror tvangen var ment som en sosialfaglig skjønnsmessig vurdering og at institusjonene som tar imot tvangsinnleggelsene har et medisinsk fokus. Man må være villige til å gjøre noe inne i institusjonen, av ting som ligger litt utenfor. I alle fall når det er tvang. Det er viktig at de motiverer til videre frivillig behandling som har en helhetlig tilnærming. Inntil tre måneder er knapp tid for å de grunnleggende behovene dekket (informant 4).

Kommunen mener at institusjonene ikke har mulighet til å ivareta pasienter med kompleks problematikk. Noen institusjoner slipper ut utagerende pasienter fordi de ikke kan holde dem igjen:

Noen av avdelingene som har pasienter innlagt på tvang er ikke rustet for det. De sier blant annet at hvis pasienten vil bryte seg ut, så må vi jo slippe ut. Og så ringer de politiet da. Og så må de kanskje innom en avdeling som kan holde dem tilbake før de kommer tilbake til avdelingen som har sluppet dem ut. Det er litt trøbbel med den tvangen. Er det hensiktsmessig hvis personen bryter seg ut og slår i stykker vegger og glass? Skal vi heller oppheve tvangen? Tenker man at personen ikke er så dårlig at den trenger behandling og være inne? Fordi at avdelingen ikke rommer eller får til, så må man slippe ut, og så skal man også oppheve tvangen. Dette er det ingen klare svar på. Det blir stadig vekk diskusjoner på det (informant 3).

Kommunen sier spesialisthelsetjenesten behandler brukere innlagt på tvangstiltak som de andre pasientene som er innlagt i institusjonen. De får samme behandling til tross for at de er de dårligste pasientene og ikke motivert for behandling som de som er innlagt frivillig må vise til for å bli lagt inn. De frivillige innlagte pasientene har dessuten valgmulighet på institusjon:

Institusjonene vi bruker sier at de har denne type behandling. Vi har ikke sagt at vi skal være noe annet. Så det vi sier fra kommunen er at dere må ta noen andre hensyn og da er det jo klart at de må ha akseptert at de må ta noen andre hensyn. Hvis de ikke har den ideologien eller mener de kan jobbe helhetlig på den måten så kan de ikke gjøre det. Fordi de ikke har det som dagsordenen. Det er noen greier der som blir borte. Det blir veldig sjelden vist til. Institusjonen tenker hva med etterpå og kommunen må også tenke etterpå. Jeg er veldig avhengig av, når jeg kommer inn på et ansvarsgruppemøte, at forberedelsesprosessene er, at institusjonen motiverer til at brukerne skal tenke på hvordan de skal håndtere økonomien sin etterpå. Hva tenker du om tiltak, bolig og så videre, etterpå? Institusjonen må også ha en del av de punktene på sin agenda. Hvis institusjonen mener at det er ikke deres jobb, det er kommunens, så er det noe som de kanskje ikke har på agendaen i samtale med den tvangsinnlagte. Noen brukere trenger ikke så mye fokus på alt det her etterpå kanskje. De har kanskje behov for en sykehusinnleggelse på tvang mens andre har mer behov for helhetlig tenkning som kanskje andre institusjoner kan gi. Derfor er det så viktig med variasjon på tvangsinstitusjoner som det er tilgang på. Jeg synes det er viktig (informant 4).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Spesialisthelsetjenesten sier at de er utpekt til å ha ansvaret for den tvangsinnlagte, utfør tilbakeholdelse for kommunene, har et medisinsk fokus og utarbeider behandlingsplaner og fordeler arbeidsoppgavene sammen med samarbeidspartnere. De har rutiner og prosedyrer for alle innlagte pasienter som de følger:

Vår oppgave er å holde pasienten rusfri og holde ham innenfor de rammene vi har og ha et tett samarbeid med kommunen og poliklinikken. Samtidig finne en adekvat medisinerings, vi ser på om det er noe i forhold til utredning og så er det behandling. Vi har alltid mye behandling i en tvang. Så vårt mandat, gitt i forhold til tvang, er å passe på dem så de ikke ruser seg. Det er det som er vår oppgave (informant 6).

Vi er utpekt til å ha ansvaret for dem. Når det er sagt så er jeg usikker på i hvilken grad den som ga oss det ansvaret var opptatt av lokalitetsmessige hensyn, blant annet. Det er en utfordring (informant 6).

Det er ikke bare lokalene som er en utfordring. Institusjonene som er utpekt til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak sier de ikke er rustet til å hjelpe de dårligste pasientene. Spesielt hvis pasientene har andre tilleggslidelser innenfor psykiatri og somatikk. Disse pasientene er dessuten en stor kostnad for spesialisthelsetjenesten:

Vi klarer stort sett å romme de aller fleste tvangspasientene. Hvis de har store psykiske lidelser i tillegg til rus, så kommer vi litt til kort. Vi har ingen skjermingsrom eller mekaniske hjelpemidler. I seksjonen så flyter det fritt med glass, kopper og kniver. Hvis vi tenker den klassiske ruspasienten så er vi nok rusta. Med alle tilleggslidelsene så blir det et veldig komplisert bilde. Og det er vel det vi ser mer av i dag. I tillegg til rus så har de ganske alvorlige somatiske skader og psykiske lidelser. Det er krevende. Vi har hatt tvangspasienter som har vært mer på somatisk avdeling enn de har vært hos oss på grunn av somatiske skader. Da har vi brukt vektere for å passe på de døgnet rundt. Det er et kostnadsspørsmål det også. Det er veldig dyrt for sykehuset (informant 6).

Med unntak av tilbakeholdelse får pasienter innlagt på tvangstiltak samme behandling i spesialisthelsetjenesten som pasienter som er innlagt frivillig:

Vi har de sammen med de som er her frivillig. De får tilbud om å få være med på behandlingselementene inne hos oss og vi råder de til å delta. Vi kan ikke tvinge dem, men vi holder de igjen sånn at de vet hva som skjer hvis de stikker av. De som ser denne muligheten og deltar i gruppene opplever jeg utvikler seg i en meget positiv retning. Vi har ungdommer som har ligget på rommet sitt i tre måneder og vi kan ikke tvinge dem. De går det ikke bra med, rett og slett. Det blir en pause for dem. Tilbudet handler om at man har en del grupper,

man jobber med de knyttet til rusmestring med tanke på å mestre hverdagen og å finne meningsfull aktivitet (informant 8).

Spesialisthelsetjenesten er opptatt av at rusbehandlingen har endret seg. Det gjenspeiler seg også yrkesgruppene som jobber i spesialisthelsetjenesten:

Rusbehandling har generelt endret seg. Medisinfokuset har tatt litt overhånd, synes jeg. Man skal medisinere all verdens symptomer, for å si det sånn. Problematikken folk kommer inn med er mer sammensatt. Det er mer somatisk sykdom, faktisk. I avdelingen har vi derfor en salig blanding av sykepleiere og vernepleiere. Vernepleiere er mer på den sosiale biten enn det sykepleierne er. I alle fall i utdanningsammenheng. Vi har også sosionomer og helsefagarbeidere (informant 8).

Motivere for endring og videre frivillig behandling

Formålet med innleggelse på tvangstiltak er blant annet å avverge alvorlig helseskade og gjennom et rusfritt opphold motivere til endring og videre frivillig behandling og rehabilitering. Forskning viser at tvangstiltak hjelper og at alternativet ofte er ingen behandling. Over halvparten av de tvangsinnlagte hadde en bedre livskvalitet etter tvangsinnleggelse og behandling (A. R. Pasareanu, Opsal, Vederhus, Kristensen & Clausen, 2015).

Kommunens perspektiv

Når det gjelder å motivere for endring og videre frivillig behandling sier kommunen at de deltar i denne prosessen. De tar utgangspunkt i hensikten med bruk av tvangstiltak og opplever ikke alltid at spesialisthelsetjenesten deler deres plan:

Vi gjør det vi kan ut ifra den posisjonen og det mandatet vi har. En gang opplevde jeg at det ble disputer om hvor personen skulle være i løpet av oppholdet i disse tre månedene. Det ble nærmest en kamp mellom sykehuset og kommunen om hvor personen skulle i det videre løpet. Disse tre månedene vi hadde jobbet for, fordi vi tenkte at det var nødvendig for å stabilisere. Personen skulle få den roen og bli såpass rusfri at han kunne gjøre seg opp en mening, og jobbe med motivasjonen for langtids rusbehandling. Han hadde forsøkt mye frivillig først og erfaringen var at han avsluttet ganske raskt. Noen steder etter noen dager, andre steder etter noen uker og andre ganger hadde vi forberedende møter for å søke inn til langtidsbehandling og så trakk han seg allerede i den prosessen. Han trengte den tiden. Ikke bruke tvang for å bruke tvang, men fordi vi mente oppriktig at det ville være godt for han og mest riktig å bruke tre måneder for at han skulle lande og få forberede seg til langtids rusbehandling. Ganske raskt så opplevde jeg at det var et press på at, nærmest forhandling på uker, hvor lenge han skulle være innlagt på tvang før han skulle over i frivillig langtidsbehandling. Og vi så da at den intensjonen og den jobben vi har lagt ned med tvangen ble satt på spill. Tvangen ble avsluttet 5-6 uker og han dro i langtidsbehandling. Etter

kort tid dro han og kom ikke tilbake til langtidsbehandlingen. Så det vi fryktet, det skjedde før det var gått tre måneder. Det ble en litt dyr og bitter lærdom. Det er uheldige at det kommer til en dragkamp eller en forhandling eller et press allerede en uke etter at brukeren er langt inn på tvang. Jeg skal ikke si at for andre så kan dette her være fornuftig at man er to måneder og så er du klar for langtidsbehandling, så det er ikke det jeg mener. Det var på tvers av våre oppfatninger (informant 1).

Kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten ikke lengre er gode på å jobbe med motivasjon for å få til en endring og tror det skyldes at det er vanskelig å få til sømløse overganger. Institusjonene som tar inn pasienter til frivillig langtidsbehandling har ofte lang ventetid. Det vanskeliggjør hensikten med å motivere til noe som ikke kan komme direkte etter en tvangsinnleggelse:

Spesialisthelsetjenesten jobber dårlig med motivasjon. Vi kan ikke tvangsbehandle mennesker, men vi kan jobbe med motivasjon. Jeg har også jobbet i spesialisthelsetjenesten for mange år siden og vi jobbet mye med motivasjon. Vi så helt klart at flere begynte å tenke, og bare det å få en tanke om at det er mulig å gjøre noen endringer. Få troen på ved å gjøre ting og få noen mestringsopplevelser. Det er ikke spesialisthelsetjenesten gode på i dag. De har i en tremåneders periode klart å ivareta pasientens helse – livsbistand. Det er svært lite å få gjort hvis vedkommende finner ut at han ønsker videre frivillig behandling. Da må det vurderes av poliklinikken. Det skulle vært litt sømløst. Vi gjør en såpass stor inn gripen og da bør systemet ha på plass noen ordninger slik at de kan gi et tilbud videre, hvis ønskelig. Det er uetisk å motivere mennesker og så må de ut en stund og så må de inn på avrusning igjen. Eller du må innom poliklinikken igjen for å få rett til helsehjelp. Hele den runden der. I den settingen med å ha blitt plassert på 10-2 så mener jeg at vi må være åpne for å kunne tilby en plass umiddelbart etterpå dersom vedkommende finner ut det underveis. Da skal det ikke bli stoppet av ulike rammer og systemer. Det er min mening. Og så er det vurderinger i forhold til kost og nytte. Som blir underlig når vi som system har brukt tvang. Det koster mye med døgnbehandling. Det er en god investering hvis vi hadde åpnet opp for å komme videre (informant 2).

Kommunen er usikker på om spesialisthelsetjenestens behandling av personer med rusmiddelproblemer, innlagt på tvangstiltak, er hensiktsmessig og reflekterer rundt det på denne måten:

Det er nok av pasienter som bare blir fortalt hva de skal gjøre. Det er ikke god motivasjon. Det er en evig pendel som på en måte er på vei fra den ene grøfta og over til den andre. Tidligere så var det moralisme. Hvis man ser de lange linjene her. Nå er det medisinsk pleie. Ingen av delene er riktige. Skal vi få til endring så må det komme fra pasienten selv. Vi kan ikke gjøre så mye annet enn å gå sammen med. Det føler jeg er nesten borte i spesialisthelsetjenesten, dessverre. De som jobber i spesialisthelsetjenesten, de forskjellige yrkesgruppene, jobber ikke mot samme mål fordi det ikke er den grunnleggende felles plattformen den strukturen. Det er jo på ulike nivåer. Alle må forholde seg til behandlingsplanen, alle disse sykehusrammene og rutinene. Og så har man alle ulike tanker på hva jobben ellers består av. Noen gjør alt for, andre gjør ingenting for. Noen tenker at det

er kommunens ansvar. Og det skal du bare vite, jeg har virkelig mang en gang hatt noen diskusjoner hvor jeg blir helt matt. Det her er tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kan ikke bare legge alt til kommunen når de er innlagt på tvang. Da skal de jobbe og hjelpe folk med for eksempel bolig. I alle fall begynne å jobbe med det. Ikke bare tenke at pasienten skal ta kontakt med kommunen. Her i kommunen hadde vi en diskusjon i forhold til regjeringen vår. De sier en ting og gjør en annen ting. De sparer på svakes bekostning, men ingen sier noe. Det kommer liksom ikke frem. Det er slik jeg opplever fagfeltet også. Jeg har tenkt en del ganger at folk på poliklinikken med svært god faglig kompetanse finner seg i å tenke kost og nytte. Jeg skjønner ikke det. Jeg forstår jo at de kan tenke at noen har hatt mange innleggelse. Man kan jo begynne å lure. Det trenger ikke å være pasienten, det kan være tilbudet som ikke har klart å tilpasse seg pasienten. Det er vi ikke flinke nok til. Man har sett på statistikk hvor mange som klarer seg. At døgnbehandling da ikke har svart seg. Det er svært få som har hatt fokus på innholdet i behandlingen. Hva tilbudet har vært. Så har det mer gått på bekostning av pasienten. Det er ingen lengre som tenker at vi har i vårt daglige språk at vi må gå noen runder. Ha det perspektivet. Gå en runder til. Vi vet aldri når disse små dryppene for hver runde virkelig setter seg og er med på å gjøre en endring (informant 2).

Kommunen er usikker på om spesialisthelsetjenesten prøver å gjøre en innsats for å motivere for endring og videre frivillig behandling fordi de er uenige i kommunens vurdering om innleggelse på tvangstiltak:

Vi er litt usikre innimellom på om institusjonene går inn for å gjøre en innsats for å prøve å motivere for å få til en endring. Eller om de har satt seg på bakbeina. Vi mente ikke det her og se hvordan det gikk. Det kan vi sitte med av følelser i kommunen. Det er ikke absolutt sikkert at det er sånn. Det er litt den tanken som slår oss (informant 3).

Kommunen er ikke fornøyd samarbeidet med spesialisthelsetjenesten når det gjelder å motivere for endring og videre frivillig behandling og forsøker å finne andre bedre løsninger:

Vi synes ikke de plassene vi kan bruke i dag er gode nok på dette med å motivere for endring og videre frivillig behandling. Vi jobber nå mer i forkant, når det vurderes tvangstiltak, med å finne andre bedre løsninger sammen med brukeren og poliklinikken. Jeg synes kanskje samarbeidet med poliklinikken går mye bedre enn det har gjort med institusjonene i perioder. Vi er nok litt uenige. Det virker ikke som om de har helt oversikt over hvem som faktisk har ansvaret. Vi får stort sett plasser på to av avdelingene, men vi har hatt et par stykker som har vært så dårlige at de har ligget på et annet sykehus. De tar sitt ansvar mer. De kjører løpet. De er der på tvang og ferdig med det. De er mer drillet på det. Det er i alle fall det jeg har inntrykk av (informant 3).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Spesialisthelsetjenesten sier at de motiverer for videre frivillig behandling og samarbeider om søknad til videre frivillig behandling. En av institusjonene som er utpekt til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak sier:

Det med motivasjon har vi sett på som vesentlig viktig når vi har pasienter innlagt på 10-2. Da har kommunen gjerne lagt et løp. Ofte når pasientene kommer til oss så vil de ikke ha noe annen form for behandling. Jobben vår er å få de til å innse at det livet de har levd ikke er greit. Det er fare for livet deres. I den jobben, svært krevende, så er det de primærkontaktene som har hovedansvaret. De som har kompetanse på motiverende intervju (MI). Samtidig så veileder de de andre, så vi prøver å holde en sånn tråd i det. Fanger opp hva de sier og bruker det til motivasjonsarbeid. Så prøver vi å motivere, å bruke alle de faktorene som vi ser til at det kan være med for å få litt innsikt i egen situasjon. Hva er det som kan løfte selvbilde litt? Hva som helst. Og vi vet hva vi skal jobbe med. Det som er tanken med samarbeidet er at hvis vi får motivert dem til videre behandling eller et eller annet som henger i andre enden av 10-2, så må vi ha på plass poliklinikken. Det er de som søker videre og så må kommunen være med (informant 7).

Ikke alle institusjonene sier de har fokus på å motivere til endring og videre frivillig behandling. Spesialisthelsetjenesten er tydelige på at rusbehandling er kostbart og at det ikke er de som tar beslutningen om pasienten skal videre i frivillig behandling:

Det er poliklinikken som pasienten er tilknyttet som tar beslutningen om de skal ha langtidsbehandling. Det handler om penger. Poliklinikken må prioritere og så er det lang ventetid. Ofte er det jo sånn at de sømløse overgangene ikke alltid stemmer og så må de ut og hjem i mellomtiden. Det er jo blitt sånn at det er ingen som skal være lenge på institusjon. De skal bo i egen kommune og få behandlingen der, av poliklinikk eller av kommunen. Døgninnleggelse skal være kortest mulig. Vi har gitte rammer vi må forholde oss til (informant 6).

Tidligere hadde spesialisthelsetjenesten mulighet til å ha pasienten innlagt etter at tiden på tvangstiltak var over. De har hatt gode erfaringer med det, men nå har de ikke lenger mulighet til det:

Det jeg tenker er kjempesentralt er disse to funksjonene som tvangen har. Den første perioden så skal du ikke ha noen valg. Etter de tre månedene så skal du ha en mulighet til å velge. Det synes jeg har blitt verre de siste årene. Før hvis pasienten ønsket å fortsette på frivillig basis så kunne de fortsette her hos oss. Det kan de ikke lengre for vi har ikke ressurser til det. Vi er ikke tiltenk å skulle ha det (informant 8).

Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen er for lite deltakende i jobben med å motivere for endring og videre frivillig behandling. De sier kommunen bør være med i samarbeidet om å motivere og søke

pasienten inn til videre frivillig behandling. Finne ut hva som skal være når tvangstiltaket er ferdig og sørge for et godt nettverk etter utskrivelse. Kommunen må ha tett dialog med den lokale poliklinikken så de får sendt av gårde en søknad om frivillig behandling raskt. De bør fremme motivasjonen til pasienten for endring og gi behandling til pasienten før og etter. De bør ivareta pasientene når de kommer ut. Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen vil overlate alt dette til spesialisthelsetjenesten:

Utfordringene er blant annet hva skal vi motivere til? Hvilken type behandling skal vi være med å motivere til? Jeg tror kommunen er for lite delaktig (informant 5).

Pasienten er jo innlagt 24/7 med begrenset utgang og tilgang til ulike ting. For å fremme motivasjonen til pasienten for enten å gå videre i behandling eller å være rusfri så bør også de andre hjelperne være til stede. Det hjelper ikke at vi står der og motiverer og motiverer. De må også se at det er noe der ute som de kommer til. Det å bare få lov til å ta en tur hjem i leiligheten for å hente litt klær, det er positivt. Vi jobber hele veien med pasientene i forhold til at de skal få mest mulig frihet. At de skal få utgang, at de skal få lov til å prøve seg ute, dra på handleturer. Det er hele målet vårt. At de skal være deltagende. For vi har jo sett at enkelte pasienter, innlagt på tvang, har ligget inne i senga si i tre måneder på rommet. Da synes jeg nytteverdien er lik null (informant 6).

Praktiske gjøremål utenfor institusjonen

Veilederen sier ingenting om hvem som har ansvaret for praktiske gjøremål utenfor institusjonen.

Kommunens perspektiv

Det er varierende hva kommunen ikke tar ansvar for og bruker ressurser på av praktiske gjøremål utenfor institusjonen, når brukeren er innlagt på tvangstiltak. Kommunen bruker unødvendig energi på å diskutere kommunens oppgaver. Kommunen sier de bør ha kontakt med bruker og institusjonen fordi det er mye som må følges opp. De sier de vil ha kontakt og ta alt det som handler om det kommunale som for eksempel økonomi og bolig:

Jeg må ta imot alt det som har med det kommunale. Hvis det handler om økonomi, det skal i og for seg på NAV, men hvis jeg skal vente på at NAV kommer på et møte så blir ikke det gjort. Hvis jeg ikke hadde vist at det ikke ble gjort og kanskje bare jobbet lite gran og tenkt at jeg innkaller NAV og så skjer det ikke noe. Ved å ta veldig mange oppgaver og registrere dem fordi jeg kjenner til «den veien» så sikrer jeg det litt. Det gjør at det blir veldig, veldig mye. En tvangssak for meg blir veldig stor. Også under fordi jeg må kontakte alle kommunale tjenester i påvente av at de skal komme på møter så må jeg ringe og gi beskjed. Det er tidskrevende (informant 4).

Men kommunen er tydelig på hvem som har ansvaret for brukeren når brukeren er innlagt:

Jeg tenker at når personen er innlagt så er det avdelingen som har hovedansvaret, men sånn jeg jobber, så bidrar jeg så godt jeg kan med oppfølgingen (informant 1).

Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten har forskjellige forventninger til hvilke oppgaver, spesielt praktiske gjøremål utenfor institusjonen, som kommunen kan gjøre. De forventer at kommunen skal hente og kjøre pasienten til diverse gjøremål og legger arbeidsoppgaver over på kommunen som kommunen tenker ikke bør prioriteres. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten bør ta ansvaret for behandlingen og ikke legge oppgaver over på kommunen:

Jeg har opplevd at spesialisthelsetjenesten har hatt forskjellige forventninger om hva ruskonsulenten skal stille opp med. For eksempel at pasienten skulle vært hjemom og sjekket om et vindu var lukket. Kan dere komme og hente for å kjøre frem og tilbake for å sjekke det vinduet? Trenger nytt bankkort, skulle ha hentet det i banken, kunne dere kommet og hentet og kjørt? Fordi de ikke har ressurser. Hvor vi på en måte er litt usikre på om dette er greit? Skal vi gjøre det? Er det vår oppgave? De er innlagt på tvang. Hvem har ansvaret da når vi har med personen ut? Vi gjør veldig lite av det. Nesten aldri. Bruke mye tid og ressurser på å kjøre innlagte brukere. Det tenker vi at ikke bør prioriteres. Da skal det være noe helt spesielt. Vi synes det er mange sånne små filleting, kanskje, som vi tenker pasienten bruker for å komme seg ut. Bruker personalet for å få ringe for å sjekke og ordne og de biter litt på. Ikke ta den kampen eller diskusjonen eller si at dette er kanskje ikke... men heller ta det videre til oss, og så er det vi som må si nei. Det kan godt tenkes det må være sånn, men vi hisser oss opp litt innimellom. Fordi vi synes det er unødvendig å ringe og mase og spørre om det, når de vet det ikke kommer til å bli gjort. Jeg tror det er personavhengig. Er det noen som har erfaring fra å jobbe i kommunen så har de større forståelse for og er lettere å samarbeide med for de vet hva det går an å få til i kommunen. Det finnes ikke så mange bemannede boliger for denne gruppa, dessverre. Selv om de ikke vil bo alene og de er bekymret for det (informant 3).

Kommunen opplever stadig at de blir kontaktet av spesialisthelsetjenesten for å gjøre vurderinger og bistå med praktiske gjøremål utenfor institusjonen som kommunen mener ikke er deres oppgave:

Vi har blitt oppringt for å høre om det var greit at personen dro hjem på en overnatting. Det synes vi var underlig for det er det jo avdelingen som skal vurdere som ser vedkommende og forholder seg til vedkommende daglig. Hvis de så har vurdert at de skal ha utgang så forventer de at kommunen skal komme og kjøre eller gå tur (informant 2).

Spesialisthelsetjenestens perspektiv

Spesialisthelsetjenesten sier at de må forholde seg til økonomiske kostnader/rammer og bruker masse ressurser på blant annet tannlegebesøk. De har heller ikke ressurser til å bistå pasientene med sosialfaglige oppgaver. En av institusjonene har ansatt en sosionom som tar seg av det sosialfaglige som for eksempel bolig, nettverk og økonomi. Vedkommende samarbeider med aktører i kommunen. Spesialisthelsetjenesten sier ingenting om hva de bør gjøre, men sier de vil gi medisinskfaglig behandling:

Det er de konkrete tingene som jeg er opptatt av, også når pasientene er innlagt på tvang. Og det er sånne ting man skulle ha samarbeidet om. Utfordringene vi har hatt er hvem kan gjøre ting ute. Hvem kan kjøre? Vi har ikke ressurser til å ta med pasienten utenfor avdelingen (informant 5).

Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen overlater alt til spesialisthelsetjenesten når pasienten er innlagt på tvangstiltak. De mener det varierer hva de forskjellige kommunene gjør på grunn av manglende ressurser og lang reisevei. Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen bør sørge for det ute der pasienten bor. Ha alt på plass ved utskrivelse for å sørge for at pasienten ikke kommer ut til det samme. Spesialisthelsetjenesten sier at kommunen også bør bistå med å gå tur med pasienten, kjøre til viktige møter og ta sin del. Ta med pasienten hjem til bolig og tannlege:

Når de kommer inn her så skal vi gjøre alt. De vil til tannlege og vi er sosialfaglige og opptatt av helhetlig tenkning og alt ting. Som jeg sier til våre ansatte, det blir bare ansatt sykepleiere og vernepleiere fordi det er så mye medisiner, og folk blir dårligere og dårligere. Så si at det handler om helheten og det er ikke sagt at vi skal sitte og ordne bankid og ordne med alt sånt. Men hvem gjør det? Vi må si at dette her kan vi ikke gjøre. Det må du ha hjelp til og så må vi gi det ut, dessverre. Det er så mange ting vi skal sitte å ordne med. Verge og bytte fastlege. Vi skal gjøre alt for når de er inne så er man skjerma og da kommer alle behov. Hvordan frakte til tannbehandling? Så det å ha et bedre samarbeid, absolutt. At kommunen tørr og ikke trækker på noen. Enten så kan det være at kommunen overlater og tenker at nå får dere overta (informant 5).

Spesialisthelsetjenesten ønsker at kommunen skal utføre arbeidsoppgaver som de ikke har ressurser til å gjøre og tenker at hvis kommunen hadde gjort det så hadde samarbeidet blitt bedre:

Det vi skulle ønske er at kommunen var mer på i forhold til det med bolig, komme og besøke pasientene mens de er innlagt. Ha samtaler, bistå med det å gå en tur, ta en tur hjem i leiligheten og tannlege. Ofte så kommer tannhelse opp fordi de begynner å bli rusfri og da begynner de å kjenne på smerten. De har vondt i tennene sine. Og alt det der er tidkrevende. Hvis vi som en døgnpost skal sitte med det. Det klarer vi ikke å forvalte rett og slett. Vi må

prioritere. Vi er avhengig av et godt samarbeid med kommunen. Det ute der de bor, er et kommunalt anliggende. Vi får hele pakken, egentlig. Hvis vi hadde klart å samarbeide så tror jeg disse forløpene hadde gått mye mer knirkefritt. Noen kommuner er kjempeflinke mens andre er helt fraværende. Vi skrevet ut pasienter som har vært her på tvang til parkeringshus. Hva er formålet? Det er jo helt vanvittig. Hvis kommunen ikke gjør oppgavene sine, så er hensikten med tvang nesten borte. Spesielt hvis de kommer ut til det samme (informant 6).

Drøfting

Vurdering og opprettelse av tvangstiltak

Slik lovverket er i dag, er det kommunen som plikter å vurdere og opprette tvangstiltak hvis det er knyttet bekymring for en person som utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende, ukritisk og vedvarende rusmiddelinntak og ikke ønsker eller klarer å stå i frivillig behandling.

Tvangstiltak i rusfeltet blir ofte forvekslet med tvangstiltak i psykisk helsevern. Det er viktig å skille lovverkene fra hverandre, men skulle vi allikevel se på ansvarsfordelingen når det gjelder vurdering av bruk av tvungen tilbakeholdelse på rusfeltet og i psykisk helsevern er det forskjellig. I psykisk helsevern er det spesialisthelsetjenesten som vurderer bruken av tilbakeholdelse i egne institusjoner, men i rusfeltet er det kommunen som vurderer tilbakeholdelsen i spesialisthelsetjenestens institusjoner. I rusfeltet er det altså kommunen som gjør vurderinger etter lovverket og spesialisthelsetjenesten som utfører tilbakeholdelsen i sine institusjoner. Det kan by på noen utfordringer i forhold til samarbeid og koordineringen av arbeidsoppgavene.

Datamaterialet viser at spesialisthelsetjenesten ikke helt har tillit til at kommunen gjør en god nok jobb i forhold til disse vurderingene. Spesialisthelsetjenesten er usikker på om det er riktig at det er kommunen og ikke spesialisthelsetjenesten som skal gjøre vurderingene knyttet til de mest alvorlige syke rusavhengige. Kommunen på sin side mener de har kompetansen som skal til, og begrunner dette med at deres vurderinger blir etterprøvd i fylkesnemnda. Det oppstår betydelige samarbeidsutfordringer mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fordi det er kommunen som fremmer tvangsinnleggelsen og fordi institusjonene i spesialisthelsetjenesten har ikke mulighet til å påvirke hvilke pasienter de får inn. Frustrasjoner oppstår fordi spesialisthelsetjenesten ikke alltid er enige med kommunens vurderinger. Spesialisthelsetjenesten kan ikke oppheve tvangstiltaket, men kan avslutte tvangsoppholdet hvis faglige grunner taler for det (Lundeberg, Søvig & Mjåland, 2014).

Et stort press fra leger og spesialisthelsetjenesten om midlertidig tvangsvedtak ut ifra et medisinsk grunnlag, gjør at kommunen er villige til å gi fra seg vurderingen om midlertidig vedtak til spesialisthelsetjenesten. Kommunen sier at samarbeidet utfordres når det er aktuelt å bruke midlertidig vedtak og at hensikten da kan være skadereduksjon i stedet for motivasjon til videre behandling. Når det er behov for en rask innleggelse på midlertidige vedtak, øker altså samarbeidsutfordringene. Der det samme som Lundeberg og Mjåland (2009) fant i sin studie.

Lovverket om bruk av tvangstiltak innenfor rusfeltet er i behov av endring og i 2016 ble det oppnevnt et utvalg som har foretatt en gjennomgang og utredet behov for revisjon og modernisering av

regelverket om tvangstiltak i helse- og omsorgssektoren. Utvalget har kommet med et forslag til lovendring for å møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester. En av hensiktene har vært å legge til rette for god samhandling mellom tjenestene. Det foreligger nå et forslag til ny tvangsbegrensningslov hvor bruk av tvangstiltak ovenfor mennesker med rusmiddelproblematikk er inkludert. Her er vurderingen om bruk av tvang innen rusfeltet lagt til spesialisthelsetjenesten, med et krav om samarbeid- og planleggingsavtale mellom institusjonen og kommunen (NOU 2019:14, 2019). Lovforslaget har fått mye kritikk og det vil nok ta lang tid før en ny lov trer i kraft. Kommunen og spesialisthelsetjenesten må derfor forholde seg til dagens lovverk en stund til.

Hvis kommunen ønsker hjelp fra spesialisthelsetjenesten til å vurdere opprettelse av tvangstiltak kan kommunen be om at det innkalles til møte med et bistandsteam. Opprettelse av bistandsteam har gjort at det er enklere å drøfte saker sammen med spesialisthelsetjenesten for å finne gode løsninger for den enkelte bruker. Kommunen forteller at det i flere tilfeller har det endt med et frivillig behandlingsløp og det derfor ikke har vært nødvendig å bruke tvangstiltak.

Kommunen må vurdere tvangstiltak ved bekymring, men det er spesialisthelsetjenesten som finner egnet institusjon. Kommunen sier at de institusjonene som spesialisthelsetjenesten bruker til innleggelse på tvangstiltak ikke favner hele brukergruppen, og vurderer at hensikten med en tvangsinnleggelse ikke vil bli oppfylt hvis ikke spesialisthelsetjenesten kan tilby flere alternativer. Institusjonene for rusbehandling har forskjellig metodikk for behandling, og kommunen ønsker å bruke andre institusjoner enn de som helseforetaket har utpekt til å ha pasienter på tvangstiltak. Når spesialisthelsetjenesten har så få institusjoner som kan brukes, velger kommunen å ikke bruke tvangstiltak hvis de kan unngå det. Det er i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. Kommunen kan velge å la være å sette i gang vedtaket hvis kommunen ikke er sikker på om institusjonen kan gi et tilfredsstillende tilbud til brukeren (Helsedirektoratet, 2016).

Antall innleggelser på tvangstiltak har gått betraktelig ned etter at bistandsteam ble opprettet. Det er usikkert om det skyldes at man får til gode planer, gjennom samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, som ikke innbefatter bruk av tvangstiltak eller om det er slik at kommunen ikke ser hensikt med å holde personen tilbake i de aktuelle institusjonene. Antall innleggelser etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2, fra det geografiske området som dekkes i denne oppgaven, viser en nedgang på bruk av tvangstiltak fra 2014-2015 hvor antallet var 14 og 12 til kun 5 i 2018. Dette til tross for at forskning viser at tvangsinnleggelse har positiv effekt for noen rusmiddelavhengige. I helsevesenet er det en trend om å bruke mindre tvangstiltak. Allikevel mener

forskerne Øistein Kristensen, Anne Opsal og Thomas Clausen at tvangstiltak ovenfor ruspasienter reduserer dødstallene og hjelper personer med rusproblematikk. Mange personer med rusproblematikk er ikke i stand til å vurdere egen situasjon og helse, og motsetter seg behandling. For mange er tvangstiltak den eneste løsningen. Alternativet til tvangstiltak er ofte ingen behandling (Kristensen et al., 2018). En norsk studie som har undersøkt hvordan det gikk med personer innlagt på tvangstiltak seks måneder etter utskrivelse, viste at personene hadde bedre rusmestring og høyere livskvalitet (A. Pasareanu, Vederhus, Opsal, Kristensen & Clausen, 2016).

Kjennskap til bakgrunn og hensikt for bruk av tvangstiltak

Kommunen er opptatt av at personen som legges inn på tvangstiltak skal oppleve at både kommunen og spesialisthelsetjenesten har en felles forståelse for at det var nødvendig å bruke tvangstiltak og hva hensikten med innleggelsen er. Hensikten med bruk av tvangstiltak er å motivere til endring og videre frivillig behandling (Helsedirektoratet, 2016).

Kommunen sier at deres arbeid med å innhente dokumentasjon for behovet om innleggelse også bør brukes av spesialisthelsetjenesten, for at de skal ha en forståelse av hvorfor kommunen har valgt å bruke så mye ressurser på å legge inn brukere på tvangstiltak. Kommunen sier at det kunne gitt spesialisthelsetjenesten en mulighet til å forstå brukere som ofte har omfattende historikk og problematikk. Informasjonen blir formidlet muntlig, og mye informasjon kan gå tapt og kommer ikke videre til utøverne i spesialisthelsetjenesten som ikke deltar på møtene med kommunen. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten mente at det ville vært tidsbesparende for spesialisthelsetjenesten hvis de hadde tatt utgangspunkt i den dokumentasjonen som allerede var innhentet.

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten var usikre på om taushetsplikten hindrer at kommunen har mulighet til å gi fra seg dokumentasjonen. Jacobsen (2004) refererer til at taushetsplikten kan være hindring for utveksling av informasjon, og en viktig barriere mot samarbeid. Skulle kommunen eller spesialisthelsetjenesten være i tvil, kan man innhente samtykke fra pasienten. Veilederen tolker lovverket som omfatter taushetsplikten dithen at kommunen kan videreformidle taushetsbelagte opplysninger når de skal brukes i den hensikt de er innhentet for, og at kommunen kan gi opplysningene til institusjonen hvor personen blir innlagt og holdt tilbake. Personell som samarbeider om en pasient kan dele opplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, så lenge pasienten ikke motsetter seg det (Helsedirektoratet, 2016).

Ifølge datamaterialet kommer det frem at det foreligger et misforhold mellom hva kommunen og spesialisthelsetjenesten legger i bruk av tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblematikk. Spesialisthelsetjenesten opplever at kommunen legger inn personer kommunen ønsker å bli kvitt for en tre måneders periode, og legger alt ansvar over på spesialisthelsetjenesten for å få en pause fra oppfølgingen ute. Det kan virke som om det i spesialisthelsetjenesten har blitt en kultur på å omtale bruk av tvangstiltak som en måte å bli kvitt et problem på, i kommunen. Denne kulturen har kommunen merket, og kan være en årsak til at samarbeidet blir vanskeligere enn det burde være.

Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten utfordres når kommunen gjør vurderingene på innleggelse som vanligvis spesialisthelsetjenesten gjør selv. Og ikke nok med det, kommunen har også en formening om hvordan spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre tilbakeholdelsen i deres institusjon. Hvis kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke har samme forståelse når det gjelder bruk av tvangstiltak, kan det føre til konflikt (Willumsen & Ødegård, 2014).

Deltakelse på møter i institusjonen etter at brukeren er innlagt

I datamaterialet kommer det frem at spesialisthelsetjenesten synes det var vanskelig å samarbeide med kommunen når kommunen ikke møtte opp i institusjonen etter at brukeren var innlagt. Dette førte til at kommunen og spesialisthelsetjenesten ble enige om at begge skulle forplikte seg til minimum tre møter. Felles møtetidspunkt er nyttig for samarbeidet og koordineringen. Møter er ment å gi gode forutsetninger for brukermedvirkning. Målet med møtene er at det skal være et felles ansvar for pasienten som er innlagt på tvangstiltak. Møtene kan også ha som funksjon å unngå ansvarsfraskrivelse og faglige uenigheter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016; Willumsen et al., 2014).

Møtene kan være treffpunktene hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten fastsetter tiltak og mål for tilbakeholdelsen. Her kan informasjon utveksles slik at kommunen og spesialisthelsetjenesten vet hvorfor de deltar og hva de skal oppnå med samarbeidet (Knudsen, 2004).

Datamaterialet viser at det er spesialisthelsetjenesten som koordinerer møtevirksomheten og datoer for de tre møtene settes opp så tidlig som mulig, helst før pasienten er innlagt. Første møtet skal gjennomføres raskt etter at pasienten er innlagt. Det andre møtet skal være en midtveis-evaluering og det siste møtet er ment å være et avsluttende evalueringsmøte. Det kommer ikke frem i datamaterialet hva spesialisthelsetjenesten tenker innholdet i disse møtene skal være, heller ikke hva som skal evalueres. Er det behandlingsplan eller annet planverktøy, hensikten med innleggelsen eller

er det samarbeidet? Det kan være litt vanskelig å forstå ut ifra datamaterialet. Det eneste som kommer frem er at kommunen formidler bakgrunnen og hensikten med innleggelsen og at spesialisthelsetjenesten og kommunen koordinere hvilke oppgaver som skal gjennomføres når pasienten er innlagt. Det er mulig at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke sier noe om dette fordi de følger anbefalingene fra helse- og omsorgstjenesteloven (2011) om lovpålagte samarbeidsavtaler. Der står det at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha en avtale og en felles forståelse om hvilke helse- og omsorgsoppgaver de er pålagt ansvaret for å utføre i hele forløpet. Møtene kan være en arena der man kan avklare uenigheter og hvilke virkemidler man kan ta i bruk. Veilederen sier at løpende kontakt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for god samhandling fordi det har vist seg å være særlig utfordrende i praksis (Helsedirektoratet, 2016).

Bruk av systematiske planleggingsverktøy kan gi en koordinerende effekt. Diverse planer som tiltaksplaner, behandlingsplaner og individuelle planer kan fungere som informasjon for hvem som gjør hva og hva som skal oppnås innen en begrenset tidsperiode. Partene samles til møter, noe som i seg selv virker koordinerende. Opprettelser av ansvarsgruppe, på tvers av nivåene, kan gi gode forutsetninger for koordinering av oppgavene (Helsedirektoratet, 2015). Koordinering av arbeidsoppgavene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å nå målet om at pasienten skal bli motivert for endring og videre frivillig behandling. Samarbeidet skal sikre kvalitet på tjenestene ved maksimal utnyttelse av både kommunens og spesialisthelsetjenestens faglige kompetanse (Jacobsen, 2004; Lauvås & Lauvås, 2004).

Det kan være vanskelig å få til å samle alle aktørene som bør samarbeide i en tvangssak. Ofte ønsker man å ha med andre aktører innenfor kommunen og spesialisthelsetjenesten som har beslutningsmyndighet i saker som kan være viktige å få avklart. Det kan for eksempel være poliklinikken som er henvisende instans for videre frivillig behandling innenfor TSB og NAV som har ansvar for økonomisk stønad og midlertidig bolig. Datamaterialet viser at kommunen bruker mye tid på å være i kontakt med de andre kommunale instansene som ikke har tid eller mulighet til å delta på møtene. Når man samler tjenester innenfor forskjellige enheter som kommunen og spesialisthelsetjenesten kan ofte koordineringen internt, i kommunen eller spesialisthelsetjenesten, være enklere enn mellom enhetene (Jacobsen, 2004).

Ifølge datamaterialet prioriterer kommunen å stille på de fastsatte møtene, men er ikke fornøyd med deltakelsen fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen ønsker at det stiller en fra institusjonen som

kjenner pasienten, helst en i behandlingsteamet rundt pasienten. Kommunen sier de har erfaringer på at spesialisthelsetjenesten uteblir eller at det kommer en helt tilfeldig person, som er på jobb, og som ikke kjenner pasienten.

Når aktuelle aktører uteblir fra møtene kan det bli vanskelig for pasienten å få utbytte av behandlingen inne i institusjonen. Aktører som opplever at samarbeidet ikke er formålstjenlig, tilstrekkelige eller at deltakelse på møtene ikke er god utnyttelse av ressurser vil kunne nedprioritere møtedeltakelse (Jacobsen, 2004).

Tilbakeholdelsen

Datamaterialet viser at kommunen forventer at spesialisthelsetjenesten har satt seg inn i bakgrunnen og hensikten med innleggelsen og tar ansvar for sine arbeidsoppgaver. Noe kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten ikke alltid gjør. Kommunen tror det kan handle om at de er faglig uenige. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten veksler mellom å ikke gjøre noe, til å gjøre alt for pasienten og der spesialisthelsetjenesten ikke gjør noe, forventer de at kommunen skal gjøre de arbeidsoppgavene spesialisthelsetjenesten ikke har ressurser til å gjennomføre. Spesialisthelsetjenesten sier at rusbehandling har endret seg. Pasientene har mer sammensatt problematikk og behandlingen har et større helsefaglig fokus. Det gjenspeiler seg i faggruppene i institusjonen.

Spesialisthelsetjenesten og kommunen består av yrkesutøvere med ulik kunnskap, utdanning, metoder og med forskjellige personlige faktorer som kjønn, alder, verdier, erfaringer og samarbeidsvilje (Willumsen et al., 2014). Yrkesutøvere er forskjellig organisert med prosedyrer og retningslinjer for å løse oppgaver for å nå felles mål og det er en stor fordel å ha kunnskap om hverandres kompetanse. (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). Samarbeidet kan ikke være avhengig av enkeltpersoners vilje til innsats, og blir derfor formalisert. Ved bruk av tvangstiltak i rusfeltet må yrkesutøvere forholde seg til føringer fra systemnivå. Veilederen om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2016) og lovverk er eksempler på slike føringer. Det kan oppstå motstand og konflikter i arbeidsdelingen hvis de ikke de formelle rammene er tydelige nok. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulikt lovverk de må forholde seg til og ansvarsfordelingen i tvangssaker er lagt mellom kommune, fylke og stat, og det stilles krav om samarbeid mellom yrkesutøvere og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Samhandlingsreformen). Profesjonsorganisering, profesjonalisering og maktkamp mellom

profesjoner kan skape utfordringer for det tverrfaglige samarbeidet. Uenigheter og konflikter kan, gjennom bearbeiding, føre til at det oppstår ny vekst og positiv utvikling (Lauvås & Lauvås, 2004).

En person som er innlagt på tvangstiltak er i behov av helhetlige tjenester. I tvangssaker er tjenestene delt inn i deltjenester for å bli håndterbare. Inndelingen fører til at kommunen og spesialisthelsetjenesten spesialisere seg på et avgrenset tjenesteområde og er avhengige av hverandre for å kunne fungere sammen. Det vil derfor være behov for koordinering. Mangel på koordinering får konsekvenser for den tvangsinnlagte pasienten. Koordineringsproblemer kan oppstå når arbeidsdelingen i samarbeidet ikke er klar nok. En uklar arbeidsdeling kan skyldes maktkamp mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og ulikt syn på hvilke tjenester som er formålstjenlige (Jacobsen, 2004). Kommunen er ikke fornøyd med tjenestene som spesialisthelsetjenesten tilbyr og den innsatsen spesialisthelsetjenesten legger i å prøve å få til noe, og sier en innleggelse på tvangstiltak lett kan føles som en oppbevaring. Kommunen tror det handler om at innleggelsen ikke baserer seg på vurderinger fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen sier at det dessuten kan være uheldig å ha personer som er innlagt på tvangstiltak sammen med personer som er frivillig innlagt. Kommunen sier at det ofte er mye motstand når det gjelder å ta imot tjenester fra en person som er innlagt på tvangstiltak. Innsatsen for å oppnå noe bør være større når det gjennomføres tvangstiltak enn hos personer som er motivert og innlagt frivillig. Disse opplevelsene gjør at kommunen forsøker å finne andre løsninger enn å bruke tvangstiltak.

Kommunen ønsker seg flere alternativer til de institusjonene som er utpekt til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak i dag og sier at begrensingen på institusjoner kan utfordre samarbeidet. Kommunen er opptatt av at institusjonene ikke er rustet til å ivareta pasienter med kompleks problematikk. Spesialisthelsetjenesten er enige om at de kan ha problemer med å håndtere de dårligste pasientene med tilleggslidelser innenfor psykisk helse og somatikk, og at det er et kostnadsspørsmål hvis det må settes inn ekstra ressurser. Kommunen ønsker at institusjonen skal være i stand til å ta imot personer, innlagt på tvangstiltak, både faglig og profesjonelt.

Motivere for endring og videre frivillig behandling

Det er både kommunens og spesialisthelsetjenestens oppgave å motivere for endring og videre frivillig behandling.

Det er en generell oppfatning at personer med omfattende rusmiddelproblematikk er ambivalente til behandling. Selv om personene ønsker hjelp og lindring, er det ikke sikkert at de oppfatter seg som

behandlingstrengende. Formålet med å legge inn på tvangstiltak er ikke å behandle, men å planlegge og legge til rette for tiltak etter oppholdet. Motivasjon til å endre sin livsførsel og ta et valg om videre frivillig behandling står derfor sentralt i bruk av tvangstiltak (Mørland & Waal, 2016).

Kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten behandler pasienter innlagt på tvangstiltak, på samme måte som pasienter som er motivert til å endre sin livsførsel og er innlagt frivillig. Kommunen sier at de synes det er uheldig, da det ofte er vanskelig å oppnå de samme resultatene. Kommunen sier at forutsetningene er ulike, og det kan føre til at pasienter innlagt på tvangstiltak trekker seg bort fra fellesskapet i institusjonen og isolerer seg på rommet. Den tvangsinnlagte har ikke bedt om å bli innlagt for å få hjelp til sitt rusmiddelproblem. Kommunen er opptatt av at pasienten er innlagt mot sin vilje og ofte ikke interessert i annet enn å gjøre motstand til å begynne med. Kommunen tror at hvis spesialisthelsetjenesten gjør en innsats når det gjelder å legge til rette for tiltak etter oppholdet, som for eksempel motivert til frivillig langtidsbehandling i egnet institusjon, så er det enklere å få til hensikten med innleggelsen. Kommunen ønsker seg institusjoner som har spesialisert seg på tvangstiltak.

Hvis brukerne som legges inn på tvangstiltak har store psykiske utfordringer, kan de bli lagt inn på en institusjon i psykiatrien som også har andre pasienter innlagt på tvangstiltak, men innenfor psykisk helsevern. Kommunen opplever at denne institusjonen er bedre på å motivere til videre frivillig behandling enn det de andre institusjonene er. Institusjonen ser på motivasjon som vesentlig viktig når de har pasienter innlagt på tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2. Pasientenes primærkontakter har kompetanse på behandlingsmetoden motiverende intervju (MI).

Spesialisthelsetjenesten sier de har rammer og føringer som de må forholde seg til, og argumenterer med at rusbehandling er kostbart. I tillegg sier deres retningslinjer at døgninnleggelse skal være kortest mulig og at personer med rusmiddelproblematikk skal bo og få behandling i kommunen. Dessuten er det poliklinikken som tar beslutningen om pasienten skal få videre frivillig behandling. Spesialisthelsetjenesten sier at poliklinikken må prioritere og at det er lang ventetid på langtids plassene og vanskelig å få til sømløse overganger. Veilederen sier at hvis pasienten ønsker videre helsehjelp, bør det tilbys og at videre frivillig innleggelse bør skje uten at pasienten skrives ut i påvente av plass i døgninstitusjon. Det er poliklinikken som vurderer hvilken behandling som er nyttig og kostnadseffektiv (Helsedirektoratet, 2016). Det er kommunen og institusjonen i spesialisthelsetjenesten som har i oppgave å motivere til videre frivillig behandling, men det er poliklinikken som ut fra sine faglige vurderinger bestemmer om pasienten skal få behandling og

hvilken behandling pasienten skal få. Det kan føre til at spesialisthelsetjenesten ikke ser hensikten med å motivere til videre behandling hvis poliklinikken vurderer at det ikke er nyttig eller kostnadseffektivt. Det kan være årsaken til at spesialisthelsetjenesten er mer opptatt av hva kommunen har klart å få på plass ute, etter at tvangstiltaket opphører. Uenigheter om hva som er formålstjenlig kan skape koordineringsproblemer mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Jacobsen, 2004).

Kommunen sier de synes det er vanskelig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten når det gjelder motivasjon for endring og videre frivillig behandling. Kommunen kan ha en plan og så har spesialisthelsetjenesten en annen. Spesialisthelsetjenesten er enige med kommunen om at samarbeidet om oppgavene som er knyttet til motivasjon kan være vanskelig. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er uenige i hva som skal til for å bli motivert til endring. Kommunens erfaringer med at spesialisthelsetjenesten ikke motiverer godt nok for videre frivillig behandling, er også med på at kommunen jobber med å finne andre løsninger enn tvangstiltak når kommunen mottar bekymring og må vurdere tvangstiltak.

Praktiske gjøremål utenfor institusjonen

Datamaterialet viser at spesialisthelsetjenesten ønsker at kommunen skal utføre praktiske gjøremål utenfor institusjonen som spesialisthelsetjenesten ikke har ressurser til. Da tror spesialisthelsetjenesten at samarbeidet hadde blitt bedre. I stedet opplever spesialisthelsetjenesten at kommunen overlater alt til spesialisthelsetjenesten når pasienten er innlagt på tvangstiltak.

Noen kommuner utfører praktiske gjøremål utenfor institusjonen mens brukeren er innlagt, andre kommuner gjør det ikke. Kommunen sier at spesialisthelsetjenesten har forskjellige forventninger når det gjelder oppgaver som kommunen skal gjøre. Kommunen sier at de ofte har kontakt med samarbeidsparter, men synes ikke praktiske gjøremål utenfor institusjonen bør prioriteres når brukeren er innlagt på tvangstiltak. Kommunen sier at dette i tilfelle er spesialisthelsetjenestens ansvar. Kommunen sier at de bruker mye tid på å diskutere dette med spesialisthelsetjenesten.

Kommunens ressurser og fysiske avstand til institusjonen påvirker om de utfører praktiske gjøremål utenfor institusjonen når brukeren er innlagt på tvangstiltak. Store kommuner, med flere ansatte på rusfeltet, og som har kort fysisk avstand til institusjonen hvor brukeren er innlagt, bistår spesialisthelsetjenesten mer med praktiske gjøremål utenfor institusjonen enn mindre kommuner og kommuner med lang fysisk avstand. Det kan derfor være vanskelig for spesialisthelsetjenesten og

vite hvilken kommune som kan avlaste dem når de ikke har egne ressurser til å gjennomføre praktiske gjøremål utenfor institusjonen. Fysisk avstand er en viktig dimensjon i koordineringsarbeidet (Jacobsen, 2004). Studien til Lundeberg og Mjåland (2009) viste at det var enklere for kommunen å få til gode samarbeidsforhold med spesialisthelsetjenesten når den fysiske avstanden var kort.

Spesialisthelsetjenesten skal gi tjenester med både et sosialfaglig og et helsefaglig innhold (Helsedirektoratet, 2004b). På grunn av stramme økonomiske rammer må spesialisthelsetjenesten prioritere hvilke tjenester de skal gi. Spesialisthelsetjenesten sier at det helsefaglige og det medisinske fokuset har tatt litt overhånd og at det er lite ressurser igjen til det sosialfaglige. Spesialisthelsetjenesten ønsker derfor at kommunen skal bidra med sosialfaglige oppgaver, og de praktiske gjøremålene utenfor institusjonen, når de har pasienter som kommunen har lagt inn.

Kommunen jobber tett på brukerens nærmiljø og skal vektlegge og inkludere sosiale betingelser og helsemessige forhold (Helsedirektoratet, 2014). Kommunens yrkesutøvere er tverrfaglig sammensatt av sosialfaglige og helsefaglige yrkesgrupper på lik linje som yrkesutøverne i spesialisthelsetjenesten. Kontaktpersonen i kommunen følger ofte opp mange brukere, og må også prioritere hvilke arbeidsoppgaver de kan prioritere. Kommunen sier derfor at spesialisthelsetjenesten ikke kan legge alt det sosialfaglige over på kommunen når brukeren er innlagt. Kommunen sier det er viktig å samarbeide og koordinere disse oppgavene. Det er altså en uenighet om hvem som skal utføre de sosialfaglige oppgavene og de praktiske gjøremålene utenfor institusjonen når pasienten er innlagt på tvangstiltak i spesialisthelsetjenesten. Kommunen sier de sjelden utfører praktiske gjøremål utenfor institusjonen når brukeren er innlagt frivillig.

Datamaterialet viser at institusjonene som helseforetaket har utpekt til å ha pasienter innlagt på tvangstiltak er forskjellig organisert. Institusjonen som også har pasienter innlagt på tvungen tilbakeholdelse i psykisk helsevern har ansatt en sosionom som har ansvar for de sosialfaglige arbeidsoppgavene. Kommunen og denne institusjonen har mindre behov for å koordinere, enn kommunen og de andre institusjonene har, når det gjelder sosialfaglige oppgaver og praktiske gjøremål utenfor institusjonen.

Det kan være en fordel for kommunen og spesialisthelsetjenesten å kjenne til hverandres retningslinjer og prosedyrer når de skal samarbeide og koordinere de sosialfaglige oppgavene og de praktiske gjøremålene utenfor institusjonen (Willumsen et al., 2014).

Oppsummering og avslutning

Teorien og empirien i dette forskningsprosjektet viser at tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er viktig for å oppnå målet med bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk. Tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for at personer med rusmiddelproblematikk innlagt på tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 skal kunne motta samtidige og helhetlige tjenester.

Denne studien har belyst hvordan tjenesteyterne i kommunen og tjenesteyterne i institusjonene i spesialisthelsetjenesten opplever tverrfaglig samarbeid og hvilke utfordringer som kan oppstå i det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer.

Problemstillingen har vært:

Hvordan opplever kommune og spesialisthelsetjeneste det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer, og hvilke utfordringer kan oppstå?

Kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever at det er vanskelig å få til et tverrfaglig samarbeid når kommunen legger inn personer på tvangstiltak. Spesialisthelsetjenesten har en følelse av at kommunen legger inn personer som kommunen ønsker å bli kvitt for en tre måneders periode, og legger alt ansvar over på spesialisthelsetjenesten for å få en pause.

Hva utfordrer tverrfaglig samarbeid?

Det tverrfaglige samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten utfordres når kommunen gjør vurderingene på innleggelse som vanligvis spesialisthelsetjenesten gjør selv. Hvis kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke har samme forståelse for bruk av tvangstiltak, kan det føre til faglige uenigheter og skape utfordringer i samarbeidet.

Samarbeid og koordinering innen rusbehandling kan være utfordrende, spesielt i tvangssaker. Det kan være vanskelig å skulle hjelpe personer som ikke vil ha hjelp og som ofte har en kompleks problematikk. Ofte trenger personer med omfattende rusmiddelbruk tid til å hente seg inn for å få forståelse for at det er behov for at hjelpeapparatet griper inn for å forsøke å få personen til å endre sin livsførsel og tilrettelegge for behandling. Tvangstiltak kan skape mistillit til hjelpeapparatet, spesielt til kommunen, noe som igjen kan bidra til at de som jobber både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten får vanskeligheter med å bygge allianse til personen som blir lagt inn.

Kommunen og spesialisthelsetjenesten må tåle å ta imot pasientens frustrasjon. Utfordringene med pasientene kan føre til at tjenesteyterne i kommunen og spesialisthelsetjenesten blir usikre på hvor formålstjenlig bruk av tvangstiltak er. Datamaterialet viser at både kommunen og spesialisthelsetjenesten er opptatt av at forhold må ligge til rette for at de skal gjøre en innsats for at tilbakeholdelsen bare skal oppleves som en oppbevaring. Samarbeidsproblemer oppstår når kommunen og spesialisthelsetjenesten skylder på hverandre når de ikke kommer i posisjon til å utføre oppdragene sine. Samarbeidsproblemer med pasienten bør ikke gi grunnlaget for faglig uenighet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016).

Samarbeidet er avhengig av respekt for hverandres faglighet og felles mål om å utføre et tvangstiltak overfor personer som utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare. Hensikten er å hjelpe, ikke finne løsninger for å slippe å gi nødvendig helsehjelp. Det kan fort oppstå en maktkamp mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker når det er kommunen som legger inn og spesialisthelsetjenesten som skal utføre tilbakeholdelsen. Spesialisthelsetjenesten har ikke mulighet til å oppheve tvangstiltaket, men de har mulighet til å skrive ut pasienten hvis faglige grunner taler for det. De faglige hensynene er det altså spesialisthelsetjenesten som tar. Spesialisthelsetjenesten tar også vurderingen om pasienten skal tilbys videre behandling ut ifra en nytte og kostnadseffektiv vurdering. Behandling av personer med rusmiddelproblematikk er en utfordring fordi problematikken er kompleks og strekker seg over flere fagområder. Behandlingen krever tid og ressurser for å kunne gi et samtidig og helhetlig behandlingstilbud. Mangel på ressurser fører til samarbeidsproblemer når den ene parten ønsker at den andre skal utføre praktiske gjøremål utenfor institusjonen når pasienten er innlagt.

Samarbeidet utfordres når kommunen ikke er fornøyd med hvilke institusjoner som kan brukes ved tvangstiltak. Kommunen ønsker flere institusjonsalternativer og gir uttrykk for at de er usikre på om de institusjonene som brukes gir et tilfredsstillende tilbud til brukeren. Det fører til at kommunen ikke bruker tvangstiltak hvis det kan unngå det. Institusjonene har egne standarder for hvilke tjenester de gir og hvilke resultater som skal oppnås. Når tjenestene til personer, innlagt på tvangstiltak, er fordelt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan det oppstå en institusjonaliseringsprosess som kan føre til sektorforsvar og man kan miste evnen til å se helheten (Jacobsen, 2004).

Ved bruk av tvangstiltak er brukermedvirkning, informasjon, forutsigbare og tydelige rammer, et tilpasset institusjonstilbud og en helhetlig plan for oppfølging etter tilbakeholdelsen i institusjon

avgjørende for at tvangstiltak skal oppleves hensiktsmessig. Kjennskap til hvorfor kommunen har brukt tvangstiltak, og hensikten med innleggelsen er viktig informasjon. Kommunen opplever at spesialisthelsetjenesten ikke er interessert i deres vurderinger og behandler de tvangsinnlagte på lik linje som de andre pasientene i institusjonen som er innlagt frivillig. Det er spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten på hvilke tjenester pasienten innlagt i deres institusjoner trenger og skal få.

Ifølge datamaterialet opplever tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten at samarbeidet ikke er så bra. Det er behov for mer kompetanse for å utvikle samarbeid og samordningen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tvangssaker, for å utnytte de knappe ressursene. Det er et behov for økt forståelse for hverandres kompetanse og utfordringer, og ytterligere tydeliggjøring av arbeidsdelingen slik at ikke gråsoner og dobbeltarbeid oppstår. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er avhengige av hverandre og bør ha tillit og respekt for hverandre. Det må på plass et bedre tverrfaglig samarbeid for å kunne tilby personer, innlagt på tvangstiltak, og med sammensatte hjelpebehov samtidig og koordinerte tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (Jacobsen, 2004).

Forskning viser at bruk av tvangstiltak nytter for å bedre livskvalitet og hindre dødsfall. Flere av personene som har blitt lagt inn har senere gitt uttrykk for at det var nødvendig (Kristensen et al., 2018). Til tross for at forskning viser at tvangstiltak nytter brukes det i liten grad. Kommunen sier at de ved bekymring heller finner andre hensiktsmessige løsninger. Det kan handle om at kommunen opplever at det er vanskelig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten og at det oppstår mange koordineringsproblemer.

For å kunne yte samtidige og helhetlige tjenester i tvangssaker bør kommunen og spesialisthelsetjenesten se nytten av samarbeidet og ønske å koordinere sine tjenester.

En koordineringsstrategi kan være å oppmuntre til økt samarbeid ved å øke følelsen av avhengighet mellom tjenesteyterne i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og å sette av tid til koordinering og møtevirksomhet for å avklare arbeidsoppgavene som er uklare. Kommunen er avhengige av at spesialisthelsetjenesten utfører de arbeidsoppgavene som må til for å oppnå hensikten med tvangstiltaket, som er motivasjon til endring og videre frivillig behandling. Kommunen gir uttrykk for at ikke alle institusjonene som har pasienter innlagt på tvangstiltak er egnet for det, og forsøker å finne andre alternativer til innleggelse på tvangstiltak (Jacobsen, 2004).

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har satt av tid og forpliktet seg til minimum tre møter når pasienten er innlagt. I disse møtene kan kommunen og spesialisthelsetjenesten koordinere arbeidsoppgavene som må gjøres for å oppnå hensikten med innleggelsen. Det kommer ikke tydelig frem i datamaterialet hva innholdet er i disse møtene, bare at kommunen ikke alltid er fornøyd med møtedeltagelsen fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen sier derimot at møte med bistandsteam er en god samarbeidsarena for koordinering. I disse møtene klarer kommunen og spesialisthelsetjenesten å finne gode løsninger sammen, når kommunen må vurdere tvangstiltak.

En annen koordineringsstrategi kan være å minske behovet for samarbeid ved å overlate all tjenesteyting til kommunen eller spesialisthelsetjenesten for en periode (Jacobsen, 2004). I denne perioden vil det derfor ikke være behov for å koordinere tjenestene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Datamaterialet viser at koordineringen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke alltid fungerer når pasienten er innlagt. En strategi for å løse disse koordineringsproblemene kan være å overlate all tjenesteyting til spesialisthelsetjenesten i denne perioden. Spesialisthelsetjenesten ønsker at kommunen skal være med å dele på de praktiske oppgavene når kommunen har lagt inn pasienten på tvangstiltak. Spesialisthelsetjenesten opplever at kommunen overlater alt til spesialisthelsetjenesten. Kommunen begrunner dette med at de ikke alltid ser hensikten med å gjøre de praktiske gjøremålene når hensikten er å motivere for endring og videre frivillig behandling. Kommunen sier at de praktiske gjøremålene kan vente, og kan de ikke det så er det spesialisthelsetjenesten som har ansvaret og må være sitt ansvar bevisst. En av institusjonene i spesialisthelsetjenesten som har pasienter innlagt på tvangstiltak bruker strategien med å minske behovet for samarbeid når pasienten er innlagt og utfører de fleste arbeidsoppgaver selv.

Den tredje koordineringsstrategien kan være å redusere barrierene for samarbeidet. Tjenesteutøverne i kommunen og spesialisthelsetjenesten bør samhandle. Samhandlingen foregår mellom mennesker som er ulike og har forskjellig utdanning og hvor profesjonskultur kan være en barriere for koordineringen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenesteutøverne som skal samhandle er organiserte i kommunen og spesialisthelsetjenesten og har egne prosedyrer eller retningslinjer for å løse sine arbeidsoppgaver. For å minske barrieren for samarbeid kan tjenesteutøverne i kommunen og spesialisthelsetjenesten samles fysisk og tilegner seg felles kunnskap om tvangstiltak (Jacobsen, 2004). En av informantene fortalte at det for noen år siden hadde vært arrangert nettverkssamlinger hvor tjenesteytere fra kommunen og

spesialisthelsetjenesten hadde mulighet til å møtes, tilegne seg felles kunnskap og utveksle erfaringer. Det hadde vært nyttig for det tverrfaglige samarbeidet.

Den fysiske avstanden mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan være relativt stor og begrenser kontakthypigheten mens pasienten er innlagt. Det er uheldig da fysisk avstand er en viktig dimensjon i koordineringsarbeidet. Til tross for tre fastsatte møter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten blir mye av informasjonen utvekslet muntlig på telefon. Dessuten har kommunen og spesialisthelsetjenesten forskjellige journalsystemer hvor informasjonen blir dokumentert. Et felles journalsystem og kortere fysisk avstand ville kunnet gjort koordineringen enklere. Taushetsplikten kan også være en barriere for samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten hvis pasienten ikke samtykker til utveksling av nødvendig informasjon (Jacobsen, 2004).

Frivillig koordinering er ofte ikke nok for å oppnå ønsket koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten derfor har staten sørget for tvungen koordinering gjennom retningslinjer, meldinger, veiledere, lover og forskrifter. Et eksempel på dette er Helsedirektoratets veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk, hvor målet blant annet er å sikre et godt samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene. Det kan være utfordrende å tilpasse offentlige anbefalinger og lovverk i praksis. Mange faktorer spiller inn. Ulike finansieringsordninger kan gi ulike prioriteringer i forhold til tjenester som gis. Begrensede ressurser og prioriteringer kan nedprioritere samarbeid. Helse- og omsorgstjenestene er organisert forskjellig rundt om i landet. Det som lar seg gjennomføre i en organisasjon fungerer ikke alltid i en annen. Stadige omorganiseringer av tjenester og personell, kan føre til at gode etablerte samarbeidsrelasjoner kan bli brutt (Jacobsen, 2004).

Avsluttende kommentar

Samtidig som tverrfaglig samarbeid er viktig når personer med rusmiddelproblematikk legges inn på tvangstiltak, opplever både kommunen og spesialisthelsetjenesten at det er vanskelig å samarbeide. Mange forhold gjør at det tverrfaglige samarbeidet blir utfordrende. Det er en fordel hvis kommunen og spesialisthelsetjenesten kjenner til hverandres prosedyrer og retningslinjer, perspektiver, rammer og ressurser. Det er også et behov for økt forståelse for hverandres kompetanse, forventninger og utfordringer, samt ytterligere tydeliggjøring av arbeidsdelingen og bedre koordinering. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er avhengige av hverandre og bør ha tillit til og respekt for hverandre for å oppnå målet med tvangstiltak, som er å motivere for endring og videre frivillig behandling.

For å løse samarbeidsutfordringene kan det være nyttig at kommunen og spesialisthelsetjenesten samles for faglig utvikling som kan skape et felles kunnskapsgrunnlag for bruk av tvangstiltak. På denne måten kan kommunen og spesialisthelsetjenesten sikre kvalitet i arbeidet og få maksimal utnyttelse av den samlede faglige kompetansen.

Litteraturliste

- Adizes, I. (1991). *Endring kan mestres*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon. (2017, 26. september). Tvang på 19 minutter! Hentet 31. august 2020
- Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon. (2016). *Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-26-1003>
- helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. av 24. juni 2011 nr. 30*.
- Helsedepartementet. (2004a). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten* (Rundskriv I-8/2004). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-82004/id445634/>
- Helsedepartementet. (2004b). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere Perspektiver og strategier* (Strateginotat. I-1103B). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedre-behandlingstilbud-til-rusmiddelmis/id88055/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2015). *Høringsutkast: Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. Hentet 31. august 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisatorisk perspektiv. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristensen, Ø., Opsal, A. & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling? *Tidsskrift for den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1114>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lundeberg, I. R. & Mjåland, K. (2009). *Grenser for tvang: Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere (Rapport 4)*. Bergen: Rokkansenteret.
- Lundeberg, I. R., Søvig, K. H. & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet : regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Meld. St. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2019:14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, J. K. & Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Services Research*, 16(1), 656. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>
- Orrem, K. (2018, 24. september). Behandling - et begrep til besvær. Hentet 31. august 2020 fra <https://www.napha.no/content/22724/Behandling--et-begrep-til-besvar>
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC Health Serv Res*, 16(291). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6>
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
- Repstad, P. (Red.). (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3. I-0965/2000*.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen:
Fagbokforlaget.

Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer: et samfunnsoppdrag. I E.
Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag*. Oslo:
Universitetsforlaget.

Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag*. Oslo:
Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD-søknad

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt og samtykkeerklæring

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Samarbeidserfaringer mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste

Referansenummer

927601

Registrert

24.10.2018 av Lene Persson - lenepersson68@gmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Erna Haug, erna.haug@hiof.no, tlf: 69608893

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lene Persson, lenepersson68@gmail.com, tlf: 40845340

Prosjektperiode

01.08.2018 - 31.12.2020

Status

12.08.2020 - Vurdert med vilkår

Vurdering (3)

12.08.2020 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert endringen registrert 05.08.2020.

Vi har nå registrert 31.12.2020 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

Utvalget mottar informasjon om forlengelsen.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

30.09.2019 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert endringene registrert 29.8.2019.

Vi har nå registrert at
- 1.8.2020 er ny sluttdato for prosjektet (opprinnelig 1.11.2019)
- ny prosjektansvarlig er Erna Haug (opprinnelig Lasse Johnsen)

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

07.01.2019 - Vurdert med vilkår

FORENKLET VURDERING MED VILKÅR

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet har lav personvernulempe fordi det ikke behandler særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Vi gir derfor prosjektet en forenklet vurdering med vilkår.

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Dersom du følger vilkårene og prosjektet gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet, vil behandlingen av personopplysninger være i samsvar med personvernlovgivningen.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører prosjektet i tråd med kravene til informert samtykke
2. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
3. At du følger behandlingsansvarlig institusjon (institusjonen du studerer/forsker ved) sine retningslinjer for datasikkerhet
4. At du laster opp revidert(e) informasjonsskriv på utvalgssiden(e) i meldeskjemaet og trykker «bekreft innsending», slik at du og behandlingsansvarlig institusjon får korrekt dokumentasjon. NSD foretar ikke en ny vurdering av det reviderte informasjonsskrivet.

1. KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Du må påse at informasjonen minst omfatter:

- Prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når prosjektet skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du/dere behandler opplysninger om den registrerte basert på deres samtykke

- Retten til å be om innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- Retten til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv:
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Det er ditt ansvar at informasjonen du gir i informasjonsskrivet samsvarer med dokumentasjonen i meldeskjemaet.

2. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.11.2019.

3. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkår 1 til 4 følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkår 1, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

MELD ENDRINGER

Dersom den planlagte behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raas

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

Intervjuguide

Hvordan opplever du samarbeidet med kommunen/spesialisthelsetjenesten ved bruk av tvangstiltak?

Hvilke oppgaver *er* det dere gjør?

Hvilke oppgaver *bør* dere gjøre?

Hvilke oppgaver *vil* dere gjøre?

Hvilke oppgaver *er* det de andre gjør?

Hvilke oppgaver *bør* de andre gjøre?

Hvilke oppgaver *vil* de andre gjøre?

De samme sett med spørsmål vil bli stilt både til informanter fra kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Avhengig av svarene vil det bli utarbeidet eventuelle tilleggs- og oppfølgingsspørsmål.

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Samarbeidserfaringer mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer av samarbeid kommune- og spesialisthelsetjeneste har ved bruk av tvang ovenfor mennesker med rusproblematikk. For å få mest mulig kunnskap om erfaringene av samarbeid ønsker jeg å intervju deg som har erfaring med bruk av Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og arbeider enten i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten og har erfaring med brukere/pasienter innlagt på tvang. Problemstillingen i mitt masterprosjekt er:

Hvilke samarbeidserfaringer har kommune- og spesialisthelsetjeneste ved bruk av tvang ovenfor mennesker med rusmiddelproblematikk?

I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg heter Lene Persson og skal skrive en masteroppgave i tverrfaglig samarbeid ved Høgskolen i Østfold, avdeling for helse og velferd i Fredrikstad.

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og har mange års erfaring innenfor fagfeltet psykisk helse og rus både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. For tiden arbeider jeg i kommunehelsetjenesten. I mitt forskningsprosjekt ønsker jeg å beskrive, forklare og forstå fenomenet erfaringer av samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i tvangssaker. Kunnskapen om de prosessene og mekanismene som er i sving kan muligens senere brukes for å gå inn og jobbe med disse prosessene og kanskje forandre noe. Ved å forstå fenomenet og forklare hva det er som skjer, så kan vi få kunnskap som gjør det mulig å ta noen grep for at mennesker med rusmiddelproblematikk skal motta et koordinert og helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å snakke med informanter fra forskjellige kommuner og fra forskjellige sykehusavdelinger for å få erfaringer knyttet til samarbeid mellom nivåene. Anslagsvis tenker jeg at 4-5 personer fra kommunene og 4-5 personer fra spesialisthelsetjenesten kan være nok. Jeg ønsker like mange intervjuer fra begge nivåene.

For å få mest mulig kunnskap om fenomenet, erfaringer av samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, ønsker jeg å intervju ansatte fra kommunene og spesialisthelsetjenesten som arbeider på et operativt nivå med brukere og pasienter som har vært innlagt på tvang. Ansatte som har jobbet tett på brukerne og pasientene og som kanskje til og med har vært brukernes og pasientenes kontaktpersoner. Personer som har vært i situasjoner og praktisert samarbeid i tvangssaker. Det vil være mest hensiktsmessig i denne sammenheng. Jeg er interessert i hvordan de som praktiserer samarbeidet erfarer samarbeidet.

I prosjektet skal jeg følge de «Forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi».

Hva innebærer deltakelse i studien?

I forskningsprosjektet vil jeg benytte kvalitativ metode i et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Under intervjuene vil jeg benytte meg av lydopptak og ta notater. Varigheten på intervjuet vil være cirka en time. Intervjuet transkriberes og du kan lese ditt intervju i etterkant. Opplysningene anonymiseres, taushetsplikten overholdes, all data behandles konfidensielt og taleopptakene slettes når prosjektet er ferdigstilt.

Forskningsspørsmålene vil omhandle hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidet rundt mennesker med rusproblematikk innlagt på tvang. Jeg vil benytte en intervjuguide i intervjuene for å ha en struktur å følge. Forskningsspørsmålene kan være: Hvilke helse- og omsorgstjenester gis og av hvem? Hvem har ansvaret for hva? Får brukerne og pasientene de tjenestene de har behov for? Hvordan opplever kontaktpersonene i kommunene og spesialisthelsetjenesten at samarbeidet fungerer?

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til det formålet jeg har beskrevet i dette skrevet. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er jeg og min veileder som vil ha tilgang på opplysningene du har gitt i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Lydopptak lagres avlåst og slettes når prosjektet er ferdigstilt. Navneliste og koblingsnøkkel lagres adskilt fra øvrige data. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest innen utgangen av 2019. Taleopptakene slettes når prosjektet er ferdigstilt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Meg, Lene Persson, på e-post: lenepersson68@gmail.com eller på telefon: 40845340, eller min veileder ved Høgskolen i Østfold, Erna Haug, som kan kontaktes på e-post: erna.haug@hiof.no eller på telefon: 69608893.
- Vårt personvernombud ved Høgskolen i Østfold: Lars Erik Aas, tlf: 69608392/ 93201918, e-post: lars.e.aas@hiof.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Lene Persson
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samarbeidserfaringer mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta på intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. utgangen av 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)