

«Mange som ruser seg sier hver dag at i dag slutter jeg, men  
så fortsetter de selv om de ikke vil»

Opplevelse av autonomi i situasjoner med alvorlig  
rusmiddelavhengighet



Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskaplige fakultet, UiS.

Master i rus - og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Jeanette Litlatun Fossmark

Veileder Sverre Martin Nesvåg

2.juni 2020

## FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært både vært krevende og utfordrende men også spennende og en fantastisk anledning til å fordype seg i et tema som er svært aktuelt, engasjerende og ikke minst relevant for mitt arbeid.

Tusen takk til Lise Vold og Sigrid Dalaker som la til rette for at jeg kunne få presentere prosjektet mitt for ansatte i deres kommune. Uten mine åtte informanter ville jeg ikke fått svar på min problemstilling; tusen takk til dere fagpersoner som ringte til deres brukere og solgte inn dette masterprosjektet. Takk for at dere i en travel hverdag tok dere tid og gav meg verdifull informasjon.

En helt spesiell takk til dere fire flotte personer med rusmiddelavhengighet, som har delt erfaringer fra en svært krevende tidsepoke og som satte ord på deres opplevelser og refleksjoner rundt hvilke opplevelser dere hadde av autonomi i en situasjon med alvorlig rusmiddelavhengighet. Uten dere hadde ikke dette masterprosjektet vært mulig å gjennomføre. Tusen tusen takk. Jeg heier på dere videre!

Takk også til min kjære gode mann for oppmuntringer og tålmodighet i stressede faser. Takk til mine nydelige døtre som alltid heier på meg og til mine to fantastiske barnebarn som gir meg friminutt når jeg trenger det!

Takk til Silje Gundersen for verdifulle samtaler og refleksjoner. Takk til Inger Kristin Vasstveit for korrekturlesing og gode tips!

Takk til min leder Nils Kjetil Nessa for at du for mange år siden fikk meg til å begynne å jobbe med rus og for at du på mange ulike måter har lagt til rette for studier.

Sist men ikke minst, tusen takk til min kjære dyktige veileder, Sverre Martin Nesvåg, som med gode råd og tilbakemeldinger, særlig gode kommunikative egenskaper og en tro på at jeg kan lykkes, har hjulpet meg helt i mål.

Jørpeland 2. juni 2020

Jeanette Litlatun Fossmark

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
MÅLET MED STUDIEN.....	7
STUDIENS RELEVANS.....	8
PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	8
<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER</b> .....	<b>10</b>
INNLEDNING .....	10
MINE SØKESTRATEGIER .....	10
AUTONOMI.....	10
<i>Autonomi med utgangspunkt i det humanistiske menneskesynet:</i> .....	11
<i>Autonomi med utgangspunkt i liberalismen:</i> .....	12
AVHENGIGHET.....	13
<i>Individuelt perspektiv</i> .....	14
<i>Relasjonelt perspektiv</i> .....	16
<i>Samfunnsperspektivet</i> .....	19
<i>Oppsummering</i> .....	20
<b>METODE</b> .....	<b>22</b>
UTVALG .....	22
TRANSKRIBERING .....	24
REFLEKSIVITET .....	24
VALIDITET.....	25
RELIABILITET .....	26
ETISKE REFLEKSJONER .....	26
ANALYSE – SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING .....	27
<i>Trinn 1 - Helhetsinntrykk; å identifisere temaer i teksten</i> .....	28
<i>Trinn 2 - Å sortere teksten i ulike kodegrupper</i> .....	28
<i>Trinn 3 - Kondensering</i> .....	29
<i>Trinn 4 - Å sette sammen bitene igjen</i> .....	30
<b>RESULTATER</b> .....	<b>32</b>
INNLEDNING .....	32
VURDERING AV LIVSSITUASJONEN.....	33
OPPLEVELSEN AV TVANGSOPPHOLDET .....	39
«TVANG KAN VÆRE NØDVENDIG I NOEN SITUASJONER» .....	42

Å GRIPE INN NÅR MENNESKER ER PÅ VEI UTFOR STUPET OG IKKE SER DET SELV? .....	43
«FANGET» .....	45
<b>DISKUSJON</b> .....	<b>49</b>
BRUKERNES OPPLEVELSE AV EGEN AUTONOMI .....	49
FAGPERSONENES OPPLEVELSE AV BRUKERS AUTONOMI.....	51
AVHENGIGHET OG AUTONOMI.....	52
AVHENGIGHET, AUTONOMI OG TVANG.....	54
STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER .....	56
<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>58</b>
AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....	58
<i>Tvangslovutvalget legger føringer på hvordan rusmiddelavhengighet skal forstås:</i> .....	58
<i>Fritt behandlingsvalg</i> .....	59
<i>Brukermedvirkning</i> .....	59
KONKLUSJON .....	60
VIDERE FORSKNING .....	61
<b>REFERANSER</b> .....	<b>62</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>67</b>
VEDLEGG 1 – SKJEMA FOR INFORMASJON OG SAMTYKKE TIL FAGPERSON .....	67
VEDLEGG 2 – SKJEMA FOR INFORMASJON OG SAMTYKKE TIL BRUKER .....	71
VEDLEGG 3 – SEMI-STRUKTURERT INTERVJUGUIDE FOR FAGPERSON .....	75
VEDLEGG 4 – SEMI-STRUKTURERT INTERVJUGUIDE FOR BRUKER.....	77
VEDLEGG 5 –VURDERING FRA NSD.....	79
VEDLEGG 6 – GODKJENNING FRA REK.....	81
VEDLEGG 7 – SØKNAD OM Å UTFØRE FORSKNING .....	84

## SAMMENDRAG

Masteroppgaven omhandler opplevelse av autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet. Målet med studien er å utvikle kunnskap om autonomi opp mot forståelsen av avhengighet og se på hvilke måter alvorlig rusmiddelavhengighet påvirker evnen til å ivareta egen autonomi og til å ta adekvate og rasjonelle valg. Alvorlig rusmiddelavhengighet fører ofte til alvorlige negative konsekvenser for den avhengige, allikevel kan det være svært vanskelig å slutte å bruke rusmidler. Studien vil kunne tilføre kunnskap om avhengighet i en stadig aktiv fagpolitisk debatt om rusmiddelavhengiges rettsposisjon og hvordan samfunnet skal respondere på den.

For å få kunnskap om dette har jeg valgt kvalitativ metode og semi-strukturerte intervjuer av åtte personer, det vil si fire par fagpersoner/ brukere som har hatt en relasjon i en situasjon hvor spørsmålet om autonomi har blitt satt på spissen ved at bruk av tvang har blitt vurdert. Situasjoner som oppstår mellom fagperson og bruker i forbindelse med vurdering av tvang, er situasjoner som setter søkelys på hvordan autonomi oppleves og forstås, både fra fagpersonens og brukers perspektiv. Gjennom at både fagperson og bruker intervjues får vi data fra situasjoner hvor dette ikke bare er opplevd og tenkt på men også italesatt.

Resultatene viser at både fagpersoner og brukere beskrev at autonomien var sterkt begrenset på tidspunktet for vurdering av tvang. Det var imidlertid ikke bare rusmiddelavhengigheten som var årsak til den begrensede autonomien, men konsekvensene rusmiddelavhengigheten har for alle levekårsområder. Det er altså den totale livssituasjonen som følge av rusmiddelavhengighet som reduserer autonomien; rusmiddelavhengigheten, fysiske og psykiske helseutfordringer, stigmatisering, marginalisering, bosituasjon, nettverk, økonomi og manglende aktivitet. Særlig ser det ut til at alvorlige psykiske lidelser og plager også bidrar til redusert autonomi i slike situasjoner.

## INNLEDNING

De fleste av oss bruker rusmidler og det er ofte assosiert med positive erfaringer. Vi velger når vi vil bruke rusmidler og når vi vil la være, vi bruker altså vår selvbestemmelse. Rusmiddelbruk er allikevel et folkehelseproblem og et samfunnsproblem som legitimerer inngrep fra det offentlige; kontroll, forebygging og behandling (Lundeberg, Søvig, & Mjåland, 2014). Den enkeltes rett til å bestemme over eget liv må veies opp mot samfunnets ansvar for å gi begrense samfunnsmessige skadevirkninger og gi innbyggerne hjelp og beskyttelse (Lundeberg et al., 2014). Kunnskapsgrunnlaget om rusmiddelavhengighet drar sterkt i retning av at avhengighet fører til fastlåsthet og redusert autonomi. Teorier om avhengighet gir oss kunnskap som belyser fenomenet (Alexander, 2010; Kraft, 2016; Mørland & Waal, 2016; Nesvåg, 2018; Adams, 2008). Det finnes imidlertid lite forskning som beskriver hvordan klinikere og rusmiddelavhengige opplever rusmiddelavhengiges autonomi, og hvorvidt evnen til å ta valg påvirkes som følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Den metodiske tilnærmingen i denne masteroppgaven lar kliniker- og brukerperspektivet komme frem gjennom ansikt til ansikt intervjuer med personer som har vært i en situasjon hvor vilkårene for tvang er vurdert oppfylt og som dermed har erfart på hvilke måter evnen til bevisst og rasjonell vurderingsevne påvirkes. Menneskenes autonomi er et opphøyd ideal i vår velferdsstat og samtykket til helsehjelp er et grunnprinsipp i helsetjenestene (Jonassen & Barbosa da Silva, 2018; Lundeberg et al., 2014; Molven, 2015). Samtidig viser forskning at alvorlig rusmiddelavhengighet påvirker autonomien til mennesker med omfattende rusmiddelavhengighet og reduserer deres evne til å ta rasjonelle og adekvate valg (Kraft, 2016). Menneskets motstand mot å ta i mot hjelp i slike situasjoner kan komme av manglende evne til å vurdere sin egen situasjon og er ikke nødvendigvis et uttrykk for en rasjonell vurdering av konsekvenser (Kraft, 2016).

Når det nå er slik at forskning viser at når rusmiddelavhengigheten øker i omfang og alvorlighet, så reduseres evnen til å ta gode valg; hvordan skal samfunnet reagere på dette? De europeiske menneskerettighetene gir Norge et ansvar for at den enkelte borger skal ha den høyeste oppnåelige helsestandard (Eide, 2006). Staten har en plikt til å kartlegge om det er grupper i samfunnet som ikke har tilstrekkelig trygghet til å få ivaretatt sine helserettigheter. Sikring av tilgang til helsetilbud gjelder særlig for sårbare og marginaliserte grupper (Eide, 2006). Graden av fastlåsthet til personer med rusmiddelavhengighet varierer, i perioder kan

det være ekstremt låst både når det gjelder atferd, tanker og følelser (Nesvåg, 2018). Vi trenger mer kunnskap om hvordan rusmiddelavhengighet reduserer autonomien i tjenestene til personer med rusmiddelavhengighet. Mer kunnskap om dette vil øke forståelsen av rusmiddelavhengighet og kunne føre til at fagpersoner blir mer bevisste på posisjonen til rusmiddelavhengige og de vurderinger som tas. Tilstrekkelig forskning og kunnskap kan endog medføre endring av tjenestene. I helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2 har lovgiver gitt kommunene en mulighet til å gripe inn med tvang i situasjoner hvor personer setter helsen sin i fare som følge av alvorlig «rusmiddelmisbruk» (2011):

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 samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. Specialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder. (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011)

Jeg har konsekvent valgt å bruke begrepet **rusmiddelavhengig** og **rusmiddelavhengighet** i denne masteroppgaven fordi det er hvordan **avhengighet** påvirker autonomi som er fenomenet som skal studeres.

## MÅLET MED STUDIEN

Når en fortolker data i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv er målet å frembringe kunnskap om «væren i verden» (Heidegger, 1998, s. 153). Mennesker har allerede en forforståelse som gir et bestemt perspektiv på verden, og gjennom at vi stiller spørsmål kan vi få andre mennesker til å vise seg selv for oss (Heidegger, 1998). Kunnskapen som søkes i denne studien er hvilke konsekvenser rusmiddelavhengighet har på autonomi. Jeg ønsker å belyse i hvilken grad vi kan si at en rusmiddelavhengig person er autonom.

Istedenfor å spekulere eller å drive med ytterligere undersøkelser av kjennetegnene ved avhengighet eller juridiske betraktninger om hva som er grunnlaget for tvang, har jeg vært opptatt av å snakke med personene som har stått i situasjoner hvor det er vurdert at vilkårene for tvang er oppfylt, nemlig personen med rusmiddelavhengighet og fagpersonen som står tett på. Hvordan opplever de disse situasjonene? Opplever bruker og fagpersonen situasjonen på samme måte? Hva er eventuelt ulikhetene? Oppgaven viser at spørsmålene om opplevelse av

autonomi kommer opp i relasjonen mellom fagperson og bruker, og i studien tas det utgangspunkt i spørsmålene i den relasjonen. Situasjoner som oppstår i forbindelse med vurdering av tvang er situasjoner som setter spørsmålet om autonomi på spissen. Ved å intervjuer både fagperson og bruker, vil vi få data fra en situasjon hvor dette ikke bare er tenkt og opplevd, men også italesatt. Målet med studien er å utvikle forståelsen av autonomi opp mot forståelsen av avhengighet. De ulike måtene å forstå avhengighet på er ikke konkurrerende perspektiver men når vi setter disse sammen får vi et tydeligere helhetsbilde av avhengighet og hvordan den fører til fastlåsthet og i hvilken grad rusavhengighet påvirker autonomien. Hva er det som holder rusavhengige fast i et mønster, og i en måte å leve på, som de har så store problemer med å bryte ut av? Gjennom å øke denne kunnskapen og forståelsen vil vi også få et bedre grunnlag til å vurdere rusavhengiges rettsposisjon.

#### STUDIENS RELEVANS

Tematikken i studien har blitt kraftig aktualisert i forbindelse med tvangslovutvalget sin innstilling (NOU, 2019) og aktualiseres i media med jevne mellomrom blant annet i reportasjene «Når alt rakner» og «Historien om Siw» (Bjørnå & Ergo, 2017; Bjørnå & Ergo, 2019). Hva er det som holder folk fast i et destruktivt mønster og i en måte å leve på som de har så store problemer med å bryte ut av? I dette empiriske materiale utforskes kjernen av diskusjonene vedrørende personers autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet. Studien vil bidra med empirisk material i et spennende fagpolitisk felt og vil kunne tilføre kunnskap om avhengighet og belyse signifikante utfordringer vedrørende rusmiddelavhengiges juridiske ståsted; hva slags rettsposisjon har rusmiddelavhengige og hvilken rettsposisjon bør de ha?

#### PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Masteroppgaven blir skrevet som en monografi. Den vil bidra med empirisk material og vil øke forståelsen av autonomi opp mot forståelsen av avhengighet og vil kunne gi oss nyttige perspektiver på hvilket juridisk ståsted mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet har og bør ha. Problemstillingen er :

«Hvordan opplever personer med rusmiddelavhengighet og fagpersonen som står tett på, autonomien til personer med rusmiddelavhengighet i en situasjon der rusmiddelbruk og øvrig livssituasjon vurderes å medføre alvorlig og akutt fare for personens liv og helse?»



Forskningsspørsmålene er:

1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruken av Helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2?
- 2: Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon der den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av paragraf 10-2?

# TEORETISKE PERSPEKTIVER

## INNLEDNING

I kvalitative studier har teorier en viktig oppgave for å forstå, tolke og utvikle empiriske observasjoner ut over det en kan beskrive (Malterud, 2017). I denne studien skal resultatene av datainnsamlingen diskuteres opp mot teorier om autonomi og avhengighet. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i autonomi som et allmennmenneskelig fenomen. Avhengighet er et komplekst fenomen og det finnes ikke et enkelt perspektiv som tar inn helheten i fenomenet. Som følge av det tas det utgangspunkt i tre ulike perspektiver på avhengighet som sammen kan gi et bilde av avhengighetens innvirkning på autonomi.

## MINE SØKESTRATEGIER

Målet for all forskning er å gi ny kunnskap. For å kunne gjøre det, så må vi kjenne til hvilken kunnskap som finnes fra før (Bukve, 2016). Man kan søke i ulike kilder og det er lurt å starte med litteratursøk gjennom databaser (Denise F. Polit & Beck, 2017). Jeg var interessert i den nyeste litteraturen om sammenhenger mellom autonomi og avhengighet. Jeg startet tidlig med å gjennomføre søk sammen med bibliotekar på universitetet. Jeg var interessert i både artikler og bøker. Når det skal søkes etter artikler, er det best å bruke flere søkeord samtidig (Robert K. Yin, 2011). Når jeg foretok søk på ordet «autonomi, fikk jeg flere treff i ulike fagfelt. Jeg var ikke interessert i å utforske autonomibegrepet filosofisk, og knyttet derfor «autonomi», «avhengighet» og «rusmiddelbruk» sammen både på engelsk og norsk. Treffene jeg fikk var lite relevante for å belyse problemstillingen i min masteroppgave. Det var mer relevant å søke i biblioteket på emneord som passer til temaet i min oppgave. I Bukve (Bukve, 2016) får jeg tips om å bruke litteraturlistene i de nyeste artiklene og bøkene som finnes på aktuell tematikk. Jeg gikk derfor over til håndsøk og fant da litteraturen som belyser mitt tema.

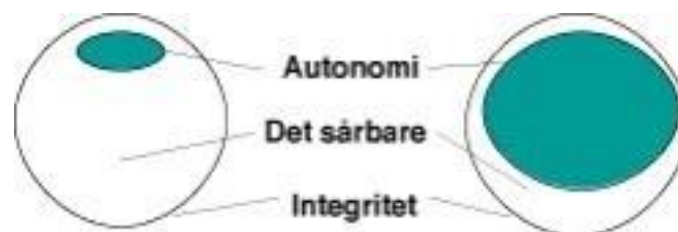
## AUTONOMI

Autonomibegrepet forstås og brukes forskjellig (Lundeberg et al., 2014). Ordet autonomi har gresk opprinnelse (auto = selv, nomos = lov) og innebærer evnen til å «erkjenne etiske verdier og plikter ved hjelp av sin fornuft, og til å handle i samsvar med disse» (Jonassen & Barbosa da Silva, 2018, s. 50). Autonomi kan oversettes med selvråderett, men mange oversetter det med selvbestemmelse (Biong & Aakre, 2018; Lundeberg et al., 2014). Autonomi handler altså om å kunne ta vare på seg selv. Respekten for autonomi er en sentral verdi og prinsipp i etikk

og juss. Dette kommer også til uttrykk i helselovgivningen, nærmere bestemt i pasient – og brukerrettighetsloven § 4-1. Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis på bakgrunn av pasientens samtykke. Allikevel ser vi at det finnes to helt ulike anvendelser av begrepet autonomi i dagens samfunn: En som ser på autonomi og integritet som samme sak og en som skiller klart mellom disse to begrepene.

#### AUTONOMI MED UTGANGSPUNKT I DET HUMANISTISKE MENNESKESYNET:

I det humanistiske menneskesynet finnes det en erkjennelse av at mennesker ikke alltid har tilgang til evnen til å ta gode og fornuftige valg (Barbosa da Silva, 2006). Valgene kan være på tvers av det som er fornuftig og det som gagnar individet (Kraft, 2016). For at en person skal kunne ta autonome valg forutsettes det at valgene er basert på fornuft og er frie, at personen har nødvendig informasjon om sin situasjon og kan vurdere konsekvenser (Molven, 2015). Mennesker er i ulike livsfaser både autonome og sårbare (Norheim, 2006).



Figur 1 (Braut, 2000)

Integriteten på bildet overfor er sirklene, autonomien er de grønne feltene, til venstre et lite felt og til høyre et stort felt. I sirkelen til venstre er det et stort område som kalles «det sårbare», og dette feltet er betraktelig mindre der autonomien er større. Der autonomien er liten domineres hele livet av sårbarhet. Figuren tar utgangspunkt i at integriteten til et menneske alltid er lik alle andre menneskers. Selv om alle mennesker har like stor verdi/integritet, kan vi ikke tenke at alle mennesker er like autonome alltid. Respekten for menneskeverdet gir imidlertid ikke et entydig svar på hvordan vi skal løse etiske dilemmaer (Aasen, 2018). Vi tenker at et spebarn har like stor verdi som en sekstiåring, men vi forestiller oss ikke at spebarnet har særlig høy grad av autonomi. Graden av autonomi er ikke konstant, det er ikke alltid en person har evne og mulighet til å kunne foreta valg til sitt eget beste

(Barbosa da Silva, 2006). Hvis vi tenker oss at autonomi er noe som beveger seg fra å være veldig liten til aldri å bli 100 prosent, så betyr det at det finnes et område mellom nesten ingenting og aldri 100 prosent som vi ikke selv kan si at vi rår fritt over. Når vi er gifte eller når vi har barn, blir vår autonomi redusert, vi kan ikke fritt ta alle beslutninger selv. Jeg kan se på det som en negativ begrensning av min handlingsfrihet eller jeg kan se på det som en positiv avgrensning knyttet til mine forpliktelser overfor andre. Å vurdere menneskenes verdi ut fra graden av evne til selvbestemmelse, harmonerer ikke med et humanistisk menneskesyn. I meld. St. 26 (1999-2000) blir det etiske fundamentet til helse og omsorgstjenesten tydeliggjort. Respekten for det sårbare og svake danner grunnmuren i verdigrunnet. Når man forstår rusmiddelavhengighet som en sykdom, betyr det at en tar utgangspunkt i at avhengigheten fører til redusert autonomi (Biong & Aakre, 2018). Biong & Aakre (2018) antyder at styringssignalene fra myndighetene er uklare, for i enkelte politiske dokumenter slås det fast at rusavhengige fullt ut er ansvarlige for livene sine. Aakre og Biong stiller spørsmål om hva myndighetene egentlig mener: «En person kan neppe være både autonomt og ikke-autonomt på samme tid» (Biong & Aakre, 2018, s. 75). De undrer seg over at når det gjelder andre lidelser, blir ikke det personlige ansvaret løftet frem på samme måte og mener at vi må undersøke hvorvidt den enkelte rusmiddelavhengige klarer å utøve sin autonomi. Lundeberg et al. (2014) begrunner hvorfor de mener vi må ha et skille mellom begrepene autonomi og integritet:

Etter vårt syn er det hensiktsmessig med et skille mellom autonomi/selvbestemmelse og integritet/verdighet for å få frem at førstnevnte er en relativ verdi som samfunnet om nødvendig kan gripe inn i, mens sistnevnte er en mer absolutt størrelse. (s. 61)

I neste avsnitt gjør jeg rede for et annet perspektiv på autonomi.

#### AUTONOMI MED UTGANGSPUNKT I LIBERALISMEN:

Tradisjonelt sett har synet på tvang grunnleggende vært at mennesker med redusert psykisk funksjonsevne har behov for et vern mot sine egne ukloke valg (Østenstad, 2018). CRPD (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities) legger til grunn at alle har rettslig handleevne, det er en iboende menneskelig egenskap (Østenstad, 2018). For å klare å bruke selvbestemmelsesretten, legges det til rette for støtte (Østenstad, 2018). Liberalistene ønsker å sikre lik autonomi for alle, alltid, frihet er det viktigste selv om valgene fører til dårlige konsekvenser (Østenstad, 2018). Dette kan i ytterste konsekvens føre til at personer med

reduisert selvbestemmelsesrett «blir frarøvet» retten til god helse (Østenstad, 2018). Tvang kan kun legitimeres når målet er å forhindre skade for andre (Lundeberg et al., 2014).

Autonomi blir ofte likestilt med integritet og verdighet i juridisk litteratur (Lundeberg et al., 2014). I dagens samfunn er det en oppfatning av at det er noe frigjørende i at et menneske blir mer og mer autonomt og det blir sett på som en fundamental ferdighet å ha kontroll på seg selv (Madsen, 2010). Gran sier at et markedssystem er avhengig av autonome personer (Gran, 2012). Å ta ansvar for eget liv uttrykker denne autonomien. Dersom du ikke lykkes, mister du din autonomi, og det er ingen andre som ivaretar autonomien til dem som faller gjennom (Gran, 2012). «I et samfunn som bygger på ideen om at alle først og fremst skal være individer som realiserer seg selv, vil mennesket være autonomt i den grad det klarer å holde seg selv oppe etter håret» (Gran, 2012, s. 33). Gran (2012) hevder at helseforetakene våre styres etter modeller som gjør oss til kunder, som forbruker varer og tjenester. Gran (2012) sier: «For de minst lønnsomme kan autonomi fort komme til å handle mest om retten til å gå til grunne» (s. 34). Når et menneske ikke lenger klarer å yte, vil det menneskes verdi og verdighet falle bort (Barbosa da Silva, 2006, s. 75). I dagens samfunn strever vi altså med å bestemme oss for hvordan vi skal håndtere mennesker med reduserte evner til i ivareta egen selvbestemmelse. Vi ønsker å beskytte fra maktmisbruk ved å styrke selvbestemmelsesretten, men står da i fare for at alvorlig syke mennesker blir overlatt til seg selv (Aasen, 2018, s. 112).

Jeg har overfor belyst to ulike forståelser av begrepet autonomi; en som erkjenner at sårbare mennesket noen ganger har redusert autonomi og en som ser på autonomi som en absolutt rettighet selv om valgene gir uheldige konsekvenser.

## AVHENGIGHET

Kunnskapen vi har om avhengighet leder i retning av at autonomien kan bli redusert i så stor grad at en tilslutt ikke klarer å se at den rusmiddelavhengige har en selvstendig vilje i det hele tatt (Nesvåg, 2019). I det følgende gjør jeg rede for tre ulike perspektiver på avhengighet; individuelt, - relasjonelt - og samfunnsperspektivet.

## INDIVIDUELT PERSPEKTIV

Avhengighet defineres gjerne som: «Gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk på tross av negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv» (Jellestad, 2011).

De fleste mennesker som prøver rusmidler, gjør det fordi de har en forventning om at det har en positiv effekt (Kraft, 2016). Mange av personene som utvikler avhengighet antas å ha en sårbarhet som består av en kombinasjon av arv, miljø og personlige faktorer. Denne sårbarheten fører ofte til at det utvikles et belønningssystem som enten er overaktivt eller underaktivt (Kraft, 2016). Hos personer med avhengighet i familien, øker risikoen for utvikling av avhengighet, både som følge av gener men også som følge av at å leve med rus i nær familie ofte medfører økt stress (Kraft, 2016). I tillegg forekommer ofte en mangel på gode rollemodeller for hvordan de skal håndtere stress (Kraft, 2016). Kraft (2016) antar at personene vil oppleve forsterket effekt av rusmiddelet samtidig som deres evne til selvkontroll er redusert. Når en person har startet tidlig med rusmidler og har utviklet et underaktivert belønningssystem kan det føre til det bare er inntak av rusmidler som fører til belønning. Vanlige ting som normalt sett gir belønning, som mat, drikke og sex vil ikke gi de gode følelsene. Inntak av rusmidler vil oppleves som stadig mer fristende og nødvendig etter som tiden går. Når det har utviklet seg et alvorlig rusmiddelbruk blir det vanskeligere og vanskeligere å utøve selvkontroll og stå i mot impulser og sug. Belønningssystemet er overfølsomt for rusmidler og kontrollsystemet er svekket, samtidig som stresssystemet ofte er overaktivert (Koob, 2013). Rusmidlenes psykoaktive effekter fører til at sårbarhetsfaktorene som skulle blitt dempet i stede for blir forsterket, og dette øker behovet for rusmidler. Livet i et rusmiljø er i seg selv en faktor som medfører betydelig stress (Kraft, 2016). Avhengighet blir dermed resultatet av en kombinasjon av normale endringer i hjernen som følge av rusmidlene, individuell sårbarhet og alvorlig rusmiddelbruk. Når belønningssystemet og kontrollsystemet kommer i ubalanse, økes risikoen for å bli sittende fast i avhengighet (Kraft, 2016). Avhengighet forklares som en ubalanse mellom belønningssystemet og kontrollsystemet i hjernen (Kraft, 2016).

Disse impulsene og psykologiske prosessene kan oppstå utenfor den avhengiges bevissthet, automatisk og uten intensjon, og derved utenfor rekkevidde for den avhengiges selvkontroll. Disse impulsene tar kontroll over den avhengiges oppmerksomhet og tenkning. (Kraft, 2016, s. 17)

Mange rusmiddelavhengige ønsker å bli kvitt avhengigheten, men klarer det ikke. Dette kan skyldes nedsatt evne til å fokusere på fremtidige mål og gjøre det som kreves for å nå målet (Kraft, 2016). «Rusmiddelavhengighet er typisk karakterisert av opplevelsen av et intenst og nesten ukontrollerbart sug etter rusmidler. Dette medfører for den avhengige et tilsynelatende tvangsmessig jag etter rusmidler» (Kraft, 2016, s. 26). Å skaffe rusmidler blir for mange den dominerende aktiviteten i livet, alt annet skyves til side. Kraft (2016) påpeker at jakten på rusmidler og inntaket av rusmidler blir viktigere enn alt. Det å ikke klare å gjennomføre ønskede endringer er i sentrum av dette med beslutningskompetanse. Rent fysisk går en del av beslutningene ikke innom frontallappen før etter valget er tatt. Den rusmiddelavhengige kan i ett øyeblikk si at vedkommende vil slutte å ruse seg og i neste øyeblikk ruser seg (Kraft, 2016). Kraft (2016) ser på avhengighet som en «vedvarende tendens til å foreta dårlige beslutninger» (s. 14). Nettleton et al. (2011) påpeker at litteraturen som finnes om tilfriskning fra heroinmisbruk har for lite fokus på den ubevisste delen av hjernen og den læring som blir sittende i kroppen til en rusmiddelavhengig. I den ubevisste delen av hjernen ligger det vi har lært oss, som gjør at vi handler uten å tenke over det, for eksempel å kjøre bil eller å sykle, atferden er automatisert og en tar det ikke opp til vurdering for hver gang en tar et valg. Slik er det også for rusmiddelavhengige i tilfriskning, læringen sitter i kroppen, atferden er automatisert og går ikke innom den bevisste delen av hjernen (Nettleton, Neale, & Pickering, 2011).

Risiko for alvorlig fare ser ut til å ha liten betydning. Nesvåg et.al (2019) forklarer dette med at tiden skrumper inn til å bare være et nå. Med andre ord hevder de at når fremtiden ikke finnes, så er risiko et irrelevant begrep. Ut fra et nevropsykologisk perspektiv følger altså den rusmiddelavhengige sine impulser.

Kraft hevder at avhengigheten til rusmidler skiller seg vesentlig fra de andre «atferds avhengighetene»; gaming, gambling, shopping, pornografi osv. (2016). De psykoaktive stoffene i rusmidlene virker direkte inn på hjernen mens de andre avhengighetene har en indirekte virking, via kognitive og affektive prosesser (Kraft, 2016). Virkningene av rusmidlene er dermed sterkere, og fører til en mer omfattende og varig nevrologisk effekt. Kraft viser til at det er en debatt omkring hvilke typer atferd som kan defineres som avhengighet. Debatten har som sentralt moment at rusmisbruk fører til negative konsekvenser og er definert som et folkehelseproblem, og det gjør ikke nødvendigvis de andre

avhengighetene (Kraft, 2016). Nevrobiologisk kunnskap forklarer ikke alene fenomenet avhengighet, men kan gi mer dybde, sammen med det relasjonelle perspektiv og samfunnsperspektivet.

#### RELASJONELT PERSPEKTIV

Pierre Bourdieu presenterte begrepet habitus (Robertson & Nesvåg, 2018). Habitus er kroppslige reaksjonsmåter og vaner som stammer både fra menneskers historie og erfaring og forklarer hvorfor vedkommende handler og føler som det gjør. Habitus reflekterer tilgjengelig sosial kapital og de sosiale forutsetningene i menneskenes livsverden. Når folk skal bli rusfrie, må de bryte med en kjent sosial livsverden og lære seg språket, atferden og kulturen i en ny livsverden. Dette er fullt mulig å gjøre, men det tar tid å etablere ny habitus. Prosessen er krevende og i denne fasen er folk særlig utsatte for tilbakefall (Robertson & Nesvåg, 2018). Den livsverden en kjenner representerer en sterk draging mot en verden en må bryte båndet til (Robertson & Nesvåg, 2018). I artikkelen står også: «Du må snu alt på hodet, ALT må endres» (Robertson & Nesvåg, 2018, s. 3). Sitatet beskriver hva som kreves for å gå fra et liv i langvarig rusmiddelavhengighet til et liv uten rus. Man skal trø inn i en ny livsverden, bygge relasjoner og finne ut hvordan en kan bidra. En sterk mistilpasning preger personene som forsøker å bryte med langvarig rusbruk, og det gjør dem sårbare for tilbakefall. Gjennom at personen bidrar i samfunnet, legitimeres at personen har en plass. Dette kan føre til at følelsen av mistilpasning byttes ut med tilhørighet og identitet (Robertson & Nesvåg, 2018).

Nettleton hevder at identitetsbygging er en meget sentral del av rehabiliteringen fra rusmiddelbruk (Nettleton et al., 2011). Har man en identitet man er misfornøyd med, kan det være ødeleggende i jakten på et rusfritt liv. Positiv identitetsbygging er avgjørende for gode recovery prosesser. En av hennes informanter fortalte at livet er mye mer krevende når han ikke bruker rusmidler. Ruslivet hadde et fokus; å skaffe stoff og innta det. Han slapp da å bekymre seg for mange ting han nå var bekymret for:

Life I find is actually more complicated when you`re not using, well life is complicated when you`re using cos you`re doing all these different things to get your money and bal(ancing), you know juggling a hundreds balls but at the end of the day what you want is one thing, that you`re after and it`s simple, you don`t worry about the bills, you don`t worry about buying food, you don`t worry about keeping your room clean, you don`t worry what people think of you. All of a sudden God you know what I mean you`re



getting fifty-odd pound a week off the dole and you`ve got to buy your food out of it, pay your electric, that`s just a bloody nightmare to me, I don`t want to have to worry about all these things and be wondering how people are. (Nettleton et al., 2011, s. 348)

En av informantene brukte heroin på toppen av subutex. Han visste ikke hvorfor, for det hadde jo ingen effekt. En injisert vann når han i en periode ikke ville bruke rusmidler. Det hjalp for suget. Dette belyser noe av dette med de innlærte vanene som sitter i kroppen. Handlingene er utenfor all fornuft, men personene gjør det likevel (Nettleton et al., 2011).

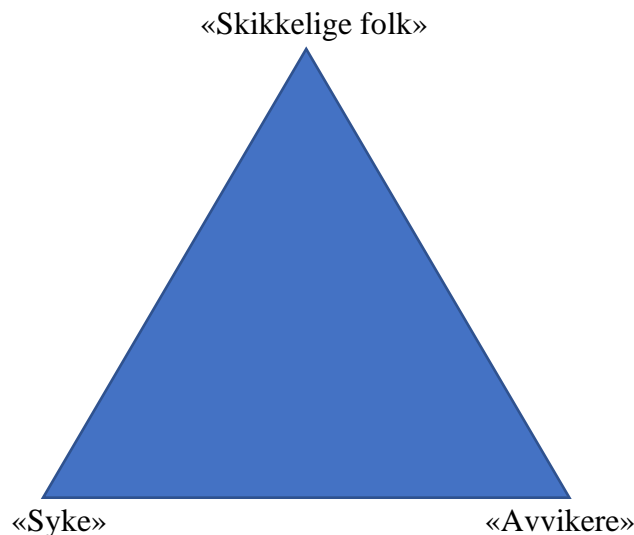
Adams (2008) presenterer en sosial økologisk modell for å forklare avhengighet som et alternativ til det han ser på som forklaringsmodeller som fokuserer på individet isolert fra sosial kontekst. Folk har relasjoner på mange sosiale arenaer. Etterhvert som rusbruken får en mer og mer dominerende plass i livene, så kuttes relasjonene til alle disse, inkludert nære familiemedlemmer. Relasjonene til nære familiemedlemmer eller nære venner blir ofte veldig kompliserte og destruktive. Avhengigheten ødelegger relasjonene til de nærmeste i størst grad. Til slutt sitter den rusmiddelavhengige igjen med relasjonen til rusmiddelet. Adams har gitt oss et nytt bilde av hvordan identitet kan forstås: en går fra å definere folk gjennom kvaliteter, hva de har oppnådd og ressurser til å se individet gjennom måten de forholder seg til sine relasjoner på (Selbekk, 2015). Relasjonene definerer oss og gir oss identitet. Adams tar utgangspunkt i at «jeg er mine relasjoner» (Adams, 2008, s.38). Gjennom hans perspektiv rettes en kritikk mot begrepsbruken i rusbehandling; sykdom, behandling og tilfriskning. Adams hevder dette er begreper som forsterker fokuset på individuelle forklaringsmodeller. Ut fra hans perspektiv har det lite for seg å behandle en rusavhengig uten å engasjere det sosiale nettverket personen har rundt seg. Adams ønsker å bytte ut ordet recovery med ordet reintegrasjon. Reintegrasjon er en sosial prosess med fokus på nettverket på ulike nivåer. En ser på hvordan samspillet er i de sosiale relasjonene. Adams forklarer avhengighet som en sosial relasjon som utvikler seg i en sosial verden på mikronivå. Når intimiteten skal gjenopprettes, skjer det gjennom å gjenbygge de gamle relasjonene eller å bygge nye (Adams, 2008). Behandlingen er å bygge opp igjen relasjoner til andre gjennom reintegrasjon. Han teori har mye til felles med Bruce K. Alexander som også har en sosial forklaringsmodell, men på makronivå (Selbekk, 2015).

Bruce K. Alexanders bidrag til forståelse av rusmiddelavhengighet tar utgangspunkt i at en blir «overveldende involvert» (Alexander, 2010, s. 29) i et rusmiddel og innebærer et behov

for å innta rusmiddelet som følge av at en har tatt det tidligere. Alexander er motstander av, i likhet med Adams, å se avhengighet som et individuelt problem. Hans teori som kalles «Dislocation theory» forklares som en tilknytningsforstyrrelse – en global og kollektiv tilknytningsforstyrrelse (Madsen, 2014, s. 66). Psykososial integrasjon er et grunnleggende menneskelig behov og forsoner menneskenes vitale behov for sosial tilhørighet med deres like grunnleggende behov for autonomi og mestring (Alexander, 2010). Dislocation er en vedvarende mangel på psykososial integrasjon som følge av globaliseringen i samfunnet (Alexander, 2010). Individualiseringen, liberaliseringen, kapitalismen og markedssamfunnene gjør at folk bryter opp og flytter mer på seg. Det kan føre til at nære familieband og røtter blir brutt og mennesker kan bli mer rotløse. Folk som mangler psykososial integrasjon er ekstremt sårbare for avhengighet slik at de kan mestre denne uutholdelige situasjonen (Alexander, 2010). Alexander sier at avhengighet er en måte å tilpasse seg vedvarende mangel på psykososial integrasjon (2010). Alexander bygger mye av sin tenkning på utviklingspsykologen Erik Eriksons teori om de psykososiale fasene (Alexander, 2010). Etter at en person har blitt «overveldende involvert» i et rusmiddel, begynner denne involveringen å gå på bekostning av andre relasjoner (Alexander, 2010; s. 29). Adams og Alexander sier at for den rusavhengige mister de andre relasjonene sin betydning og relasjonen til stoffet blir det dominerende (Alexander, 2010; Adams, 2008). Dynamikken i relasjonene låser folk fast i destruktive mønstre.

## SAMFUNNSPERSPEKTIVET

Figur 2 hentet fra (Nesvåg, 2018, s. 23). De fleste mennesker som følger regler og normer, definerer Nesvåg her som «skikkelige folk». Hvorvidt vi definerer den rusmiddelavhengige som syk eller avviker har stor betydning for hvordan samfunnet møter han/henne og hvordan de ser på seg selv.



Figur 2 (Nesvåg, 2018).

Nesvåg opererer med følgende inndeling av problematisk rusmiddelbruk:

1. Skade
2. Normbrudd
3. Avhengighet

I denne delen av det teoretiske perspektivet, er det normbruddet vi fokuserer på.

En veldig sterk dimensjon knyttet til problematisk rusmiddelbruk er i hvilken grad det representerer normbrudd (Nesvåg, 2018). Hvorvidt det representerer normbrudd, avhenger av hvor du bor og hvilke rusmidler du bruker (Nesvåg, 2018). Det er også slik at mengden av rusmidler du bruker, hvordan du bruker og hvordan du opptrer når du bruker, er med å gi en opplevelse av at det vurderes som problematisk rusmiddelbruk raskt fører til at atferden vurderes som normbrudd (Nesvåg, 2018). Folk med en avhengighetsproblematikk og en rusbruk som gir mye normbrudd vil utvikle en stigmatisert posisjon i samfunnet, nettopp fordi de bryter normer kontinuerlig og dermed setter seg selv på siden av det som er akseptabelt (Nesvåg, 2018; Ytrehus, 2018a). Og med en gang begynner stigmatiseringen som en del av prosessen (Nesvåg, 2018).

Stigma, i følge Goffman, er de ødelagte identiteters sosiologi (Goffmann, 2009, s. 19). Ordet stigma kommer fra gresk og betyr tegn eller merke. Dagens bruk av ordet ligger tett opp til den opprinnelige betydningen men i moderne tid legger vi mer vekt på skam og vanære i denne forståelsen (Goffmann, 2009). Goffmann kategoriserer stigma i tre ulike grupper:

1. Fysiske deformiteter/misdannelser
2. Karakterfeil
3. Tribale (nasjonalitet, rase, religion) (Goffmann, 2009, s. 20).

Disse tre har det til felles at de tiltrekker seg oppmerksomhet fra omgivelsene og det resulterer i at omgivelsene avviser de stigmatiserte og ikke erkjenner deres potensielt positive egenskaper (Goffmann, 2009).

Goffman tar fokuset bort fra stigmatiserte til hvilke prosesser som skaper avvikere (Goffmann, 2009). Først får personen et stigma som gjør han/hun annerledes enn andre, deretter blir den stigmatiserte tillagt negative egenskaper som igjen fører til avvisning og isolering (Lundeberg et al., 2014). Stigma kan altså føre til at menneskene som er stigmatiserte, blir tillagt mindre verdi som mennesker. Det øker risikoen for at de kan bli behandlet på en uverdigg måte (Goffmann, 2009). Stigmatiseringen kan lede til marginalisering og utenforskap (Lundeberg et al., 2014). Et eksempel på dette erfarer vi i forbindelse med boligsosialt arbeid. Mange tenker at rusmiddelavhengige er bra mennesker og har rettigheter som andre, men få vil ha de som naboer. Når folk stadig vekk erfarer dette, opplever de at de er på siden av samfunnet og da er deres autonomi reelt sett kraftig redusert, dermed ser vi at stigma og marginalisering reduserer autonomien.

#### OPPSUMMERING

Måten vi forstår rusmiddelavhengighet på er viktig og bestemmer hvordan vi møter disse menneskene. Jeg har her gjort rede for ulike perspektiver på avhengighet som sammen gir et bilde av at alvorlig rusmiddelavhengighet fører til en automatisert atferd, beslutningene som tas er ubevisste og utenfor personens vurderingsevne. Den bevisste delen av hjernen er koblet ut og de lar seg drive med av de grunnleggende systemene i hjernen knyttet til respons og til de fastlåste mønstrene av relasjoner til andre og til samfunnet forøvrig. I dagens samfunn står to rettigheter sterkt, retten til autonomi og retten til nødvendig helsehjelp. Disse rettighetene

lar seg ikke alltid kombinere; gjennom å holde fast på selvråderetten som viktigst, er faren å la mennesker med begrenset selvråderett gå til grunne.

## METODE

Målet med studien er å få kunnskap om brukere og fagpersoners subjektive opplevelse av autonomi. På bakgrunn av forskningsspørsmålene og søken etter subjektive opplevelser er kvalitativ metode best egnet (Malterud, 2017; Robert K. Yin, 2011). Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet er fenomenologisk-hermeneutisk hvor målet er å fortolke og forstå (Malterud, 2017). Når man skal forske på sosiale fenomen må vi ta valg om hvordan data skal innhentes (Blaikie, 2000). Data kan bestå av tall, ord eller bilder og er en samling av organisert informasjon (Robert K. Yin, 2011). I denne studien har jeg valgt semistrukturerte dybdeintervjuer, fordi det egner seg til å studere folks oppfatninger, opplevelser og emosjonelt følsomme temaer (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kanganiemi, 2016). Metoden egner seg særlig godt når deltakeren har en liten grad av bevissthet om temaet eller ikke er vant med å snakke om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Et semi-strukturert intervju kan tillate ulike opplevelser å komme til uttrykk (Kallio et al., 2016). Når jeg valgte å ikke ha et strukturert intervju, handlet det om at jeg ønsket friheten til å kunne forfølge tema som dukket opp underveis (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillegg vurderte jeg at det var best egnet til å intervju brukere som kanskje var i en situasjon med aktiv rus. Jeg vurderte at det er en fordel at intervjuet er fleksibelt og ikke strukturert (Kvale & Brinkmann, 2015).

## UTVALG

Utvalget bestod av åtte personer, det vil si fire par fagpersoner/brukere som har hatt en relasjon i situasjoner hvor bruker har hatt en alvorlig rusmiddelavhengighet og der fagpersonen har tatt en vurdering om at vilkårene for Hol § 10-2 er oppfylt (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er årlig omlag 350 rusmiddelavhengige som er innlagt på tvangshjemlene i helse – og omsorgstjenesteloven (Lundeberg et al., 2014). Det er altså et fåtall personer blir vurdert til å oppfylle disse vilkårene. I et utvalg med høy informasjonsstyrke kan det være nok med mellom fire og syv informanter (Malterud, 2017). Åtte informanter blir dermed vurdert å være tilstrekkelig i forhold til formålet med denne studien.

Det empiriske nedslagsfeltet er overgangen mellom hvor tvang ikke vurderes og hvor tvang vurderes. Begrunnelsen for dette valget er at for å få gode data i kvalitativ forskning, må du spørre folk med utgangspunkt i en konkret kontekst som de kan kjenne seg igjen i (Malterud, 2017). Og den situasjonen som oppstår når tvang blir brakt på bane er en type konfrontasjon

mellom fagperson og bruker hvor de vil forhandle om hvilke forståelse av situasjonen som er riktig; fagpersonens eller brukers. Når det allerede har vært en drøfting av den enkeltes opplevelse, så er dette opplevelser og erfaringer som informantene allerede har satt ord på. Det er lettere å få tilgang til informasjon som allerede er italesatt enn informasjon som folk aldri har satt ord på. Brukerne er at de må være i stand til å kunne møte på avtaler noenlunde nøkterne. Eksklusjonskriterier er brukere som ikke har samtykkekompetanse. Det vil si at det er uaktuelt å intervju brukere som står i en situasjon hvor tvang blir vurdert, fordi det da vurderes at de ikke er samtykkekompetente. Fagpersonen som kjenner bruker skal velge ut aktuelle informanter.

Jeg tok kontakt med to kommuner. I den ene kommunen måtte jeg beskrive forskningsprosjektet og søke skriftlig. I den andre kommunen kontaktet jeg øverste leder, som satte meg i kontakt med en enhetsleder. Det ble sendt ut informasjon som bestod av prosjektplan, skjema for deltakelse og samtykke, samt intervjuguide på e-post i begge kommunene til ansatte som hadde eller hadde hatt befattning med tvangssaker. Kommunene anbefalte forskningsprosjektet og anmodet ansatte om å delta. Det førte imidlertid ikke til at noen fagpersoner meldte seg. Jeg antar det har sammenheng med travle dager, mange eposter og et ønske om bruke arbeidsdagen så godt som mulig. Neste skritt var å presentere prosjektet muntlig på ulike avdelinger. Fagpersoner som hadde lyst å delta, tok kontakt med brukere de hadde hatt på tvang, hvis bruker også sa ja til å delta, var paret fagperson/bruker etablert. På den måten fikk jeg tilslutt fire par som ønsket å delta i studiet. Når bruker samtykket til å delta i intervju, gav bruker samtidig tillatelse til at fagperson kunne gi navn og telefonnummer til meg slik at jeg kunne ta kontakt. Jeg tok kontakt og avtalte tidspunkt og sted for intervju med de enkelte informantene fortløpende.

Alle fagpersonene var kvinner. Det var ikke et valg jeg gjorde, men det var kvinner som meldte seg. Det er i og for seg ikke så rart med tanke på at 84 prosent av de sysselsatte som er utdannet innen helse – og sosialfag er kvinner (SSB, 2015). Blant brukerne var det tre menn og en kvinne, noe som også reflekterer at to tredjedeler av brukere av kommunale tjenester som har et kjent rusmiddelrelatert problem, er kvinner (Hustvedt, Bosnic, Håland, & Lie, 2019).

## TRANSKRIBERING

Til sammen utgjorde de åtte intervjuene 149 sider transkribert tekst. Datagrunnlaget var rikt og la et godt grunnlag for å belyse min problemstilling. Jeg transkriberte intervjuene fortløpende, på den måten fikk jeg se hvordan mine spørsmål fungerte og hvordan jeg måtte spørre for å få tak i det som kunne svare på problemstillingen. Før jeg startet på intervjuene, hadde jeg en oppfatning av at jeg hadde god erfaring med ulike samtaler. Intervjusituasjonen var imidlertid veldig annerledes enn andre samtaler. Både med tanke på min rolle og også informantens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg oppdaget at jeg stilte flere lukkede spørsmål. Før intervjuet var transkribert, ville jeg nok tenkt at spørsmålene mine hovedsakelig var åpne, men når jeg transkriberte oppdaget jeg både lukkede spørsmål og at jeg kunne fulgt opp bedre med oppfølgingsspørsmål. I neste intervju ble det færre lukkede spørsmål, men da så jeg at når jeg stilte et spørsmål og informanten snakket seg litt bort, var jeg ikke alltid like observant på å hente oss tilbake til det opprinnelige spørsmålet, og lot meg lede over i andre temaer. Stikkordene i intervjuguide hjalp meg imidlertid til raskt å kunne avsjekke om vi hadde vært innom alle områdene, før vi avsluttet. Læringskurven har vært bratt og underveis har jeg måtte korrigere oppfatninger jeg har hatt av meg selv.

## REFLEKSIVITET

I kvalitativ forskning har man med seg at forsker ikke er forutsetningsløs i forskningsprosessen, men preget av sin forforståelse, sin bakgrunn og sine erfaringer (Alvesson & Sköldberg, 2017; Malterud, 2017). Refleksivitet handler om å være bevisst egen bakgrunn og forforståelse, samtidig som man har et åpent sinn og aktivt søker etter å motbevise egne overbevisninger (Malterud, 2017). Refleksivitet forklares ofte som «tolkningen av tolkningen» (Alvesson & Sköldberg, 2017). Gjennom å ha en refleksiv holdning, kan subjektivitet i forskningen bli en ressurs i stede for en ulempe (Malterud, 2001).

Jeg har jobbet med rus i 14 år og har hatt ansvar for flere tvangssaker og har stått tett på enten bruker eller fagperson i 14 tvangssaker etter HOL §§ 10-2 og 10-3 (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). Erfaringene med disse sakene, har gjort at jeg har en oppfatning av at i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet er autonomien svært begrenset. Ut fra min vurdering har tvangen bidratt til å hjelpe brukerne å klare opp slik at autonomien kan øke. I de situasjonene hvor vedtak om tvang ble fattet, har det vært stor fare for brukers liv og vi har vurdert at bruker ikke selv ser konsekvenser og er ikke i stand til å slutte å ruse seg.



Personene bak disse 14 sakene har lidd ulike skjebner, tre av dem er døde, seks av dem er rusfri og har vært det over flere år og fem av brukerne er fortsatt i aktiv rus.

Jeg har også personer i nær familie som er rusmiddelavhengige. Det har påvirket meg og hatt innflytelse på min måte å se verden på. Jeg har erfart at jeg ikke er i stand til å være en profesjonell fagperson når det er snakk om mine nære, jeg er nærsynt og strever med å se helhetsperspektivet. Dette har nok gjort at jeg lettere kan identifisere meg med pårørende og faktisk kjenne på kroppen hvordan de ulike fasene kjennes ut. Jeg har i mye større grad blitt opptatt av at den rusmiddelavhengige er en del av et system, en familie som kan prege på godt og vondt og derfor har jeg vært opptatt av dialog med pårørende i mitt arbeid.

Tidlig i forskningsprosessen snakket jeg med en kvinne jeg var ruskonsulent for i seks år. På et tidspunkt i den perioden, vurderte jeg at hun fylte vilkårene for tvang etter Hol § 10-2 og snakket med henne om dette (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). Hennes sak endte ikke med tvang, men i etterkant har hun sagt at denne «tvangsprosessen» var starten på hennes vei ut av rusavhengighet. Hensikten med å snakke med henne var å utforske min forforståelse. Jeg ønsket også innspill på hvordan jeg best mulig kan utforske forskningsspørsmålene om opplevelse av autonomi. Jeg antok at begrepet «autonomi» ikke vanligvis var i vokabularet til de rusmiddelavhengige og at det dermed var viktig å bruke andre ord. Jeg fikk også reflektert sammen med henne om momenter i intervjuguiden. Når resultatkapittelet var ferdig, ble det forelagt henne. Jeg var interessert i å vite om dette var gjenkjennbart. Jeg ønsket hennes umiddelbare tanker og reaksjoner. Hun synes det var sterkt å lese. Hun kjente seg igjen i ambivalensen, at en ikke klarer å ta ansvar, følelsen av å være fanget og at alt skjer på autopilot. Og så kjente hun på at det var store forskjeller på de brukerne som hadde folk rundt seg som så dem og de brukerne som ikke hadde det. Hun tenkte det var mange flere som var i den situasjonen mine informanter var i, men at fagfolk og pårørende ikke ser dem. Hun gjenkjente også dette med at det er jo ingen som vil være narkoman, og den fortvilelsen som oppstår når det går opp for deg at du er «stuck» og vil ut av det, men ikke aner hvordan du skal gjøre det.

## VALIDITET

Den interne validiteten innebærer å være kritisk til fremgangsmåten, er denne egnet til å få svar på mine forskningsspørsmål (Malterud, 2017). Det skal være en rød tråd mellom

problemstilling, teori, metode og resultater (Malterud, 2017). Gjennom prøveintervjuet jeg hadde, fikk jeg testet at mine spørsmål var egnet til å fange det fenomenet jeg ville fange. Under intervjuet var jeg opptatt av at jeg forstod det informantene sa til meg, jeg sjekket derfor ut underveis om jeg hadde forstått riktig, såkalt dialogisk validering (Malterud, 2017, s. 193). Jeg har ikke fått et entydig svar på mine forskningsspørsmål i studien; rusmiddelavhengighet reduserer autonomien til folk, men når det gjaldt mine informanter, kan jeg ikke se bort fra at det også var andre ting som bidro til det, alt det som rusen maskerer (Nesvåg, 2019). Jeg vurderer imidlertid at fremgangsmåten som ble valgt var egnet til å belyse problemstillingen. Den eksterne validiteten handler om overførbarhet og relevans (Malterud, 2017). Denne studien gir et unikt og sterkt bilde av opplevelser av autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet. Studien bidrar til å belyse tematikken og kan være interessant for fagpersoner på ulike nivåer. Etter analysen var ferdig og resultatene forelå, validerte jeg resultatene opp mot de transkriberte intervjuene og lette aktivt etter data som motsa det jeg hadde fremstilt som funn (Malterud, 2017). Framleggingen av resultatene for den personen jeg hadde snakket med i forkant, bidro også til å validere resultatene.

## RELIABILITET

Reliabiliteten handler om resultatenes troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276) og at forskningen er utført på en grundig og pålitelig måte. Reliabiliteten styrkes gjennom at jeg følger en prosedyre, jeg informerer, får samtykke, har en intervjuguide, sikrer dataene, prøver å få med meg det samme i alle intervjuene. De åtte intervjuene jeg hadde var ikke like, alle fikk ikke like spørsmål og oppfølgingsspørsmål, jeg stilte noen åpne og noen lukkede spørsmål. Jeg hadde imidlertid en bevissthet omkring å la deres stemmer høres og at intervjuene ikke skulle bekrefte min forforståelse. Hvis vi hadde vært to på intervjuene og i analysen, ville nok reliabiliteten blitt ytterligere styrket.

## ETISKE REFLEKSJONER

Som forsker har man ansvar for å følge etiske retningslinjer for god forskning i alle deler av studien, både før, under og etter arbeid med en studie (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien er det innhentet forhåndsgodkjenning hos REK og NSD (vedlegg 5 og 6). Alle deltakerne fikk et skjema hvor det stod informasjon om hva forskingsprosjektet innebar, mulige fordeler og ulemper, at det er mulig å trekke tilbake samtykket og informasjon om hva som skjer med opplysningene. Dette skjemaet ble også gjennomgått muntlig i begynnelsen av

intervjuet. Informantene skrev deretter under på skjemaet. Personvernet ble ivaretatt gjennom at det var fagpersonene som kontaktet bruker med forespørsel om deltakelse, dermed fikk jeg ikke navn før etter de hadde samtykket. Ulempen med det var at jeg ikke fikk kvalitetssikret den muntlige informasjonen brukerne fikk i forkant. I begynnelsen av hvert intervju, gav jeg derfor god informasjon om studien og gav dem muligheten til å trekke seg. Jeg sørget dermed for at samtykket var informert. Lydopptak fra intervjuene og de transkriberte intervjuene ble lagt inn på kryptert minnepinne og ble oppbevart nedlåst. Alle opplysninger blir behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter informanten sammen med intervjuet gjennom en navneliste. Det er kun forskeren som har tilgang til listen. Datamaterialet blir slettet innen prosjektslutt 01.06.2021. Informasjon fra informantene gjengis på en måte som ikke identifiserer dem uten at det påvirker meningsinnholdet.

#### ANALYSE – SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING

Mitt datamateriale er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2012). Metoden egner seg godt for en nybegynner og hjelper til med å opprettholde et ansvarlig nivå av metodisk strenghet. Den gir hjelp til å lære grunnleggende analytiske ferdigheter, men skal samtidig ikke brukes for rigid (Malterud, 2012).

Malterud (2017) beskriver analysens fire steg slik:

1. Få et helhetsbilde av materialet og identifiser fire-åtte foreløpige temaer som sier noe om problemstillingen. I dette trinnet er det viktig å legge bort egen forforståelse og teoretisk fundament men ha fokus på problemstillingen.
2. Identifiser de meningsbærende enhetene i materialet og lag grupper av koder.
3. Hver kodegruppe gjennomgås, og så lager subgrupper for å fange opp nyanser. Kondenser teksten, det vil si lag kunstige sitat. Finn sitater som beskriver den kondenserte teksten.
4. Kondensatene danner utgangspunktet for resultatpresentasjonen og skal settes sammen som en tekst. Innholdet i teksten skal gjenspeile informantens utsagn og samtidig være skrevet på en måte som kan formidles til andre.

Mitt datamateriale utgjorde 149 transkriberte sider. Av den grunn valgte jeg å bruke N´ Vivo som er programvare for analyse av kvalitative data, for lettere å analysere store mengder kvalitative data.

#### TRINN 1 - HELHETSINNTRYKK; Å IDENTIFISERE TEMAER I TEKSTEN

Hensikten i første trinn er å bli godt kjent med materialet. Når en selv har transkribert intervjuene, er det også med på å gi oversikt. Malterud (2017) anbefaler at en har en trinnvis strategi og ikke samler opp alle dataene, men analysens første tre trinn etter hvert. Jeg gjennomførte alle intervjuene og transkriberte dem før jeg startet på analysearbeidet. Jeg hadde da et stort datamaterialet men brukte god tid på gjennomlesing for å få oversikt. Når jeg leste gjennom intervjuene, forsøkte jeg aktivt å lete etter hva teksten fortalte i seg selv. Jeg forsøkte å løsrive meg både fra faglitteraturen og forforståelse, men hadde problemstillingen klart for meg (Malterud, 2017). Jeg leste først igjennom intervjuene en gang uten å notere noe. I andre gjennomlesing, noterte jeg underveis ned 10 temaer. Malterud anbefaler mellom fire og åtte temaer (Malterud, 2017), jeg slo sammen temaer som kunne omhandle det samme og satt igjen med disse åtte temaene: Situasjonen forverres, bekymring/press, ambivalens, selvmedisinering – trenger rusmidlene, ser ikke konsekvenser, fanget, baksiden av medaljen, å leve i en boble.

#### TRINN 2 - Å SORTERE TEKSTEN I ULIKE KODEGRUPPER

I andre trinn er hensikten å dele opp materialet, det vil si identifisere meningsbærende enheter og legge resten til side. Fordele med å bruke N´ Vivo var blant annet at på dette trinnet kunne jeg gå gjennom setning for setning og slette tekst som var irrelevant for min problemstilling. Var jeg i tvil om noe skulle være med videre, tok jeg det med. Malterud oppfordrer oss til heller å ta med for mye enn for lite på dette stadiet i analyseprosessen (Malterud, 2017). Jeg hadde de originale transkriberte intervjuene, så jeg risikerte ikke noe ved å slette teksten. Malterud anbefaler på dette trinnet at vi har fra tre til fem foreløpige temaer som blir utgangspunkt for kodegruppene (Malterud, 2017). Jeg gikk først gjennom alt materialet før jeg delte det inn i kodegrupper. Underveis måtte jeg legge til kodegrupper, og måtte da gå tilbake til teksten jeg allerede hadde gått gjennom (Malterud, 2017).

### TRINN 3 - KONDENSERING

Hensikten med tredje analysetrinn er å ende opp med kondensater (Malterud, 2017). For å komme dit, starter vi med å ta en og en gruppe, se på hvilke meningsbærende enheter den inneholder og lage subgrupper (Malterud, 2017). Hver kodegruppe kan ha to til tre subgrupper (Malterud, 2017). Dette trinnet i analysen var veldig tidkrevende og her gikk jeg mye frem og tilbake for å finne et godt system på analysen. Mitt datamateriale består av intervjuer med fagpersoner som har oppfatninger om brukers autonomi i en spesifikk situasjon og bruker som har oppfatninger om sin egen autonomi i den spesifikke situasjonen. Intervjuet omhandlet en spesifikk tidsepoke, nemlig før, under og etter tvangssituasjonen. Jeg besluttet å organisere materialet i temaer som omhandlet tiden før innleggelsen, selve tvangsoppholdet og tiden etterpå og få frem fagpersoner og brukeres ulike perspektiver på situasjonen. Underveis i denne prosessen gikk jeg tilbake til trinn to flere ganger, gikk gjennom de transkriberte intervjuene for å forsikre meg om at jeg hadde med de meningsbærende enhetene som belyste problemstillingen, la til noe og tok bort noe. Jeg la til flere av subgruppene underveis og måtte da gå tilbake og se på teksten jeg allerede hadde gått gjennom (Malterud, 2017). Til sist hadde jeg følgende kodegrupper og subgrupper:

- Bekymring/press
  - Helsesituasjon
  - Overdoser
  - Kognitiv fungering
- «Å leve i en boble»
  - Har selv kontroll
  - Er likegyldig
- Selve tvangsoppholdet
  - Rusing
  - Motstand
  - Positivt
- Ulike oppfatninger om tvangssituasjonen i etterkant fra begge perspektiv
  - Fordeler
  - Ulemper
- Fagpersoners oppfatning av tvang
  - «Etisk dilemma»

- Fanget
  - Selvmedisinering
  - Medaljens bakside – stigma
  - Ambivalens

Deretter laget jeg kondensater og fant sitater som belyste kondensatene under hver subgruppe på en god måte. Et kondensat er et kunstig sitat som er skrevet i «jeg-form» for å minne oss på at vi skal presentere deltakernes stemmer (Malterud, 2017).

#### Trinn 4 - Å SETTE SAMMEN BITENE IGJEN

På dette trinnet gikk jeg til kondensatene som var i hver subgruppe og laget en analytisk tekst som sammenfattet funnene og illustrerte dette med sitatene jeg hadde funnet. Her valgte jeg å bytte ut de tidligere sitatene flere steder med sitater som illustrerte situasjonen bedre. Jeg tok også inn flere sitater for å få frem situasjonene mest mulig med brukernes og fagpersonenes ord. For å få nærhet til brukerne valgte jeg å presentere hver person for seg, med fiktive navn, men riktig alder og kjønn. Når hver kodegruppe og subgruppe var skrevet, laget jeg overskrifter for å belyse innholdet og som også er med å peke på hvilken epoke teksten omhandlet slik at leseren skal klare å følge med. Deretter ble resultatene validert opp mot de opprinnelige transkriberte intervjuene. Her forsøkte jeg aktivt å lete etter data som motsa det jeg hadde skrevet som funn (Malterud, 2017).

I prosjektplanen laget jeg en tidsplan for forskningsprosessen. Analysen var det jeg bommet skikkelig på. Jeg brukte tre ganger så lang tid på analysen som jeg hadde forventet. Analysen innebærer en induktiv tilnærming (Malterud, 2017). Malterud beskriver at analysen er en iterativ prosess, i kvalitativ analyse innebærer det å gå tre skritt frem og to tilbake (Malterud, 2017). I starten av analysen, forholdt jeg meg til systematisk tekstkondensering som en oppskrift. Jeg er vant med å bruke oppskrifter og forventer da at når jeg har gått fra trinn 1-4 så har jeg et ferdig resultat. Slik var det imidlertid ikke med oppskriften til systematisk tekstkondensering. Her måtte jeg gå frem og tilbake mellom de ulike trinnene mange ganger ettersom jeg oppdaget nye ting og ettersom jeg besluttet å organisere materialet på andre måter og ettersom materialet åpnet seg opp for meg. Analyseprosessen var virkelig en hermeneutisk sirkel, hvor jeg starter med et utgangspunkt, så fikk jeg mer kunnskap som jeg tok med meg i andre runde. Det gjorde at jeg så med andre øyne på det jeg fant i andre runden

og det tok jeg med meg i tredje runden osv. Den hermeneutiske spiralen innebærer en pendling mellom deler, helhet, forforståelse, tolkning, ny forståelse, ny tolkning, som deler av en helhet som kontinuerlig utvikler seg (Dalland, 2000).

## RESULTATER

### INNLEDNING

Brukerne som ble intervjuet er i alderen 18-58 år og fra to store kommuner i Norge. Det er en kvinne og tre menn. På tidspunktet for intervjuet, var to brukere i aktiv rus, en hadde vært rusfri i halvannen måned og en hadde vært rusfri i syv-åtte måneder.

En var innlagt på tvang og hadde en uke igjen av oppholdet, en var innlagt i frivillig behandling, en bodde i en omsorgsbolig med døgnbemanning og en hadde oppfølging fra et FACT team.

Ingen av brukerne var i arbeid, to hadde varig uførepensjon, en hadde søkt om uførepensjon og en hadde planer om å fullføre skole. To av brukerne hadde økonomisk sosialhjelp. En av brukerne deltok på et lavterskel arbeids – og aktivitetstiltak flere ganger i uken.

Fagpersonene var kvinner i alderen 29-46 år. Alle fire er sosionomer, to har videreutdanningen SEPREP, en toårig videreutdanning for behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, en har master i kriminologi.

Fagpersonene hadde ulik erfaring med å fremme tvangssaker etter Hol § 10-2; en hadde hatt en sak, en tre saker, en seks saker og den fjerde deltok i diskusjonene og leste alle sakene i enheten der og de hadde hatt 15-20 saker (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). Hun var også ofte med i fylkesnemnda i disse sakene.

Fagpersonene fremmet fem tvangsvedtak for disse fire brukerne. Det var fire midlertidige vedtak (akuttvedtak) og et ordinært vedtak. En av brukerne har hatt to tvangsopphold, begge midlertidig vedtak og i tillegg to perioder på 3 uker med frivillig tilbakehold etter Hol § 10-4 (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011).

Resultatene fra analysen av intervjumaterialet er organisert under fem tema. De første to temaene presenterer brukernes og fagpersonenes opplevelser av situasjonen som ledet opp til tvangsvedtaket og gjennomføringen av tvangsoppholdet. Mens de øvrige presenterer brukerne og fagpersonene sine opplevelser og refleksjoner over tre tema som ble sentrale i intervjuene.



For å få maksimal nærhet til brukernes og fagpersonenes opplevelser blir presentasjonen organisert ut fra hver enkelt bruker og «tilhørende» fagpersons perspektiv.

#### VURDERING AV LIVSSITUASJONEN

I dette kapittelet vil jeg presentere de fire brukerne, deres bakgrunn og hvordan de selv så på sin situasjon slik den var i forkant av tvangsinngjøringen. Fagpersonenes opplevelse av situasjonen presenteres etter brukers opplevelse.

**Kent (58 år)** har fire barn og seks barnebarn. Han forteller at to av barna hans også har rusmiddelproblemer. Han lærte å lage piper av farfaren sin når han var elleve år gammel og startet å ruse seg når han var tretten år. Han forteller at det var nysgjerrighet som gjorde at han prøvde hasj. Han gikk videre til bruk av amfetamin og heroin. De siste årene har han kun brukt hasj, amfetamin og benzodiazepiner. Han har sluttet med sprøyter og sluttet med heroin og anser ikke sin rusbruk som rusing men som selvmedisinering. Han forteller at han ble flyttet fra sin leilighet på grunn av at folk var misunnelige på han. «Og sånne såkalte venner, de ødela alt for meg. Jeg fikk til og med dyrevernet på meg der for mishandling av dyr. Og så ble jeg frastjålet livsviktige medisiner.» Han fikk høre at alle var bekymret for han, men han forstod ikke hvorfor. Han sier at han var hjelpeløs og at han visste at han skulle dø. Han tenkte selv at hans tilstand skyldtes at han manglet medisiner han trengte. Han forteller at samme dag som han ble innlagt på tvang, var han hos legen for å få hjelp. «Jeg var steingalen. Jeg var ikke tilstede. Alle snakket om at jeg var dø. Så jeg dreit i de. Jeg prøvde å rydde opp så godt jeg kunne.» Fra Kents perspektiv hadde han gjentatte ganger forsøkt å få hjelp, han oppsøkte sykehus, DPS og fastlegen for å bli innlagt, men han fikk ikke hjelp. Han sa at også politiet var bekymret for han og at de kjørte han hjem ett par ganger. «De fant meg jo i en hjelpeløs tilstand. De burde ringt etter sykebil, de burde gjort noe. Det eneste de gjorde var å riste meg våken. Da hadde jeg gått ute i fem-seks døgn». Kent satt med en opplevelse av at han over tid hadde prøvd å få hjelp men at han ble nektet hjelp. «Jeg hadde jo jævlig med sår, jeg hadde blitt skadet og skamslått nesten. Folk kom opp og skulle ta meg i leiligheten, der lå jeg i alt graspet, helt utslitt med kjeledress på meg og med papir rundt beina sant, for jeg hadde vært ute mange netter».

I saken til Kent forteller fagpersonen at en overlege anmodet om tvang på grunn av at Kent hadde fått en alvorlig somatisk lidelse, som ubehandlet ville resultere i at han ville dø innen

en uke. «Og jeg tenker at det går alltid opp en ekstra varselampe når overleger eller sykehuset melder, for det er ikke noe de pleier å gjøre». Et lavterskeltiltak var også svært bekymret og sendte bekymringsmelding. Til og med rusmiljøet formidlet bekymringsmelding. «Dette var jo en person som andre i rusmiljøet ikke kjente igjen og som de begynte å bli redde, en mann som ikke er kjent for å være utagerende». Brannvesenet var bekymret for brannfare pga oppsamling av elektriske artikler. Fra fagpersonens perspektiv var det et markant funksjonsfall i løpet av ett par måneders tid. Fagpersonen opplevde at bruker var forvirret og så syk at han ikke var i stand til å forstå faren han utsatte seg for.

**Helge (18)** startet med hasj når han var 14 år gammel. Han forteller at han har slitt psykisk siden han var liten og opplevde at han ble mobbet av lærerne. Han sier at han har alltid vært litt annerledes, litt spesiell. «Alle har jo trodd at jeg har hatt Asperger syndrom hele tiden. Og ADHD da. ADHD er jo tydelig at jeg har.» Han hadde en søster som var alvorlig syk og det gjorde at han følte behov for å roe ned tankene. Helge var klar over at foreldrene hans var svært bekymret for ham. Han bodde hjemme og tenkte at han måtte vise dem tillit ved å vise dem hva han hadde kjøpt av rusmidler. «De likte egentlig ikke å vite. Men jeg forstår jo at foreldre som har unger som ruser seg tenker det verste. Så de var redd for at jeg ikke skulle våkne opp neste morgen» Han sier at han følte han stort sett hadde kontroll på inntaket, men av og til ble han selv bekymret. En gang ringte han selv 113 og ble anbefalt å ikke innta mer, og han fortalte det også til foreldrene sine. Han sier at han slet i perioden før innleggelsen. «Det var jo det at jeg gikk mye rundt i byen, litt sånn slått ut og ja. Jeg slet kanskje litt med å ta vare på meg selv. Men det var mest fordi jeg bodde hjemme og var stresset pga ting og tang». Han forteller at få dager før han ble innlagt, la han seg inn frivillig etter at politiet hadde hatt razzia hjemme hos han og beslaglagt rusmidlene han hadde tilgang til. Han ville skrive seg ut, men fikk beskjed om at han var overført på tvangshjemmel.

Fagpersonen forteller at Helge har fått påvist ADHD, Asperger og tics. Han startet med rusmidler når han var 14 år og var på ulike barnevernsinstitusjoner frem til han var 17 år. Det siste året, fra siste opphold på institusjon og frem til tvangsoppholdet, var det fra fagpersonens perspektiv, en jevn nedadgående spiral. Han ble introdusert for rustjenesten når han avsluttet samarbeidet med barneverntjenesten, og rustjenesten hadde ikke kjent Helge lenge. Helge ønsket kontakt med erfaringskonsulent for å lære mer om rusbruk. Han hadde i en kort periode mottatt behandling fra ruspoliklinikk, men dette ble avsluttet fordi intensjonen hans var å lære mer om rusbruk. Helge hadde et blandingsmisbruk og ruste seg på en måte som ble

vurdert å være svært farlig. Det var ukritisk bruk og overdosefaren var veldig høy. Fagpersonen sier: «Det har vært blanding med forskjellige stoffer som er potensielt dødelige, og det har vært en trang og en iger til å prøve alt. Injisere stoff som vanligvis ikke injiseres, MDMA for eksempel». Helge har vært utsatt for en del seksuelle overgrep i rusmiljøet. «Han er veldig ukritisk i kontakten med folk og han trekkes til rusmiljøet». Politiet er bekymret for at han kan bli utnyttet seksuelt. I denne tiden hadde Helge mange innleggelses i akuttpsykiatrien, men ofte inn og ut igjen samme dag. Helge bodde hjemme hos foreldrene sine. Foreldrene var ressurssterke og har stått på og hjulpet han mye. Ett par måneder før tvangsoppholdet, tok foreldrene til Helge initiativ til innleggelse på et privat behandlingssted i Danmark. Fagpersonen forteller at han ble skrevet ut etter et par uker pga at det var for mye psykiatri til at han kunne motta behandling for sin ruslidelse. Gjennom behandlingen kom en del av traumene han har opplevd opp. «Så kom han inn i psykiatrien og her sier de at det er mer rus enn psykiatri. Så han ble den klassiske som falt mellom alle stoler».

Siste gangen Helge var innlagt på psykiatrisk før han ble lagt inn på tvang skulle fagpersonen på besøk. Fagpersonen hadde mottatt bekymringsmelding fra Helges foreldre, og skulle fortelle Helge at de hadde startet undersøkelse og for å be om samtykke til å innhente informasjon. På avdelingen ble fagpersonene møtt av leger som jobbet der. Legene trodde fagpersonene skulle informere om at de hadde fremmet et midlertidig vedtak. Overlegen på psykiatrisk avdeling anmodet kommunen om å legge han inn på tvang. Fagpersonene opplevde avdelingen ba om at de måtte foreta et hastevedtak. «De anbefalte dette veldig sterkt, det var en sterk anmodning om å gjøre det nå, for nå er han her.»

**Bjarte (40)** har samboer og en sønn på tretten år. Han begynte å ruse seg når han var 13-14 år, det startet med alkohol, så hasj, amfetamin og heroin. Han har hatt angst hele livet, så lenge som han kan huske, og har de senere årene også fått diagnosen PTSD. Han er i LAR og har henting på apotek fem dager i uken. Han opplever ikke at det handler så mye om rus men selvmedisinering. «Jeg føler at narkoman blir et stort sterkt ord og alt handler om å bruke med måte holdt jeg på å si, at du ikke...ja, at du bruker det medisinsk, så du kan fungere normalt. Bare jeg får bort klumpen i magen, da er jeg fornøyd og jeg kan få ta tak i det dagligdagse». Han forteller at når kommunen kom for å formidle sin bekymring, så var livet hans svært vanskelig. Han var veldig destruktiv og negativ og brydde seg ikke om han levde eller døde. «Jeg ruste meg mye og gav bare faen».

Bjarte og fagpersonen hadde imidlertid helt forskjellige bilder av hva som skjedde og hva som ble formidlet. Fra Bjartes perspektiv kom kommunen og sa at det var alvorlig fare for hans fysiske helsesituasjon. Bjarte opplevde at hans fysiske helse hadde vært i fare, men at det nå var under kontroll. Og så opplevde han at kommunen da heller ville ta han inn på tvang fordi at han ville ta livet sitt. Slik Bjarte husker det, var det en kamp som ble kjempet mellom hans advokat og kommunens advokat som endte med at kommunen til slutt trakk seg, så det ble ikke tvangsinnleggelse. Han kan dermed ikke huske en tvangsinnleggelse, kun frivillige innleggelser.

Fagpersonen forteller at Bjarte har ruset seg det meste av sitt voksne liv. I en uttalelse fra en psykologspesialist fra tidspunktet før tvangsoppholdet, går det frem at han har langvarig angst og depresjonsproblematikk og ukritisk og destruktiv atferd og at han har hatt suicidale utsagn. Hans rusbruk har resultert i dårligere kognitiv og sosial fungering. Fagpersonen ble kjent med Bjarte mens han levde med omfattende rusavhengighet, han var i LAR og han hadde nylig hatt et opphold på omsorgsinstitusjon på kommunal garanti. Under en permisjon fikk Bjarte en svært alvorlig somatisk skade. Fra fagpersonens perspektiv var Bjarte ikke i stand til å ivareta behovet for behandling han trengte som følge av skaden. Fagpersoner fra samarbeidende enheter opplevde situasjonen som fastlåst og at han ikke klarte å ta grep selv. «Det var ikke en formell bekymringsmelding annet enn at LAR oppfølger meldte bekymring til oss, rehabiliteringsenheten og akutten meldte på en måte bekymring underveis, men da var allerede saken i gang». Til tross for dette, så er det en krevende prosess å stå i: «Det er jo snakk om å frata noen store deler av selvbestemmelsen. Det er vanskelige avgjørelser å ta, samtidig som det av og til er nødvendig». Når fagpersonen startet undersøkelse for å vurdere om han fylte vilkårene for tvang, fikk Bjarte informasjon om dette. Bjarte forsøkte å ta grep om situasjonen sin og han klarte en kort periode å holde avtaler, forholde seg til rammer i boligen og ruste seg mindre. Han ble også innlagt på sykehus for å få behandling for den somatiske skaden. Han ble imidlertid utskrevet før han fikk den behandlingen han trengte, etter at han hadde brutt seg inn i medisinskapet, stjålet medisiner og ruset seg.

**Sandra (21 år)** er en ung kvinne som så langt har hatt et utfordrende liv. Hun sier:

«Det begynte jo å gå galt for meg lenge før jeg begynte å ruse meg. Jeg falt ut av skolen. Jeg har alltid vært i en behandlingsprosess, uten at noen har klart å hjelpe meg skikkelig. Jeg bodde jo på en psykiatrisk avdeling før jeg begynte med rus».

Hun hadde begynt å eksperimentere med rus når hun bodde der, mest hasj og alkohol. Men en gang slo det ut på amfetamin på en urinprøve og som følge av det ble hun kastet ut. Hun fikk da tilbud om bolig på et sted hvor det var døgnbemanning og andre rusmiddelavhengige. Hun forteller at når hun ble plassert der så havnet hun på kjøret sånn skikkelig. Hun injiserte rusmidler etter kort tid, og brukte alkohol, hasj, piller og amfetamin. Hun fortalte «I begynnelsen gav det meg det jeg hadde lengtet etter hele livet liksom. Motivasjon til å stå på beina. Og liksom denne her tilhørighetsfølelsen. Og jeg fikk bort de tankene som på en måte alltid har forstyrret meg». Sandra var klar over at foreldrene hennes var veldig bekymret. Selv så hun ikke at det hun holdt på med var farlig:

Jeg skjønnte ikke faren i det jeg gjorde i det hele tatt, fordi jeg levde livsfarlig liksom, men jeg skjønnte ikke det selv. Jeg hadde funnet meningen med livet følte jeg og ingenting kunne stoppe meg der og da. Da opplevde jeg det hele bare som et eventyr liksom. Så da ble jeg ekstra forbanna når de tok meg ut av den verden som jeg hadde oppdaget og som jeg trivdes i. Så det var jo...jeg følte det som et eneste stort overgrep når de hentet meg og sendte meg inn på tvang.

Etter dette tvangsoppholdet fortsatte hun å ruse seg. Etter kort tid erfarte hun også de negative effektene av rusmiddelavhengighet. Psykosene begynte å komme, det samme med vold, innbrudd og annen kriminalitet. Hun opplevde å være mye redd, paranoid og hadde vrangforestillinger. Hun hadde korte opphold på psykiatrisk og fikk behandling for psykose, men skrev seg raskt ut igjen og fortsatte å ruse seg. Etter ca et år med stadig mer rus, oftere og oftere psykoser, ba hun selv om å bli lagt inn på tvang. Hun hadde innsett at rusmiddelavhengigheten var et problem for henne og at viljen hennes ikke var så fri som hun hadde trodd. Fagpersonene ønsket da at hun skulle samtykke til tvang. Dette opplevde Sandra som vanskelig, for da måtte hun selv samarbeide og forholde seg til sin egen behandling i en periode av livet hvor hun kjente på stor ambivalens.

For når du er i aktiv rus, så er den rusen liksom så levende i deg på en måte at det eneste som er i hodet ditt og i tanken din er neste dose. Det tar all plassen enten du vil det eller ei liksom, og det er først når rusen går ned at du tenker at du egentlig ikke vil, men du klarer allikevel ikke å stoppe.

Hun ble innlagt på «frivillig tvang» i seks uker (2011, § 10-4). Hun lot kjæresten sin bo i leiligheten mens hun var innlagt. Han hadde kastet sprøyter i toalettet og kloakksystemet var tett. Huseier var sint på henne og hun måtte flytte ut. Hun ønsket å skrive seg ut slik at hun kunne ordne opp i dette. Sandra forteller at rustjenesten satte da i gang et nytt tvangsvedtak, slik at hun ikke fikk komme ut. Hun ble veldig sint når det gikk opp for henne at hun skulle være inne på tvang i tolv uker til, men etter at hun kom inn på ny tvangsavdeling, la motstanden seg. Dette oppholdet gav henne en helt annen opplevelse. Hun følte seg sett, hørt og ivaretatt og det gav henne håp. Hun hadde også en rømming under dette tvangsoppholdet, men hun opplevde allikevel at det gav henne et veldig godt grunnlag å jobbe videre med. Etter utskrivelse fortsatte hun å ruse seg, men det ble annerledes enn før. Kjæresten hennes var i fengsel, så hun kunne i større grad ta hensyn til seg selv. Hun valgte da å bli henvist til frivillig behandling. Hun forteller:

Det er den perioden jeg ruste meg minst, men allikevel det er også den perioden jeg husker minst. Men jeg husker veldig godt at tidligere, for jeg har sagt veldig mange ganger at jeg skal i behandling og skal på avrusning men så har jeg ombestemt meg. Jeg ombestemmer meg dagen etterpå. Men dette er første gangen jeg bestemte meg, og så gikk det fire uker før jeg fikk plass, men jeg ombestemte meg ikke en eneste gang. Da hadde jeg bestemt meg. Så på den tiden hadde jeg knekt den koden i meg da. Jeg hadde skjønt liksom at når jeg gjør slik jeg alltid har gjort, så blir det som det alltid har blitt på en måte. Så nå må jeg gjøre noe annerledes. Jeg kan ikke sitte å vente på et mirakel liksom.

Fagpersonen hadde hatt oppfølging med **Sandra** to år før første tvangsopphold. Sandra hadde da falt ut av skolen, bodde i en døgnbemannet bolig for personer med psykiske lidelser og det var en ansvarsgruppe rundt henne med fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten, oppsøkende behandlingsteam, helse – og sosialkontor, miljøtjenesten i kommunen og Sandras foreldre. Fagpersonen forteller at Sandra gikk fra å bruke litt hasj i ny og ne til et alvorlig sprøytemisbruk på et halvt år. Fra fagpersonens perspektiv, var Sandras livssituasjon preget av stor ambivalens. Sandra fikk ulike tilbud om behandling men når behandlingsplassen var klar, ville hun ikke allikevel. Hun ville alltid noe annet og fagpersonen opplevde ikke at hun klarte «å snu ryggen til rusmidlene». Foreldrene til Sandra anmodet kommunen om å vurdere tvang. Fagpersonen vurderte at vilkårene for tvang var oppfylt basert på at hun var så ung, bruken var så alvorlig og det forelå en betydelig overdoserisiko.

Det var jo en flott familie rundt denne jenten og de var jo kjempebekymret. Så det er klart at det var jo ganske stort trøkk og press fra denne familien om at vi måtte gjøre noe. Ja, at vi måtte ta tvang, og de sendte inn bekymringsmeldinger. Hjelpeapparatet var også kjempebekymret.

Faren til Sandra var med i ansvarsgruppen og fagpersonen sier:

Og faren hadde mye og si og mange meninger og synes nok ikke at vi gjorde det vi kunne gjøre. Han var kjempebekymret stakkars. Men det ble veldig vanskelig og endte ofte med at hun reiste seg i ansvarsgruppemøtet, sa at vi kunne ha møte med far, og så gikk hun. Så vi slet litt i samarbeidet med å få hennes stemme frem, for det hun ville, var ikke det foreldrene hennes ville.

Fagpersonen sa at Sandra var helt uenig i at hun satte livet sitt i fare og fagpersonen sa at det derfor var viktig for henne å også formidle forståelse for de gode tingene rusmiddelbruken medførte for Sandras liv.

Det oppstod akutt forverring i helsesituasjonen til de rusmiddelavhengige i forkant av alle de fire tvangssakene. Rustjenestene fikk bekymringsmeldinger fra foreldre, fagpersoner og rusmiljø og ble anmodet om å vurdere tvang. To av brukerne var svært unge. Det økte bekymringen. Fagpersonene opplevde å stå i et krysspress, spesielt i de to sakene hvor foreldrene var svært aktive med bekymringsmeldinger. De stod i et krysspress mellom foreldrenes ønsker og brukernes ønsker.

Brukerne og fagpersonene gir oss et bilde av et stort hjelpebehov i kaotiske livssituasjoner. Kontrollen over rusinntaket var tidvis borte og de erfarte omfattende negative konsekvenser av livene de levde.

#### OPPLEVELSEN AV TVANGSOPPHOLDET

Her skal jeg presentere hvordan Kent, Helge, Sandra og Bjarte opplevde tvangsoppholdet. Som vi ser så fortalte alle brukerne at de ruset seg under tvangsoppholdene. Alle fire motsatte

seg tvangsoppholdet, til og med Sandra (21), som etter første tvangsopphold selv ba om å bli lagt inn på tvang. To av brukerne stakk av flere ganger mens de var innlagt.

**Kent (58)** var klar over at livet hans var i fare, han forteller: «Sånn som jeg har funnet ut så var det bare snakk om timer før jeg ikke hadde vært mer. De gjorde det som resten av vesenet ikke gjorde, holdt jeg på å si. De reddet en mann i hjelpeløs tilstand». Begynnelsen av oppholdet husker han ikke så godt: «Når jeg først havnet inn på sykehuset, så var det ett eller annet som hastet. Plutselig så har jeg et tomrom. Jeg kom ikke til meg selv skikkelig før etter en uke eller halvannen eller to kanskje.» Under oppholdet så ble han provosert av at de skulle ta urinprøver av han. Han opplevde det som en straff og han synes det var urettferdig. Han hadde levert fra seg tabletter han hadde fått foreskrevet av lege til avdelingen, og da tenkte han at han fortjente tillit tilbake. Etter det smuglet han inn tabletter. Han forteller at han har trent kampsport hele livet og når han gjorde det på avdelingen der, så trodde de han var farlig. Det førte til at han ble lagt i belteseng. «De hoppet på meg, hev meg i bakken og sparket meg i hodet. Og vrenget armene mine, faen så det var rett før». Han fortalte at han satt i stuen der og ikke gjorde noen ting for å fremprovosere dette. Han innledet intervjuet med å si at han føler seg grovt urettferdig behandlet av det som skjedde. Slik jeg forstod det så mente han både tvangsinnleggelsen og at han ble lagt i belteseng under innleggelsen. Om hensikten med tvangsoppholdet sier Kent «Jeg er dømt for at jeg står i fare for å bruke narkotika, men de hadde ingen andre plasser å plassere meg enn inne på psykiatrisk».

Fagpersonen til Kent merket endring etter tre fire uker, da opplevde hun at Kent var mer aktiv og opptatt av andre ting og at han medvirket mer i livet sitt.

**Helge (18)** sier at under tvangsoppholdet, så fikk han en utredning som gav han en diagnose som åpner døren for uførepensjon. Han har også startet med medisiner for ADHD. Han sier han muligens vil bli rusfri etter utskrivelse. Han har fått inn amfetamin på avdelingen og injiserte dette to ganger mens han var der. Han ble frustrert fordi han ikke fikk medisinene han trengte. Helge sier at han hadde tenkt å slutte å ruse seg men så ble han overfalt på avdelingen:

Det var en dag jeg var veldig bestemt på å bli rusfri og alt det der, men så ble jeg utsatt for et drapsforsøk. Når jeg satt i sofaen så kom han og slo meg hardt i hodet og slengte meg på gulvet og prøvde å kvele meg. Jeg måtte rett og slett bare løpe inn på rommet



og låse døren og jeg var i full panikkangst i to timer, og det kan rett og slett ha ødelagt dette her.

Helge sa at han skulle prøve å være rusfri etter utskrivelse, men det forutsetter at han får de medisinene han trenger og at han kan røyke litt hasj av og til.

Fagpersonen til Helge sier at han har endret seg veldig under oppholdet men at hun fremdeles er usikker på om han er i stand til å ta gode valg for seg selv etter utskrivelse:

Det er jo egentlig umulig å si når han er der inne om han kan si nei til rusmidler, for det er jo ingen utprøvings-muligheter der, så det er jo når han kommer ut at vi får se. Hvis han får de medisinene han sier at han trenger, men allikevel fortsetter å ruse seg så ser vi jo mer. Jeg opplever jo at han har klarnet opp. Jeg opplever han mer tilstede i samtaler og at han er mer reflektert og sånne ting.

**Sandra (21)** var 19 år når hun ble lagt inn på tvang første gang. Hun forteller: «Jeg ser på de tre månedene som veldig vonde, og jeg skulle helst vært foruten de. Jeg ser ikke noe som forandret seg da jeg var der. Jeg ville bare ut igjen til det samme».

Sandra ruste seg under oppholdet, hun opplevde det var lett å få inn rusmidler. Hun fortalte at pasientene på avdelingen var svært syke, og når de i tillegg fikk rusmidler, så kom det ut av kontroll. Hun fortalte at hun begynte å identifisere seg med sine medpasienter og at det gjorde henne sykere. Mens hun var innlagt der, klarte en pasient å ta livet sitt. Hun gjorde planer for tiden etter utskrivelse, men ville egentlig ut å ruse seg igjen.

Jeg husker liksom at jeg satt og sa at jeg skulle gjøre ting annerledes og fikk folk rundt meg til å tro det, og kanskje jeg til og med trodde det selv også. Men det var akkurat som at det var noe i meg som prøve å lure meg selv til å lure andre, men jeg hadde helt andre planer. Så jeg føler egentlig ikke at jeg kunne ta egne valg. Ikke på samme måte som nå på en måte.

Sandra fortalte at under det andre tvangsoppholdet så kom et vendepunkt:

Med en gang jeg kom dit, så merket jeg at det var en god plass å være. Du ble møtt og tatt vare på liksom. Så merker du at de som jobber der er interessert i deg, interessert i

og hjelpe deg og finne ut hvor du har potensial. Det gjør mye, bare det å oppleve at du blir sett. De er ikke interessert i å høre hva vi har gjort og hvor vi har vært liksom, de er mer interessert i hvor vi kan havne, hva vi kan gjøre fra nå av.

Sandra hadde en rømning også i det andre tvangsoppholdet, men hun hadde allikevel en annen innstilling til å være der. Fagpersonen til Sandra sa at under første tvangsoppholdet var hun hele tiden i opposisjon, og ruset seg hele tiden. Under det andre tvangsoppholdet derimot, opplevde fagpersonen at Sandra, til tross for hennes motstand, hele tiden var i stand til å se konsekvenser og ta valg.

**Bjarte (40)** sier at hans sak ikke førte til tvangsinnleggelse. Han husker at det ble satt i gang en tvangssak og at han fikk informasjon, men slik han oppfattet det, ble det kjempet en kamp mellom hans advokat og kommunens advokat som førte til at kommunen trakk seg fra saken. Han husker ingen tvangsinnleggelse.

Bjartes fagperson sa at det var LAR oppfølgeren som hadde oppfølging med Bjarte under innleggelsen, derfor har fagpersonen jeg intervjuet, lite informasjon om hvordan han hadde det under innleggelsen. Fagpersonen var imidlertid tydelig på at Bjarte var innlagt på tvang.

«TVANG KAN VÆRE NØDVENDIG I NOEN SITUASJONER»

I dette kapittelet belyses brukernes tanker om tvang.

**Helge (18)** sa at kanskje han trengte å bli lagt inn på tvang, men han synes han fikk for lite medisiner mens han var innlagt. Han sier at han kanskje vil være rusfri og få seg en hund eller jobbe på en kennel. Han har fått beskjed om at hvis han holder seg rusfri når han kommer ut, så skal han få beholde to Apodorm i tillegg til ADHD medisinen. Og så håper han at de kan øke dosen på Apodorm. Men han vil røyke hasj av og til og sier at det er jo ikke et farlig rusmiddel. Han ser at det kan være både fordeler og ulemper med å slutte å ruse seg:

Fordelen er jo at du slipper å være i det miljøet der og at du slipper å omgås farlige folk og slipper å bli utsatt for farlige ting og alt det der. Jeg ville sagt at miljøet er farligst. Men ulempen er jo at du kanskje kjenner at du savner den følelsen der. For jeg er jo veldig glad i morfinpreparater sånn sett.

**Sandra (21)** synes også at tvang er viktig og at det ikke var mulig å tenke gjennom konsekvenser mens en var midt oppi det. Hun opplevde det som et overgrep å bli lagt inn på tvang men i ettertid kunne hun si at det var det beste som har skjedd:

I dag tenker jeg at det er det beste som har skjedd meg. Så tvang er viktig, men det må være i rett tid. Og det kan jo være vanskelig å vurdere. For livet mitt var jo i like stor fare begge gangene, men en må liksom vurdere når det er hensiktsmessig og sette det i gang. Men uansett om det funker eller ikke, så tenker jeg at det er viktig. Og i alle fall gi folk muligheten til å tenke gjennom. For en har ikke sjans til å gjøre det mens en holder på liksom.

**Kent (58)** sier at tvang kan være nødvendig, men han tenker at det ikke var nødvendig i hans tilfelle siden han ønsket frivillig behandling. «Samfunnet sin oppgave er først og fremst å ta seg av sånne tilfeller som meg. Jeg har jo klart meg selv hele livet mitt før alt dette skjedde, at medisin ble stjålet fra meg, og jeg fikk dette vekttafet og sånn, det var da jeg ble skikkelig skremt».

Fagpersonen står fast på vurderingen som ble gjort på tidspunktet for tvang. Hun opplever at Kent forstod hvorfor folk var bekymret. Han fikk god opplæring på hvordan han kunne ivareta sin fysiske helsesituasjon under tvangsoppholdet, så selv om han fremdeles er i aktiv rus, blir hans helsesituasjon nå ivaretatt.

**Bjarte (40)** sier at tvang noen ganger kan være nødvendig men rustjenesten må gjøre det på en litt annen måte: «Få frem det medmenneskelige, så de føler seg sett og hørt. Snakke med de og si at det er folk som bryr seg om de, at det er familie og alt dette her, at du får liksom en tankevekker om det som betyr noe. Guttungen betyr jo alt. Familien og».

Å GRIPE INN NÅR MENNESKER ER PÅ VEI UTFOR STUPET OG IKKE SER DET SELV?

I dette kapittelet forteller fagpersonene hvordan de vurderer sitt faglige og etiske ansvar i tvangssaker. De fire fagpersonene var enige om at samfunnet sitt ansvar var å beskytte personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv og gi de en mulighet til å ta et nøkternt valg i forhold til egen rusbruk. En fagperson forklarte at hensikten med tvangsoppholdet er å

bli avruset og nykter og kunne finne tilbake til hvem du er uten rusen, og dermed ta stilling til hvorvidt de ønsker å ha rusmidlene med videre i livet eller ikke. Fagpersonen for Helge (18) sa:

Når det er tre måneder, så er det på en måte tre måneder fordi at du har en avrusningsperiode først og så har du en periode hvor ikke abstinenser står i fokus, at du kan finne tilbake til hvem du er uten rusen. Det er jo ofte det som er litt nøkkelen der. At jeg skal finne tilbake til hvem er jeg uten rusen og ta stilling til det da. Er det rusen jeg ønsker å ha i livet mitt eller vil jeg prøve noe annet. Og hvis du med en gang du har blitt avruset og enda kanskje ikke er i form, får beskjed om at nå kan du velge selv. Jeg hadde jo valgt å gå, fordi jeg ikke er i form, det er rusen som er det siste jeg husker, eller vet om.

Fagpersonene hadde stor respekt for inngrepet i den enkeltes selvråderett som tvangen er og vurderte både når tvangen ble iverksatt og i etterkant at de ikke hadde noe annet valg enn å fremme en tvangssak. Fagpersonene tenkte at rusmiddelavhengigheten i seg selv svekker evnen til å ta gode valg for seg selv og at gjennom å bli tatt ut av det kjøret de lever i, gis de muligheten til å bli oppmerksom på hva de gjør og hvilke konsekvenser dette kan ha. Dermed kan de ta valg om å fortsette med rusingen eller å slutte. Fagpersonen for Bjarte (40) sa:

Det er veldig vanskelig med tvang for i utgangspunktet så tenker jeg jo at en står fritt til å ruse seg om en vil det, men så er jo spørsmålet hvor informert det valget er, og i alle fall hvis en er aktivt inni det, så tror jeg det er vanskeligere å ta det aktive valget om å gjøre noe annet.

Fagpersonen for Kent (58) sa:

Fra det jeg vet er dette en som har levd i eller brukt rusmidler fra han var en ung gutt. Så jeg tenker dette er noe som har preget han hele livet, så hvor mange reelle valg han har etterhvert, er jeg usikker på. Så tenker jeg at selv om hjelpeapparatet har vært inne med ulike tiltak og ulike måter å hjelpe han på, så skjer det ikke store endringer. Han går på en måte i det samme mønsteret. Fra 2014 bodde han i robust bolig og til tross for råd og veiledning så fortsatte han å hente ting tilbake. Jeg tenker det er ganske...det er en atferd som er ganske fastlåst. Han syns det var godt å ha det rent og ryddig, men

gang på gang fyller han boligen på nytt. Det tenker jeg er ganske fastlåst. Og det at han sier at han ikke ruser seg men selvmedisinerer syns jeg også er ganske fastlåst.

De fire fagpersonene opplevde at å gjøre et tvangsvedtak var siste utvei. De opplever at rusmiddelavhengigheten fører til at brukerne ikke er i stand til å se hvilke konsekvenser rusingen deres har for fysisk og psykisk helse og at når det har kommet langt nok, klarer de ikke selv å stoppe. Fagpersonen for Sandra (21) sa:

«De klarer det ikke selv, og vi må gi de en sjanse til å ta et informert valg om veien videre».

Ordinære 10-2 saker var klart bedre dersom det var mulig syns fagpersonene.

Hadde det vært en ordinær sak, der får du beskjed på forhånd at nå vurderer vi at vilkårene for tvang er oppfylt, slik som vi egentlig hadde planer om å ta her. Da åpner det seg opp en mulighet for mer samarbeid. Da vet de hva som vurderes og kan ta grep selv og endre på ting slik at vilkåret ikke lenger er oppfylt, eller bare kjøre på videre. Det er en interessant epoke, der vi jobber med å øke selvbestemmelsen i livene deres. Jeg kjenner til flere saker som har endt med at vi allikevel ikke har tatt de inn på tvang, for de har da gjort grep og klart å hente seg inn. (Fagpersonen for Helge, 18)

«FANGET»

I intervjuene gav brukerne et bilde av livet med rus, hvordan de i begynnelsen fikk kjenne rusmidlenes gode virkning og hvordan dette utviklet seg. I dette kapittelet belyses jeg brukernes opplevelser omkring dette.

Det var gjennomgående hos de fire brukerne at de første gangene de prøvde et rusmiddel, så var det fantastisk: «I begynnelsen gav rusen meg det jeg hadde lengtet etter hele livet. Jeg fikk motivasjon til å stå på beina, gjøre ting og en tilhørighet. Og jeg fikk bort de tankene som alltid har forstyrret meg» (Bjarte (40). Etersom tiden gikk, var det lengselen etter den samme erfaringen/følelsen som var noe av drivkraften og essensen i russet. Alle informantene fortalte at når rusbruken var heftig, så spilte ikke tiden noen rolle, de var likegyldige i forhold til konsekvenser av rusbruken og nummenheten i følelsene var en effekt de jaget etter.

For når du er i aktiv rus, så er den rusen liksom så levende i deg på en måte at det eneste som er i holdet ditt og i tanken din er neste dose. Det tar all plassen enten du vil det eller ei liksom, og det er først når rusen går ned at du tenker at du egentlig ikke vil, men du klarer allikevel ikke å stoppe, (Sandra, 21)

Flere brukere fortalte om at de hadde vurdert å slutte med rusmidler. En av fordelene er å slippe å være i rusmiljøet. Ulempen er at du ikke får effekten av rusmidlene, som de opplever at de trenger. «Jeg hadde jo lyst å slutte å ruse meg, men jeg visste at angsten stakk så dypt, og angst har jeg hatt så lenge jeg kan huske» (Bjarte, 40).

**Sandra (21)** sa: «Men når jeg tenker tilbake på det, så er det jo ingen som vil gå til grunne. Det er jo ingen som vil være i et voldelig forhold. Det er jo ingen som liksom vil sitte å sette sprøyter egentlig».

**Kent (58), Helge (18) og Bjarte (40)** sa at det var mye bedre å få medisinen foreskrevet av legen enn å måtte kjøpe det i rusmiljøet. Bjarte sier: «Det er så nedverdiggende å kjøpe illegalt, det gjør noe med selvbildet, jeg mister selvrespekten og får mindreverdigetskomplekser». Og Helge og Bjarte sier at de vil ruse seg mindre forutsatt at de får det de trenger av legen. Bjarte sier han trenger LAR medisin, lyrice og sobril. Helge trenger Apodorm, men ønsker å kunne røyke hasj av og til. Kent sier at han ikke ruser seg, men bruker daglig amfetamin og ulike benzodiazepiner i tillegg til cannabis. «Nei altså, rus og rus. Jeg er litt mer på det å kalle det for medisiner».

**Bjarte (40)** fortalte at en gang han holdt seg borte fra rusmidler ett par uker, så var nervene til å ta og føle på, og nervene slapp taket bare ett par minutter etter en beroligende tablett var inntatt (lenge før tablettene gikk i blodet). Når Bjarte var yngre var det viktig for han å være forsiktig med rusmidler, han ville ikke bli avhengig: «Når jeg var 20 så brukte jeg beroligende og heroin, jeg røykte det jo bare. Så følte jeg at det var dette som var å være normal, men jeg ville ikke ta for mye. Jeg så jo hvordan de så ut i miljøet, de som alltid har gått der. Jeg tenkte at slik vil ikke jeg se ut, slik vil ikke jeg bli».

**Helge (18) og Bjarte (40)** sier at benzodiazepiner virker best i begynnelsen, men allikevel føler de at de trenger tablettene, selv om effekten knapt merkes: «Men så er det det at du føler

du vil ha de rett og slett. Du merker ikke noe særlig av de men du....folk liker de av en eller annen grunn veldig godt».

**Kent (58)** forteller om effekten av amfetamin:

«Før du kom så har jeg tatt et halvt gram amfetamin for å klare å være rolig, snakke med deg og se deg i øynene. Jeg har brukt det i så mange år at jeg kan ikke slutte med det. Uten dette så hadde jeg ikke klart å snakke med deg i dag, det hjelper for alt».

**Bjarte (40)** beskrev at flere ganger han sluttet med rusmidler og så ble han tilbudt stoff når han var i dårlig forfatning og klarte derfor ikke si nei. Bjarte fortalte om at han hadde brukt kokain en periode, og bestemte seg for å slutte helt, men før han sluttet, skulle han bare injisere rusmiddelet for det hadde han ikke prøvd før. Dette førte til en sprekke som varte i noen år, fortalte han. Han skulle ønske at han ikke var avhengig og sier:

Å ikke være avhengig, ja det er jo målet da. Mange som ruser seg sier hver dag at i dag slutter jeg, men så fortsetter de selv om de ikke vil. Det var i 2005 engang at jeg brakk av på det jeg brukte illegalt, heroin og subutex, men jeg kjente i kroppen at det var ett eller annet som manglet i tre år. Så fikk jeg beroligende av legen og fokuset ble raskt et annet.

På tidspunktet for det første tvangsoppholdet, sa Sandra (21) at alle valg ble tatt av fri vilje. I ettertid sier Sandra at hun var fanget i avhengighet. Og i de heftigste periodene med rusmiddelbruk opplevde hun ikke å ha fri vilje i det hele tatt. «Når jeg er ekstra utpå i rusen så opplever jeg ikke å ha fri vilje i det hele tatt. Jeg føler at jeg blir tilskuer i eget liv på en måte, og at ting skjer på autopilot. At det ikke er kontakt mellom kropp og sinn». Dette var skremmende for henne å oppleve, hun fikk da følelsen av å være fanget. På et tidspunkt før andre tvangsopphold, hadde Sandra tatt et valg om å slutte med rusmidler og beskrev godt konfliktene hun opplevde mellom viljen til å leve rusfritt og viljen til å dempe vonde tanker. «Jeg har mange ganger sittet med sprøyta og ikke hatt lyst i det hele tatt, og det er som om det er noe i meg som prøver å ta sprøyta vekk, men den kraften som stikker er sterkere».

Flere brukere forteller om ganger de sluttet med rusmidler, så skjedde det noe som gjorde at de kunne rettferdiggjøre sprekken for seg selv. «Mens jeg var innlagt hadde jeg egentlig tenkt å slutte å ta det, men jeg ble frustrert på legen for at han ikke gav meg medisiner, og frustrert

over måten jeg ble behandlet på, og da tenkte jeg liksom bare – hvorfor ikke». En informant forteller at han fikk innvilget LAR og fikk håp om et godt liv: «Jeg fikk innvilget LAR og tenkte at nå kan livet bli ganske bra, men så blir jeg sendt til et hospits, og det går ikke å holde seg borte fra rusen da» (Bjarte, 40).

I dette kapitlet har jeg presentert de viktigste funnene i studien. Brukerne og fagpersonene forteller hvordan livene var før under og etter tvangsinnleggelsen samt hvordan de opplevde brukernes autonomi. Disse resultatene danner utgangspunkt før diskusjonen i neste kapittel.



## DISKUSJON

### BRUKERNES OPPLEVELSE AV EGEN AUTONOMI

Som resultatene viser var et av fellestrekkene at rusmiddelbruken i svært stor grad påvirket brukernes helse, de var i akutt fare og «noen måtte gripe inn». Kent (58) fortalte at han var full av sår, han var blitt banket opp, han manglet livsviktige medisiner og hadde flere ganger forsøkt å få hjelp. På den ene siden forstod han ikke hvorfor folk var bekymret og så på den andre siden så sier han at han visste at han skulle dø. Han har i etterkant fått vite at mange var redde for han og at han var nær ved å dø, men forstod det ikke selv på det tidspunktet. Han ønsket behandling, men den behandlingen han fikk (tvangsinnleggelse) ønsket han ikke. Han sier at de første ukene var uklare for han, han husker ikke så mye. Forvirringstilstanden som fagpersonen beskriver, kan forklare endel av hans uklarhet og til tider doble signaler. Totalt sett forteller Kent om en situasjon hvor autonomien hans var sterkt begrenset.

Bjarte (40) sier at han var destruktiv og ikke brydde seg om hva som skjedde med han, men han mente selv han hadde kontroll på sin fysiske helsesituasjon. Han opplevde at han ikke klarte å stoppe med rusingen og brydde seg heller ikke. Han lot rusen dominere, og var i så måte lite autonom.

Situasjonene til Helge (18) og Sandra (21) var annerledes, spesielt ved Sandras første tvangsopphold. Begge to var unge og opplevde mest de gode virkningene av rusbruken. Sandra var tydelig på at hun ikke var autonom ved første tvangsopphold. Før første tvangsinnleggelse, vurderte ikke Sandra selv at hun var i fare. Hun levde med de gode effektene av rusmidlene, selv om både overdoser og psykoser hadde begynt å komme, var det rusens gode effekt som var mest dominerende. Sandra følte hun var på plass og at livet var et «eventyr». Før andre tvangsopphold (som var omtrent ett år etter det første) hadde hun erfart på kroppen og psyken rusmiddelbrukens bakside. Hun opplevde hun var «fanget» og på bakgrunn av det ba hun selv om å bli lagt inn på tvang. Henrik sier at han var forkommen og ville bare ruse seg. De beskriver livssituasjoner med svært begrenset autonomi. Alle fire er enige om at tvang noen ganger er nødvendig. Sandra og Kent var tydelig på at det reddet livet deres. Helge var mer tilbakeholden og sa at det kanskje var nødvendig i hans sak.

Alle fire fortalte om situasjoner med ambivalens. Helge vil prøve å være rusfri, forutsatt at han får de medisinerne han trenger, men han vil kunne røyke hasj av og til. Sandra ville ofte ha

hjelp og ble henvist, men når tidspunktet for innleggelse kom, ville hun ikke allikevel. Bjarte la seg inn for å få behandling, men ble skrevet ut etter å ha stjålet medisiner og ruset seg. Han vil ikke være avhengig men må få bort klumpen i magen. Sandra sa: «Jeg har mange ganger sittet med sprøyta og ikke hatt lyst i det hele tatt, og det er som om det er noe i meg som prøver å ta sprøyta vekk, men den kraften som stikker er sterkere». Eller uttalelsen fra Bjarte har jeg valgt å ha med siste setning som tittel på oppgaven: «Å ikke være avhengig, ja det er jo målet da. **Mange som ruser seg sier hver dag at i dag slutter jeg, men så fortsetter de selv om de ikke vil**». Rusmiddelavhengige har altså betraktelig større vansker med å ta beslutninger enn andre folk, det er stor forskjell på det jeg vil gjøre og det jeg gjør, altså lite kontakt mellom mitt tenkende jeg og mitt handlende jeg. Tvangslovutvalget mener ikke at ambivalens er et uttrykk for redusert beslutningskompetanse (NOU, 2019). Ut fra de ulike perspektivene på avhengighet er det å ikke klare å gjennomføre de endringene en ønsker i sentrum av dette med beslutningskompetanse (Kraft, 2016). Avhengigheten har begynt å styre atferden og kommet i veien for autonomien. Rusavhengige sliter altså med å fungere autonomt i verden. Vi tar alle irrasjonelle valg, men viljen til å sette rusmiddelet over alt annet, er lite autonomt. Den nevrobiologiske forskningen understøtter dette (Kraft, 2016). En del av beslutningene kommer ikke innom frontallappen før etter valget er tatt (Kraft, 2016). Tvangsbegrensningsloven sitt kunnskapsgrunnlag kan dermed ikke sies å hvile på den vanlige oppfatningen av alvorlig rusmiddelmissbruk; at personer med vedvarende og omfattende avhengighet har vansker med å fatte rasjonelle avgjørelser pga svekkede evner til situasjonsforståelse (Lundeberg et al., 2014).

Brukerne ville ikke bli lagt inn på tvang og hadde motstand mot dette. Brukerne får vite at folk er bekymret for dem, men selv klarer de i liten grad forholde seg til risikoen. Alle brukerne mente at tvangen burde være gjort på en annen måte. Det kan se ut som de ønsket mer medvirkning. Et tvangsopphold som er forberedt og hvor bruker har fått god informasjon vil i mindre grad oppleves som et overtramp på egen selvbestemmelsesrett (Lundeberg et al., 2014). Sandra mente at avdelingen hun var på i det første tvangsoppholdet ikke var egnet. Alle fire er åpne for at tvangsoppholdet har bidratt til noe positivt i livene deres, livredning eller en nødvendig utredning. Lundeberg et al. (2014) fant også at over halvparten av personene de intervjuet om tvang vurderte at tvangen var nødvendig og livreddende.

Kent, Bjarte og Helge snakket om at rusmidlene var medisiner. Det å snakke om rusmidler som medisiner kan være et forsøk på å gjøre bruken mer positiv for egen identitet, som var et

poeng i Nettleton sin artikkel (Nettleton et al., 2011). Grønnestad fant i sin avhandling: «Forsøk på å bli rusfri gjennom LAR-behandling innebærer en nedtoning av rus-identiteten, samtidig som personene skal forsøke å bygge seg en ny identitet i det ordinære samfunnet» (Grønnestad, 2018, s. V). Så hvis en definerer rusmiddelet som medisin er det mindre stigmatiserende for egen identitet. Å definere rusbruken som selvmedisinering kan også være en mestringsstrategi. Som vi ser av disse fire informantene, så rapporterer alle psykiske sykdommer og plager. Gjennom at en selv tar tak i sine plager og forsøker å hjelpe seg selv, tar bruker en aktiv rolle i eget liv (Hole, 2014).

#### FAGPERSONENES OPPLEVELSE AV BRUKERS AUTONOMI

Fagpersonene så selv, og fikk gjennom bekymringsmeldinger innblikk i liv som var dominert av omfattende rusmiddelmissbruk. De var klar over sitt faglige og etiske ansvar i forhold til å vurdere tvang overfor personer som setter helsen sin i fare og vurderte at disse fire brukerne fylte vilkårene. Denne situasjonen med tvang setter rusavhengighet og autonomi på spissen og fagpersonene vurderte at brukerne ikke var i stand til å ta vare på seg selv i den situasjonen de var. Fagpersonene vurderte at brukerne ikke var i stand til å stoppe sin rusbruk og at uten deres inngripen var det stor mulighet for at brukerne døde. Fagpersonene vurderte at autonomien til brukerne var begrenset. Det er allikevel ikke mulig å si at det bare var rusmiddelavhengighet som begrenset autonomien. Kognitiv svikt som følge av psykisk eller fysisk sykdom kan også ha medvirket. Alvorlig rusmiddelmissbruk «maskerer» andre lidelser og skader (Nesvåg, 2019). Nesvåg (2019) hevder at etter brukere har blitt avruset, er de fortsatt preget av abstinenser og redusert kognitiv funksjon. I en slik tilstand er det vanskelig å vite hva av det som observeres skyldes avhengighet, hva skyldes fysisk eller psykisk sykdom eller hva er resultater av et liv dominert av rusmiddelavhengighet (Nesvåg, 2019). Det er avgjørende å få kartlagt den rusmiddelavhengiges ressurser og utfordringer for å klare å lage en plan for videre behandling (Nesvåg, 2019).

Fagpersonene fikk bekymringsmeldinger i alle tvangssakene, formelle og uformelle. Meldinger fra foreldre, overleger, andre fagpersoner, lavterskeltiltak og andre brukere. Det kan se ut som at vurderingen av om bruker fylte vilkårene for tvang startet når bekymringsmeldingene kom. Det samsvarer med Lundeberg et al. (2014). En forklaring på det kan være at fagpersonene ikke har informasjon nok om brukers situasjon, slik at bildet de har ikke er så alvorlig (Lundeberg et al., 2014). Det samsvarer med mine resultater. Bildet av

brukers helsetilstand ble mer og mer utfyllende ettersom de fikk flere opplysninger fra andre. Bekymringsmeldingen utløser også en plikt for kommunen til å finne ut mer om brukers situasjon slik at de kan vurdere om vilkårene for tvang er oppfylt. Bekymringsmeldinger fra pårørende blir vurdert på en annen måte enn bekymringsmeldinger fra andre fagpersoner. Pårørende vil bli bekymret raskere fordi de er glad den som ruser seg og foreldre er nok i en særstilling der; i tillegg til at de er glad i sine barn, har de også et ansvar som foreldre. Når de opplever at sin sønn eller datter ruser seg, medfører det ofte følelser av frykt, skyld, skam og avmakt (Andresen, 2011). I denne studien fikk fagpersonene i to saker bekymringsmelding fra overleger i spesialisthelsetjenesten, og i den ene saken endog en sterk anmodning om å vurdere tvang NÅ. Min erfaring er at når en fagperson har fått inn bekymringsmelding og starter på vurderingen av en tvangssak, vil fagpersonen lete etter dokumentasjon som kan underbygge saken. Lundeberg et al. (2014) fant at kommuneansatte hadde noe de kalte «sosialfaglig mindreverdighetskompleks (Lundeberg et al., 2014, s. 138). Det innebærer at uttalelser fra spesialisthelsetjenesten veier tungt på vektskålen. Det er da naturlig at når fagpersonene i denne studien fikk bekymringsmelding og anmodning fra overleger, opplevde de et rimelig stort press, men også en trygghet med tanke på fylkesnemndsbehandlingen, for da foreligger dokumentasjon som underbygger saken.

Fagpersonene i denne studien opplevde i likhet med Lundeberg et al. at terskelen for å bruke tvang var høy, og det var forholdsvis få saker som var «alvorlige nok» (Lundeberg et al., 2014). Helsen til rusmiddelavhengige er mye dårligere enn normalbefolkningen, det indikerer at vilkårene vil være oppfylt for mange flere enn de som faktisk blir lagt inn på tvang (Lundeberg et al., 2014). Tvangshjemmelen har imidlertid den bredeste inngangsporten for bruk sammenlignet med andre tvangshjemler i norsk lovverk, så deres opplevelser stemmer ikke med realiteten.

## AVHENGIGHET OG AUTONOMI

Utgangspunktet for denne studien var et ønske om å synliggjøre sammenhengen mellom avhengighet og redusert autonomi gjennom de subjektive opplevelsene til fagpersonene og brukerne som har vært i en situasjon hvor dette er satt på spissen. Gjennom studiens forskningsdesign var ønsket å sette fokuset på en situasjon som tydeliggjør dette, nemlig tvangssituasjonen. Målet med studien var å kunne tilføre kunnskap i en stadig aktiv fagpolitisk debatt og belyse hvilke konsekvenser dette kan få for rusmiddelavhengiges

rettsposisjon. Gjennom arbeidet med studien har jeg fått en økt bekymring for at utgangspunktet kan ha vært for snevert.

Når vi holder fagpersonene og brukers opplevelser av avhengighet og autonomi opp mot hverandre mener jeg vi ikke bare kan se på rusavhengigheten men også konsekvensene rusavhengigheten medfører. Avhengighet er altså en av delene i en helhet som har alvorlige konsekvenser for liv og helse. Rusmiddelavhengighet gir økt risiko for å utvikle psykiske lidelser og psykiske lidelser gir også økt risiko for å utvikle rusmiddelavhengighet (Kraft, 2016; Mørland & Waal, 2016). Når en rusbruker har blitt avhengig blir rusatferden automatisert (Kraft, 2016; Nesvåg, 2018). Rusmiddelavhengige forholder seg ikke til risiko og konsekvens, og de klarer ikke gjennomføre de endringene de ønsker som følge av et tvangsmessig jag etter rusmidler (Kraft, 2016). Mennesker med psykiske lidelser har en forventet levealder som er 20 år lavere enn normalbefolkningen (Lien, Huus, & Morken, 2015). Det er ulik praksis på hvordan helsetjenestene medisinerer abstinenser og russug for å gi nødvendig helsehjelp. Som følge av det skriver rusmiddelavhengige seg ofte ut fra døgnbehandling før de har mottatt nødvendig helsehjelp. Det skjedde også med to av brukerne i denne studien. Tjenester til rusmiddelavhengige gis ut fra ulike virksomheter, nivå og lovverk. Samhandling kan være krevende, de ulike virksomhetene står i fare for å være opptatt av sitt felt. ROP pasienter faller ofte mellom stoler (Andvig, 2016). Det fører til at ROP pasienter gjerne ikke får den hjelpen de har behov for. Resultatene viser at flere brukere ønsket å få rusmidlene de brukte fra fastlegen. Rusbruk er et normbrudd som fører til stigmatisering som igjen fører til utvikling av skyld og skam og et negativt selvbilde (Nesvåg, 2018). Skam sitter ofte så dypt hos mennesker at den kan forhindre endring og vekst (Lyngved, 2016). To av brukerne jeg intervjuet hadde varig uførepensjon og to hadde sosialhjelp på tidspunktet for tvang. Bruk av illegale rusmidler er ulovlig og dyrt. Rusmiddelavhengigheten fører ofte til kriminalitet og utfordringer med å forsørge seg selv. Fattigdom kan føre til redusert autonomi fordi fattigdom blant annet fører til stigmatisering og redusert valgmuligheter. Brukerne i denne studien var ikke i arbeid eller meningsfull aktivitet på tidspunktet for tvangsvurderingen. Det samsvarer med BrukerPlan som viser at mange rusmiddelavhengige er uten meningsfull aktivitet (Hustvedt et al., 2019). Arbeidsledighet og manglende aktivitet kan redusere autonomien fordi det ofte fører til stigmatisering og utenforskap. Tre av brukerne jeg intervjuet var svært misfornøyde med boforholdene sine. Å ha en trygg plass å bo er et grunnleggende behov og viktig for sosial inkludering og deltakelse i samfunnet (Ytrehus, 2018b). Rusmiddelavhengige betegnes som vanskeligstilte på

boligmarkedet. I mange kommuner bor rusmiddelavhengige i kommunale boliger som er kjent for de andre innbyggerne i kommunen. Når man ikke kan velge å bo i en trygg bolig uten stigma har man i realiteten redusert autonomi. Brukerne i denne studien hadde nettverk som hovedsakelig bestod av andre med rusmiddelproblemer. Sosiale relasjoner og nettverk blir skadelidende som følge av at avhengigheten tar over og behovet for å stille trangen til rusmidler blir viktigere (Alexander, 2010; Adams, 2008). Et marginalt nettverk påvirker i stor grad. Bunkholdt (1996) viser til at mennesker er født sosiale, relasjoner kan bidra til vekst og er arenaer for mestring og identitetsutvikling. Hvorvidt man forklarer sosiale problemer med individuelle årsaksfaktorer eller som følge av samfunnsskapt prosesser har også betydning for den enkeltes selvforståelse og identitet. Med det moderne samfunns sterke fokus på individualisering, kan skylden den enkelte må bære øke.

Som vi ser er det mange ulike faktorer som hver for seg reduserer autonomien. Autonomien til brukerne er sterkt begrenset men det kan altså ikke bare knyttes til avhengigheten. Avhengigheten står i en livssituasjonskontekst som påvirker enormt i tillegg til komorbiditet som virker inn på deres autonomi. Det er altså den totale livssituasjonen som følge av rusmiddelavhengighet som reduserer autonomien; rusmiddelavhengigheten, fysiske og psykiske helseutfordringer, stigmatisering, marginalisering, bosituasjon, nettverk, økonomi og manglende aktivitet. Mine funn om at det er den totale livssituasjonen og de komorbide lidelsene som reduserer autonomi må derfor være med i forståelsen av hva som påvirker autonomien til personer med en alvorlig rusmiddelavhengighet.

#### AVHENGIGHET, AUTONOMI OG TVANG

Tvang er idag oppdelt i flere særlover; i psykisk helsevernloven er inngangsvilkåret at pasienten har en «*alvorlig sinnslidelse*» (1999, § 3-3 tredje ledd). Som følge av at inngangsvilkåret er knyttet til en psykisk lidelse, kan en stå i fare for å overfokusere på den psykiske lidelsen for å få lagt inn noen på tvang under denne lovhjemmelen. Denne særloven tar ikke inn over seg hverken rusbruk, avhengighet eller livssituasjon forøvrig. For personer som blir lagt inn på psykisk helsevernloven, blir den psykiske lidelsen knaggen en henger problematikken på. For personer med rusavhengighet gir, som tidligere vist, hol § 10-2 hjemmel for tvangsinnleggelse (2011, § 10-2). Dette lovverket har på samme måte et ensidig fokus på rusmiddelbruken. Psykisk helse og øvrig livssituasjon tas ikke i betraktning. En av

de viktige tingene med tvang er jo å finne ut hvordan står det egentlig til med denne pasienten (Nesvåg, 2019). Tvangslovutvalget hadde i oppdrag å legge frem forslag om en felles lov i helse – og omsorgssektoren (NOU, 2019). En felles lov kan gi muligheten for et mer holistisk syn på pasientens helse - og livssituasjon og gi et ståsted hvor en hverken overfokuserer på den psykiske lidelsen eller rusavhengigheten.

Tvangslovutvalget sitt forslag til ny felles tvangsbegrensningslov har vært uten på høring (NOU, 2019). Legene er ofte den yrkesgruppen som legger inn pasienter etter lov om psykisk helsevern. Legeforeningen har kommet med et høringsuttalelse (Den norske legeforeningen, 2019). De er kritiske til at utvalget har lagt til grunn at mindre tvang alltid er et gode og bekymret at mindre tvang fører til at noen pasienter ikke vil kunne få nødvendige helse – og omsorgstjenester. For ruspasienter vil det nye kravet om fravær av beslutningskompetanse føre til at muligheten for innleggelse på tvang for denne gruppen fjernes (med unntak av gravide). Fagrådet har vurdert det annerledes i sin uttalelse. De frykter at døren for tvangsbruk overfor rusavhengige blir åpnet opp (Fagrådet, 2019). De frykter altså at terskelen for tvang blir senket. Fagrådet har da lagt til grunn at ut fra kjennskap til målgruppen vurderer de at en stor andel av de rusmiddelavhengige kommer inn under betegnelsen «ukritisk rusbruk» og dermed mangler beslutningskompetanse.

Helse Vest har også gitt en høringsuttalelse (Helse Vest, 2019). De er bekymret for at når samme vilkår vedr. beslutningskompetanse skal gjelde rusmiddelavhengige, vil det føre til at innleggelsene blir kortere, bruker gjenvinner beslutningskompetansen etter avrusning og blir skrevet ut. Helse Vest sier at dette er den mest kritiske fasen for overdose, og at det ikke ser ut til at utvalget har tatt dette med i betraktningen.

I denne studien var fire av fem tvangssaker midlertidige vedtak. Det som kjennetegner slike vedtak er at fagpersonen vurderer at de ikke har tid til å vente på vanlig saksgang, og må iverksette vedtaket straks. Fagpersonene opplever at situasjonen er så kritisk at pga brukerens helsesituasjon må de handle nå. I praksis er det mulig å få en person innlagt på tvang samme dag (så sant det er ledige plasser). De sakene jeg har vært med på har innleggelsene ofte skjedd dagen etter at det blir klart at brukeren er i en akutt livsfarlig situasjon. Lundeberg et al. (2014:222) skriver at omkring halvparten av personene de intervjuet mente at tvangen reddet livene deres. Fagpersonene likte best ordinære saker, for da er muligheten for medvirkning vesentlig større. 2/3 av alle § 10-2 saker er hastevedtak og kommunene har

vurdert at brukernes helsetilstand er så alvorlig at det ikke er forsvarlig å vente på ordinær saksgang (Lundeberg et al., 2014).

Alle brukerne i denne studien ruste seg under tvangsinnleggelsen. Det er betenkelig at avdelingene ikke har vært i stand til å sørge for den nødvendige beskyttelsen brukerne hadde behov for. Beskyttelsen har til hensikt å opprettholde rusfrihet, etablere en døgnrytme, får mat og tilbud om fysisk aktivitet (Nesvåg, 2019). Tvang er i seg selv et alvorlig inngrep i den enkeltes selvbestemmelse, og når tvangsoppholdet da ikke kan tilby den nødvendige beskyttelse slik at formålet oppnås, kan sees på som både faglig og moralsk uforsvarlig (Nesvåg, 2019). Det blir på mange måter et dobbelt overgrep. Så denne studien gir ikke et entydig svar på spørsmålet om det er avhengigheten i seg selv, eller konsekvensene av avhengigheten, så som rusutløste psykoser, eller om det er psykiske plager og lidelser som reduserer brukernes autonomi. Brukerne hadde betydelige psykiske plager. Rusfrihet reduserer psykiske plager betraktelig (Erga et al., 2020). Det understreker hvor viktig det er å gi folk en mulighet til å være rusfri en periode. Uansett hva du ellers oppnår, har du i alle fall et betraktelig tydeligere bilde av situasjonen til bruker. Mørland og Waal (2016) påpeker at det er anbefalt rusfrihet i opptil tre måneder før en gjennomfører diagnostikk. Dette anbefales fordi flere rusmidler har bivirkninger og komplikasjoner som kan gi seg utslag i kognitive forstyrrelser og affektive symptomer og i tillegg kan rusbruk gi psykiske ettervirkninger på kort og lang sikt (Mørland & Waal, 2016).

#### STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER

Det kan være en ulempe i denne studien at jeg var uerfaren i en intervjusituasjon. Selv om jeg hadde forberedt meg godt og hatt en prøveintervju og validert intervjuguiden, opplevde jeg nok at først etter de åtte intervjuene, var jeg kompetent til å starte intervjuprosessen. Jeg kunne hatt flere oppfølgingsspørsmål og fått frem enda flere nyanser. Jeg gikk også inn i intervjusituasjonen med en antakelse om at autonomien blir begrenset som følge av avhengighet, men hadde reflektert lite over andre faktorer som reduserer autonomien. Fokuset var derfor noe snevert. En med-forsker kunne også ha bidratt. En styrke er at jeg har kunnskap og erfaring med den settingen som ble sentral for å få frem dette med autonomi og avhengighet, nemlig tvangssituasjonen.



Studien bekrefter at alvorlig rusmiddelavhengighet reduserer autonomien. Vi kan allikevel ikke si at det er bare avhengigheten som reduserer autonomien til de fire brukerne her, men konsekvensen rusmiddelavhengigheten har på hele livssituasjonen til bruker. Jeg vurderer fremdeles at fremgangsmåten, designet og metoden var godt egnet til å få frem opplevelsene av autonomi men at intervjusituasjonen kunne bidratt med mer informasjon som belyst overfor.

## AVSLUTNING

### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

TVANGSLOVUTVALGET LEGGER FØRINGER PÅ HVORDAN RUSMIDDELAVHENGIGHET SKAL FORSTÅS:

En norsk lov har stor betydning og er både meningsdannende, moralbyggende og holdningsskapende. Ut fra lover blir det ofte laget faglige retningslinjer og veiledere som er basert på ordlyden i loven. Spørsmålet om rusmiddelavhengiges autonomi aktualiseres i en rekke fagpolitiske og kliniske situasjoner. Mest blir det satt på spissen i spørsmålet om bruk av tvang – en type klinisk situasjon som denne oppgaven har tatt utgangspunkt i. I det følgende argumenterer tvangslovutvalget for hvorfor de mener rusmiddelavhengige har beslutningskompetanse og utdyper sin forståelse av rusmiddelavhengighet:

Når de ikke er akutt ruspåvirket, vil de fleste personer med rusmiddelproblemer være i stand til å reflektere forstandig omkring rusproblemer. De vil sjelden ha vansker med å ta i mot eller selv skaffe seg informasjon, anvende informasjonen på seg selv eller veie fordeler mot ulemper, selv om de kan ha en tendens til å undervurder problemene rusen fører til. De vil sjelden ha vansker med å fatte en beslutning, noe man blant annet ser av det faktum at mange som er rusmiddelavhengige slutter å bruke rusmidler, helt uten innblanding fra helsetjenesten. For mange er ikke problemet å fatte en beslutning, men å holde fast på den når trangten til å ta rusmidler melder seg. Dette skiller seg ikke vesentlig fra vanskene en opplever etter røykeslutt eller ved avlæring av andre vaner eller uvaner. Det kan være vanskelig, men bør neppe fortolkes som uttrykk for manglende beslutningskompetanse. (NOU, 2019, s. 438–439)

Tvangslovutvalget tar utgangspunkt i en forståelse av avhengighet som i beste fall er svært forenklet. Forståelsen som presenteres her er mer fagpolitisk enn kunnskapsbasert. Sammenligningene med røykeslutt eller å slutte med andre uvaner, kan bidra til en bagatellisering og det kan se ut som at utvalget ikke har tatt inn over seg mer en dimensjon med avhengighet som fenomen. Avhengighet blir her forstått som en uvane, som man med bruk av vilje og motivasjon kan kvitte seg med. Dette perspektivet forsterker individualiseringen og stigmatiseringen, og er en svært forenklet og endimensjonal forståelse. Den bidrar til å legge ansvaret fullt og helt over på brukeren, og ser bort fra kontekstuelle faktorer. Hvis en slik forståelse blir stående vil det kunne ha stor betydning for hvordan vi i

fremtiden forstår rusmiddelavhengighet. Denne forståelsen er også i konflikt med resultatene i denne studien.

#### FRITT BEHANDLINGSVALG

Fritt behandlingsvalg ble innført i 2015 og er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 (1999). Det betyr at personer selv skal få velge hvor de vil motta behandling. Mange av brukerne som er aktuelle for behandling har redusert autonomi. Når bruker er i en situasjon hvor han ikke har opplevelse av tid, risiko og konsekvens, han er likegyldig til hva som skjer og morgendagen finnes ikke, er det svært vanskelig å ta valg. Når autonomien er redusert kan hjelpeapparatet gjennom å vite det, ta de nødvendige grep for å styrke mulighet for medvirkning; god og gjentakende informasjon, bruke god tid, være tett på bruker, være tilgjengelig og fleksibel. Drop out tallene for behandling er høye og behandlingsforberedende tiltak reduserer dropout (Njå, 2016). Behandlingsforberedende tiltak kan dermed øke autonomien og styrke mulighet for medvirkning. Jeg har nok tidligere vært av den oppfatning at desto raskere vi får en person inn i behandling jo bedre er det. Nå vurderer jeg dette annerledes. Det viktigste den kommunale rustjenesten kan gjøre er å få vurdert brukers autonomi i den aktuelle situasjonen og sette inn tiltak for å øke denne. Når folk lever i en boble, er det vanskelig å ta inn informasjon. De vet ofte ikke selv hvem de er og hva de vil. Da må vi sammen med bruker gi veldig god informasjon. Informasjonen må gjentas og gjerne gis både muntlig og skriftlig.

Både som kliniker og i denne forbindelse som forsker, ser jeg nå klarere enn noen gang viktigheten av å bruke tid. I tvangssaker jeg har vært i hadde jeg nok tidligere blitt provosert hvis noen sa til meg at jeg skulle ha is i magen. Hvordan kan man ha is i magen når bruker holder på å dø. Når vi er klar over at bruker som har en alvorlig rusmiddelavhengighet har svært begrenset autonomi er det å bruke god tid svært viktig. Få bruker med på avgjørelsene. Speil mulige konsekvenser for bruker, vær tett på i alle dager, da har vi en god mulighet i perioder hvor autonomien er svært begrenset.

#### BRUKERMEDVIRKNING

Jeg er i kommunens kriseteam og har lært at i en krisesituasjon er det viktig å hjelpe den kriserammede til å mestre det lille han kan, for eksempel lage kaffe, finne kopper, fortelle hvem som er i nettverket og lignende. Vi må kanskje gjøre noe av det sammen med den

kriserammede, men skal prøve å unngå å ta over alle oppgaver. Dette bidrar til å øke mestring og hente frem ressursene i personen. Det samme vil gjelde rusmiddelavhengige med redusert autonomi. Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet som i tillegg har psykiske lidelser, betegnes ofte som vanskelige og nå og vanskelige å behandle. Det finnes øyeblikk og perioder hvor bruker har mulighet til å ta andre valg, øyeblikk med økt autonomi. I Siw-saken var det et slikt tidspunkt (Bjørnå & Ergo, 2019). Siw hadde vært i fengsel, miljøarbeideren hennes, Pål Holden hentet henne og skulle kjøre henne hjem. Hun var klarere enn han hadde opplevd før og de hadde en god samtale i bilen om veien videre. Hun ønsket endringer. Han var med henne i butikken og handlet mat og gikk innom henne senere samme kveld. Da hadde hun fått besøk, hun var redd og hadde det ikke godt. Pål spurte om han skulle gjøre noe, om han skulle kaste dem ut. «Hun bare ristet på hodet mens tårer rant nedover kinnet. Det var bare noen timer siden hun hadde blitt sluppet ut, og hun var allerede blitt transformert til et annet menneske. Den sjansen vi hadde forsvant, sier Pål» (Bjørnå & Ergo, 2019, s. 31). Det vinduet hvor det var mulig å gjøre endringer i, var lukket, muligheten var der ikke lenger. Gjennom å følge bruker over tid, skape en god relasjon, lage en IP, etablere ansvarsgruppe, bruke god tid på eventuelle henvisninger og hjelpe bruker til å mestre det bruker selv kan mestre, kan en øke brukers autonomi.

## KONKLUSJON

Utgangspunktet for masteroppgaven var et ønske om å belyse hvordan brukere og fagpersoner opplever autonomien til personen med rusmiddelavhengighet i en situasjon der rusmiddelbruk og øvrig livssituasjon vurderes å medføre alvorlig og akutt fare for personens liv og helse.

Innledningsvis lurte jeg på hvordan det er mulig at personer med rusmiddelavhengighet som lever i elendighet fortsetter å ruse seg når livet blir stadig verre og konsekvensene av rusmiddelavhengighet stadig større. Er dette resultater av bevisste valg og ønsker om å leve slik eller er det andre forklaringer? Gjennom denne studien ble det tydelig at brukerne ikke bevisst valgte å leve i en livstruende situasjon med fornedrelse, kaos og elendighet, tvert i mot. Brukerne ønsket et annet liv, men opplevde seg fanget. De var ikke i stand til å velge fritt.

Resultatene i denne studien har vist at både fagpersoner og brukere beskriver svært begrenset autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet. Både fra forskning om

avhengighet og fra mine egne studier ser en at selve avhengigheten skaper fastlåste mønster som reduserer autonomien. Men det er den totale livssituasjonen som følge av rusmiddelavhengigheten som sammen med avhengigheten reduserer autonomien; bosituasjon, fysisk og psykisk helse, økonomi, nettverk og aktivitet. Særlig ser det ut til at alvorlige psykiske lidelser og plager også bidrar til redusert autonomi i slike situasjoner. Brukerne i denne studien var preget av stigmatisering og marginalisering. Gjennom både presentasjon av teori og diskusjonen er det belyst at alle disse levekårsområdene kan påvirke identitetsutviklingen gjennom prosessene med stigmatisering og marginalisering.

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg fått en økende bekymring for konsekvensene av individualiseringen i det moderne samfunnet. Jeg er redd for at vi får et samfunn hvor det ikke er kunnskap og forståelse for at det finnes forhold som reduserer personers autonomi. Jeg er redd for at idealet om den enkeltes frihet og individualisering skal føre til at det blir allment akseptert å tenke at folk som ikke er i stand til å ta vare på seg selv har valgt det selv og at samfunnet dermed ikke har et ansvar.

#### VIDERE FORSKNING

Basert på denne masteroppgavens empiriske grunnlag, analyse, resultater og drøfting kan det være behov for å utforske enda mer hvordan redusert autonomi kan henge sammen med kombinasjonen av alvorlig avhengighet, psykiske lidelser og den totale livssituasjonen personen er i. Det vil kunne bidra til et enda mer nyansert syn på rusmiddelavhengiges autonomi og ytterligere styrke kunnskapen om dette.

Det vil også være spennende å undersøke hvordan (eventuelle) endringer i lovverket rundt tvangsbruk fører til endringer i vurderingsgrunnlaget og praksis for bruk av tvang overfor personer med alvorlig avhengighet.

## REFERANSER

- Alexander, B. (2010). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. New York: Oxford University Press
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2018). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. (Third edition). Los Angeles: SAGE
- Andresen, N. E. (2011). Pårørende. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 350-375). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andvig, E. (2016). Det å bli alminnelig og samarbeide om det hverdagslige. I B. Karlsson (Red.). *Det går for sakte...i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. (4. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biong, S., & Aakre, M. (2018). Etske utfordringer og etisk kompetanse. Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utgave, s.70-88). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørnå, T., & Ergo, T. (2019). Gi meg litt lykke før jeg dør. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/magasinet/i/Onxqek/gi-meg-litt-lykke-foer-jeg-doer>
- Bjørnå, T. M. E., & Ergo, T. (2017). Når alt rakner. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/magasinet/i/Kd4nG/naar-alt-rakner?>
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research. The logic of Anticipation*. Cambridge: Polity press.
- Braut, G. S. (2000). Verdigrunnlaget for medisinen i komande tider. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 120 (30), 3743-3745
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bunkholdt, V. (1996). *Psykologi. En innføring for helse – og sosialarbeidere* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utgave). Oslo. Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (2019). NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven—Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/51e8705037dd42138ac8a3a25b223ea0/legeforeningens-hoeringsuttalelse-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven.pdf>
- Denise F. Polit, & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence*

*for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Eide, A. (2006). Retten til helse som menneskerettighet. *Nordic Journal of Human Rights*, (04), 274–290.

Erga, A. H., Hønsi, A., Anda-Ågotnes, L. G., Nesvåg, S., Hesse, M., & Hagen, E. (2020). Trajectories of psychological distress during recovery from polysubstance use disorder. *Addiction Research & Theory*, 0(0), 1–8. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1730822>

Fagrådet, Rusfeltets hovedorganisasjon. (2019). Høringssvar NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven. Hentet fra

<https://www.rusfeltet.no/wp-content/uploads/2019/12/Høringssvar-Tvangsbegrensingsloven.pdf>

Goffmann, E. (2009). *Stigma: Om avvigerens sociale identitet* (2. udgave). Fredriksberg: Samfundslitteratur.

Gran, S. (2012). Mot en markedsorientert profesjonsetikk? Autonomi kan bli retten til å gå til grunne for de minst lønnsomme. *Rus & samfunn*, 6(6), 33–34. Hentet fra [http://www.idunn.no/ts/rusos/2012/06/mot\\_en\\_markedsorientert\\_profesjonsetikk](http://www.idunn.no/ts/rusos/2012/06/mot_en_markedsorientert_profesjonsetikk)

Grønnestad, T. (2018). *Benken—Et sted å være? : En etnografisk studie i et åpent illegalt rusmiljø*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Stavanger, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Stavanger. Hentet fra [https://uis.brage.unit.no/uis-xmli/bitstream/handle/11250/2566810/Groennestad\\_Trond.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uis.brage.unit.no/uis-xmli/bitstream/handle/11250/2566810/Groennestad_Trond.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Heidegger, M. (1998). Exposition of the Question of the meaning of Being. I E. C. Polifroni & M. L. Welch (Red.), *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology* (s. 273–302). Philadelphia: Lippincott.

Helse – og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale Helse – og omsorgstjenester m.m. (LOV- 2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenestelovens>

Helse Vest, K. psykisk helsevern, Helse Stavanger. (2019). Høringssvar KPHV – Tvangsbegrensingsloven NOU 2019:14. Hentet fra <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2019/12.12.2019/Sak%2013219%20Vedlegg%203%20-%20Helse%20Stavanger%20-%20Tvangsbegrensingslova%20-%20Vedlegg%201.pdf>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jellestad, F. K. (2011). Hjernen og rusavhengigheten. I *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (1. utgave, s. 66–77). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jonassen, K. R., & Barbosa da Silva, A. (2018). *Menneskeverd i helse—Og omsorgstjenesten—Begrunnelse og forutsetning*. Oslo: Alpha Beta Sigma - Norway.

- Kallio, H., Pietilä, A.-M. P., Johnson, M., & Kanganiemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965.
- Koob, G. F. (2013). Addiction is a Reward Deficit and Stress Surfeit Disorder. *Frontiers in psychiatry*, Vol 4. 1-18. Hentet fra [https://bibsyst-almapiro-hosted-exlibrisgroup-com.ezproxy.uis.no/prim-explore/fulldisplay?docid=TN\\_proquest1418147696&context=PC&vid=UBIS&lang=no\\_NO&search\\_scope=default\\_scope&adaptor=primo\\_central\\_multiple\\_fe&tab=default\\_tab&query=any\\_contains,addiction%20is%20a%20reward%20deficit%20and%20stress%20surfeit%20diorder&mode=Basic](https://bibsyst-almapiro-hosted-exlibrisgroup-com.ezproxy.uis.no/prim-explore/fulldisplay?docid=TN_proquest1418147696&context=PC&vid=UBIS&lang=no_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any_contains,addiction%20is%20a%20reward%20deficit%20and%20stress%20surfeit%20diorder&mode=Basic)
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lien, L., Huus, G., Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskriftet den norske legeforening*, nr. 3, s. 246-248
- Lundeberg, I. R., Søvig, K. H., & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Lyngved, K. (2016). Mennesket og dets uro – om skammens skygger og det ordløse språket. I B. Karlsson (Red.). *Det går for sakte...i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2014). Avhengig av avhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(1), 66–67.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, Vol.358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. 40(40), 795–805. *Scandinavian Journal of Public Health*
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21–42). Oslo: Cappelen Damm akademisk.



Nesvåg, S. (2019). Ingen kan tvinges til å bli motivert til rusbehandling! *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/3Jp7eq/ingen-kan-tvinges-til-a-bli-motivert-til-rusbehandling>

Nesvåg, S., Salte, T., & Gundersen, S. (2019). Hvordan kan vi forstå den subjektive opplevelsen av risikoen for overdose? How can we understand the subjective experience of overdose risk? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 16 (01), 28-38.

Nettleton, S., Neale, J., & Pickering, L. (2011). «I don't think there's much of a rational mind in a drug addict when they are in the thick of it»: Towards an embodied analysis of recovering heroin users. *Sociology of Health & Illness*, 33(3), 341–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01278.x>

Njå, A.-L. M. (2016). *Betydningen av behandlingsforberedende tiltak for rusmiddelavhengiges fullføring av behandling—En studie av drop-out mønstre i behandlingsforløp*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Stavanger, Stavanger.

NOU 2019:14. (2019). Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse – og omsorgstjenesten. Oslo. Departementets sikkerhets – og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon.

Peter J. Adams. (2008). *Fragmented intimacy: Addiction in a social world*. New York: Springer.

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV- 1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

Robert K. Yin. (2011). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

Robertson, I. E., & Nesvåg, S. M. (2018). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*.

Selbekk, A. S. (2015). Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. *Addiction Research & Theory*, 23(3), 196–204.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

SSB. (2015). Helse—Og sosialpersonell 2015 4. Kvartal. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2016-06-27>

Ytrehus, S. (2018a). Familiens situasjon. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utgave, s. 215–233). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Ytrehus, S. (2018b). Bostedsløshet. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utgave, s. 215–233). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Østenstad, B. H. (2018). Det menneskerettslege vernet mot tvang: Utviklingstrekk. I

*Selvbestemmelse og tvang i helse—Og omsorgstjenesten* (s. 11–34). Bergen: Fagbokforlaget.

Aasen, H. S. (2018). Forsvarlig eldreomsorg? Et kritisk blikk på dom avsagt av Oslo tingrett. I *Selvbestemmelse og tvang i helse—Og omsorgstjenesten* (s. 105–132). Bergen: Fagbokforlaget

# VEDLEGG

## VEDLEGG 1 – SKJEMA FOR INFORMASJON OG SAMTYKKE TIL FAGPERSON

7228 AVHENGIGHET OG AUTONOMI, 16.9.19



Universitetet  
i Stavanger

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

### AVHENGIGHET OG AUTONOMI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for at vi kan utvikle dybdekunnskap om hvordan fagpersoner og brukere opplever at autonomien påvirkes av alvorlig rusmiddelavhengighet. Ordet autonomi kan også forstås som ens evne til å råde over sitt eget liv. Forskningsleder ved KORFOR, Sverre Martin Nesvåg, er prosjektleder.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Det er mye forskning om rusmiddelavhengighet men det finnes lite forskning som beskriver rusmiddelavhengiges egne opplevelser av hvorvidt evnen til å ta valg påvirkes som følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Den metodiske tilnærmingen i denne studien lar brukerperspektivet komme frem gjennom ansikt til ansikt-intervjuer med personer som har vært i slike situasjoner og som har erfart hvorvidt konsekvensene av rusmiddelavhengigheten har påvirket evnen til bevisst og rasjonell vurderingsevne.

Forskningsspørsmålene er:

- 1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruken av Helse – og omsorgstjenesteloven paragraf 10-2?**
- 2. Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon når den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av paragraf 10-2?**

I helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2 står følgende:

*«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. Vedtak 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*

## 7228 AVHENGIGHET OG AUTONOMI 16.9.19

*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.»*

I studien skal jeg intervju personene som har stått i situasjoner hvor det er vurdert at vilkårene for tvang er oppfylt, nemlig personen med rusmiddelavhengighet og fagpersonen som står tett på. Hvordan opplever de disse situasjonene? Hva er det som avgjør deres måte å vurdere dette på? Hvorvidt denne situasjonen har endt med et opphold på tvang er ikke avgjørende.

Utvalget skal bestå av seks brukere og seks fagpersoner som har hatt en relasjon i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet hvor fagpersonen har tatt en vurdering om at vilkårene for hol § 10-2 er oppfylt. Når en fagperson har vurdert at er rusavhengig fyller vilkåret for tvang, har den rusavhengige fått informasjon om dette og det har vært en dialog mellom disse to. Det at det har vært en dialog innebærer at fagperson og rusavhengig har hatt en forhandling om hvem sin virkelighetsforståelse som skal være gjeldende. Når dette er snakket om, er det lettere å huske og gjør det igjen mulig å hente opp igjen retrospektivt.

Jeg henvender meg nå til deg som fagperson. Har du hatt relasjon til en brukere i en slik situasjon. Hvis du har det og hvis du ønsker å delta i intervjuet, vil jeg be deg om å kontakte bruker og spørre om bruker vil intervjues. Hvis bruker samtykker, vil jeg ta kontakt med bruker og gi informasjon og innhente skriftlig samtykke. Bruker må være samtykkekompetent men kan ha en moderat rusbruk på tidspunkt for intervjuet. I her-og-nå-situasjoner hvor tvang blir vurdert, vurderes bruker ikke som samtykkekompetent.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og lagt inn på en passord-beskyttet mappe på pc. Transkribert intervju vil merkes med informant 1 a, 1b osv. Intervjuet vil ta mellom 45-60 minutter.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Sverre Martin Nesvåg, 908 37 431 eller Jeanette Litlatun Fossmark, 957 26 673.

### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Jeanette Litlatun Fossmark, som gjennomfører intervjuene, som skal ha tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet innen 2022.

#### ØKONOMI

Brukere som deltar i intervju vil motta et gavekort pålydende 400 kroner. Fagpersoner blir intervjuet uten kompensasjon siden de vil delta i arbeidstiden og motta ordinær lønn fra sin arbeidsgiver.

#### GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning. Saksnummeret er 7228

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig, Universitetet i Stavanger, og prosjektleder Sverre Martin Nesvåg et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Jeanette Litlatun Fossmark, 957 26 673.

Personvernombud ved UIS kan kontaktes på følgende e-postadresse: [personvernombudet@uis.no](mailto:personvernombudet@uis.no)

**7228 AVHENGIGHET OG AUTONOMI 16.9.19**

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER  
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

-----  
**Sted og dato**

-----  
**Deltakers signatur**

-----  
**Deltakers navn med trykte bokstaver**

## VEDLEGG 2 – SKJEMA FOR INFORMASJON OG SAMTYKKE TIL BRUKER



Universitetet  
i Stavanger

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

### AVHENGIGHET OG AUTONOMI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for at vi kan utvikle dybdekunnskap om hvordan fagpersoner og brukere opplever at autonomien påvirkes av alvorlig rusmiddelavhengighet. Ordet autonomi kan også forstås som ens evne til å råde over sitt eget liv. Forskningsleder ved KORFOR, Sverre Martin Nesvåg, er prosjektleder.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Det er mye forskning om rusmiddelavhengighet men det finnes lite forskning som beskriver rusmiddelavhengiges egne opplevelser av hvorvidt evnen til å ta valg påvirkes som følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Den metodiske tilnærmingen i denne studien lar brukerperspektivet komme frem gjennom ansikt til ansikt-intervjuer med personer som har vært i slike situasjoner og som har erfart hvorvidt konsekvensene av rusmiddelavhengigheten har påvirket evnen til bevisst og rasjonell vurderingsevne.

Forskningsspørsmålene er:

- 1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruken av Helse – og omsorgstjenesteloven paragraf 10-2?**
- 2. Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon når den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av paragraf 10-2?**

I helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2 står følgende:

*«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. Vedtak 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.»*

I studien skal personene som har stått i situasjoner hvor det er vurdert at vilkårene for tvang er oppfylt, nemlig personen med rusmiddelavhengighet og fagpersonen som står tett på intervjuet. Hvordan opplever de disse situasjonene? Hva er det som avgjør deres måte å vurdere dette på? Hvorvidt denne situasjonen har endt med et opphold på tvang er ikke avgjørende.

Utvalget skal bestå av seks brukere og seks fagpersoner som har hatt en relasjon i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet hvor fagpersonen har tatt en vurdering om at vilkårene for hol § 10-2 er oppfylt. Når en fagperson har vurdert at er rusavhengig fyller vilkåret for tvang, har den rusavhengige fått informasjon om dette og det har vært en dialog mellom disse to. Det at det har vært en dialog innebærer at fagperson og rusavhengig har hatt en forhandling om hvem sin virkelighetsforståelse som skal være gjeldende. Når dette er snakket om, er det lettere å huske og gjør det igjen mulig å hente opp igjen retrospektivt.

Din veileder /kontaktperson har vært i kontakt med deg med litt informasjon om studien. Du har samtykket til at jeg kan ta kontakt for å gi ytterligere informasjon og sagt deg villig til å bli kontaktet. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og lagt inn på en passord-beskyttet mappe på pc. Transkribert intervju vil merkes med informant 1 a, 1b osv. Intervjuet vil ta mellom 45-60 minutter.

#### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Temaene vi skal snakke om, er i en del av livet som du kanskje opplevde som vanskelig. Noen er vant med å snakke om vanskelige følelser, og vil ikke oppleve ubehag ved det. Andre kan oppleve at vonde minner setter følelser i sving og du kan bli påminnet en krevende tidsepoke. Gjennom respektfull dialog, vil vi være varsomme med å gå inn i opplevelser som er vonde å snakke om, og vi ønsker ikke å innhente mer opplysninger enn det som er nødvendig for vår studie.

#### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Sverre Martin Nesvåg, 908 37 431 eller Jeanette Litlatun Fossmark, 957 26 673. Behandling av data blir lovlig dersom du samtykker.



#### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Jeanette Litlatun Fossmark, som gjennomfører intervjuene, som skal ha tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli slettet ved prosjektslutt 01.06.2021. I prosjektperioden vil koblingsnøkkel bli oppbevart på en passord-beskyttet fil som bare er tilgjengelig for Jeanette Litlatun Fossmark

#### ØKONOMI

Brukere som deltar i intervju vil motta et gavekort pålydende 400 kroner. Fagpersoner blir intervjuet uten kompensasjon siden de vil delta i arbeidstiden og motta ordinær lønn fra sin arbeidsgiver.

#### GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning. Saksnummeret er 7228

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig, Universitetet i Stavanger, og prosjektleder Sverre Martin Nesvåg et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Jeanette Litlatun Fossmark, 957 26 673.

E-postadressen til personvernombudet på UIS er [personvernombudet@uis.no](mailto:personvernombudet@uis.no)

**7228 AVHENGIGHET OG AUTONOMI 16.9.19**

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER  
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

-----  
**Sted og dato**

-----  
**Deltakers signatur**

-----  
**Deltakers navn med trykte bokstaver**

## VEDLEGG 3 – SEMI-STRUKTURERT INTERVJUGUIDE FOR FAGPERSON

### Semi-strukturert intervjuguide for fagperson

#### Innledning:

- Velkomst
- Takke
- Repeterer informasjonen om hensikten og målet med studien, masterstudie, artikkel
- Repeterer informasjon om samtykke og at det kan trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt
- Repeterer informasjon om lydopptak og hvordan data lagres, behandles og når datamaterialet blir slettet
- Avklare tidsrammer
- Slå på lydopptaker

#### Oppvarmingsfase

- Dagens arbeidssituasjon
- Erfaring i arbeid med rusavhengige og tvangssaker?

#### Hovedfasen

- Innled med årsaken til at fagpersonen er valgt ut som informant – situasjonen Hol § 10-2 som satte dette med avhengighet og autonomi på spissen
- Hva inneholder begrepet autonomi for deg?
- Fagpersons opplevelse av situasjonen
- Relasjonen mellom fagperson og bruker
- Utforsk videre ved hjelp av status levekårsområder hva fagpersonen den gang hadde informasjon om ifht status levekårsområder for bruker.
  - Bolig
  - Familie og nettverk
  - Rusing, type rusmidler, omfang, varighet
  - Arbeid/aktivitet
  - Økonomi
  - Fysisk helse (Mat og ernæring, søvn)
  - Psykisk helse
  - Sosial fungering
- Hva preget rusmiddelbruken i den situasjonen?
- Hvilke konsekvenser hadde rusbruken slik du så det da
- Overdoser/innleggelse
- Var bruker bevisst helsefaren?
- Brukers evne til å holde avtaler/tidsforståelse
- Hva ville bruker ha hjelp til og hva opplevde bruker som sine utfordringer?
- Hvilke hjelpetilbud hadde bruker?

Litteratur om avhengighet peker i retning av at atferden blir fastlåst. Valgene er ikke så frie fordi kroppen/psyken krever påfyll av rusmidler. Hvor fastlåst opplevde du

- brukers situasjon var? I hvor stor grad opplevde du bruker kunne velge fritt å snu ryggen til rusmidlene?
- Når du tenker tilbake på denne situasjonen, hva var bra, hva ville du gjort annerledes?
- Din vurdering av samfunnets ansvar i slike situasjoner
- Hvordan påvirket dette deg og brukers relasjon?
- Når opplevde du at bruker hadde gjenvunnet sin autonomi? Hvor lang tid tenker du det tar?

#### Fagpersons tolkning

- Når du nå ser tilbake på denne situasjonen, hvordan vil du nå vurdere den situasjonen bruker var i?
- Hvordan tenkte du om situasjonen da?
- Hvordan vurderte du situasjonen da?
- Hva er den største forandringen på hvordan du så på situasjonen da og hvordan du ser på situasjonen nå?

#### Avslutningsfasen

- Takk
- Opplevelse
- Bekymringer
- Er det noe du skulle ønske jeg hadde spurt det om? Er det noe vi ikke har fått snakket skikkelig om?

## VEDLEGG 4 – SEMI-STRUKTURERT INTERVJUGUIDE FOR BRUKER

### Semi-strukturert intervjuguide for bruker

#### Innledning:

- Velkomst
- Takke
- Repeterer informasjonen om hensikten og målet med studien, masteroppgave, artikkel
- Repeterer informasjon om samtykke og at det kan trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt
- Repeterer informasjon om lydopptak og hvordan data lagres, behandles og når datamaterialet blir slettet
- Avklarer tidsrammer
- Slå på lydopptaker

#### Oppvarmingsfase

- Aktuell situasjon – status her og nå

#### Hovedfasen

- Innled med årsaken til at vedkommende er valgt ut som informant – situasjonen med Hol § 10-2 som satte dette med avhengighet og autonomi på spissen
- Din opplevelse av situasjonen
- Hadde du og fagperson er relasjon fra før?
- Utforsk videre ved hjelp av status levekårsområder
  - Bolig
  - Familie og nettverk
  - Rusing, type rusmidler, omfang, varighet
  - Arbeid/aktivitet
  - Økonomi
  - Fysisk helse (Mat og ernæring, søvn)
  - Psykisk helse
  - Sosial fungering
- Hva preget rusmiddelbruken i den situasjonen?
- Hvilke konsekvenser hadde rusbruken og hvordan vurderte du konsekvensene da?
- Var du bevisst helsefaren?
- Andres bekymringer?
- Innleggelser/overdoser
- Hva tenkte du den gang var sine hovedutfordringer?
- Forhold til hjelpeinstanser
- Litteratur om avhengighet peker i retning av at atferden blir fastlåst. Valgene er ikke så frie for kroppen/psyken krever påfyll av rusmidler. Hvordan opplevde du dette?
- Når opplevde du å være i stand til å kunne handle fritt igjen?
- Siw-saken – din vurderinger av hvilket ansvar samfunnet har for personer som var i din situasjon
- Evaluering av hendelsene rundt din sak, hva var bra, hva kunne vært gjort annerledes

#### Brukers tolkning

- Når du nå ser tilbake på denne situasjonen, hvordan vil du nå vurdere den situasjonen du var i?
- Hvordan tenkte du om situasjonen da?
- Hvordan vurderte du det da?
- Hva er den største forandringen på hvordan du så på den situasjonen da og hvordan du ser på den situasjonen nå

#### Avslutningsfasen

- Takk
- Opplevelse
- Bekymringer
- Er det noe du skulle ønske jeg hadde spurt deg om, noe vi ikke har fått snakket skikkelig om?

## VEDLEGG 5 –VURDERING FRA NSD

NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Autonomi og avhengighet

**Referansenummer**

294546

**Registrert**

07.06.2019 av Jeanette Litlatun Fossmark - jl.fossmark@stud.uis.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Sverre Martin Nesvåg, sverre.martin.nesvag@sus.no, tlf: 908 37 431

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Jeanette Litlatun Fossmark, Jeanette.fossmark@gmail.com, tlf: 957 26 673

**Prosjektperiode**

05.08.2019 - 01.06.2021

**Status**

03.09.2019 - Vurdert

**Vurdering (1)**

**03.09.2019 - Vurdert**

Prosjektleder skal innhente etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dersom vedtak fra REK medfører endringer i prosjektet må dette meldes til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 03.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021. Etter prosjektslutt vil data bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering).

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

## REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og



## VEDLEGG 6 – GODKJENNING FRA REK



**Region:**  
REK vest

**Saksbehandler:**  
Fredrik Kolstad Rongved

**Telefon:**

**Vår dato:**  
04.09.2019

**Vår referanse:**  
7228

**Deres referanse:**

Sverre Nesvåg

### **7228 Avhengighet og autonomi**

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Stavanger

**Prosjektleder:** Sverre Nesvåg

### **Prosjektleders prosjekttale**

Forskningene skal gi ny kunnskap om forståelsen av autonomi opp mot forståelsen av avhengighet. Utvalget skal bestå av 12 personer, det vil si seks par fagpersoner/ brukere som har hatt en relasjon i situasjoner hvor bruker har hatt en alvorlig rusmiddelavhengighet og der fagpersonen har tatt en vurdering om at vilkårene for hol § 10-2 er oppfylt. Situasjoner som oppstår i forbindelse med vurdering av tvang er situasjoner som setter spørsmålet om autonomi på spissen og ved å intervjuer både fagperson og bruker, så vil vi kunne få data fra en situasjon hvor dette ikke bare er tenkt og opplevd, men også italesatt.

Forskningsspørsmålene er:

1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruken av Helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2?
- 2: Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon der den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av paragraf 10-2?

### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt innsendt 11.06.2019. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.08.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hforsknl) § 10.

#### *Forsvarlighet:*

Dette er et masterprosjekt ved KORFOR om sammenhengen mellom rusavhengighet og autonomi. Mer konkret skal man undersøke brukere og fagpersoners vurdering av avhengighet og autonomi i en situasjon der det vurderes bruk av tvang. Prosjektgruppen vil rekruttere seks brukere og seks fagpersoner til intervju. Det er særlig bruken av Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 som er konteksten for intervjuene. Studenten har 12 års erfaring med brukergruppen, hvilket også inkluderer bruken av tvang. Brukere får 400 kr i kompensasjon for deltakelse. Komiteen vurderer at det er et interessant prosjekt som er forsvarlig organisert, men har noen merknader til problemstillingen, intervjuguiden og informasjonsskrivet.

#### *Problemstilling:*

Dette prosjektet handler om å undersøke fagperson og brukes følelse av autonomi. På s 4 i søknadsskjema står følgende: *"I den situasjonen hvor fagpersonen har vurdert at vilkårene for tvang er oppfylt for en spesifikk bruker, har fagpersonen vurdert at bruker har redusert samtykkekompetanse"*. Komiteen ønsker å gjøre prosjektgruppen oppmerksom på at dette ikke nødvendigvis er helt korrekt. Vilkårene i § 10-2 omhandler ikke samtykkekompetanse, men at det er en fare for personens liv og helse ved deres misbruk. Personen kan ha et bevisst ønske om å fortsette sitt misbruk, og dermed er det kanskje nødvendig å frata personen sin autonomi selv om han/hun er fullstendig samtykkekompetent. Denne sammenblandingen kan muligens bidra til at oppfatningen av problemstillingen og premisene blir noe uklare, noe som kan være uheldig med tanke på gjennomføring av intervjuene og drøfting av funn. Bestemmelsen utgjør selvsagt en viktig bakgrunn for prosjektet, men i og med det ikke handler om hvordan deltakerne forstår eller opplever lovens vilkår, blir det noe forvirrende å knytte prosjektet så tett opp til bestemmelsen. Dette gjenspeiles også i informasjonsskrivet.

Komiteen vil råde prosjektgruppen til å rydde i problemstillingen; enten løsrive den fra den tette tilknytningen til § 10-2, eller la være å trekke inn samtykkekompetansen til deltakerne i situasjonen hvor § 10-2 benyttes.

#### *Intervjuguide:*

Intervjuguiden er utformet litt forskjellig til de to forskjellige målgruppene (fagperson og bruker). Komiteen finner at intervjuguidene har litt andre spørsmål enn det som er kjernen i prosjektet. I intervjuguiden til fagperson er det spørsmål om brukerens evne til å ta vare på seg selv og ta «frie valg». I intervjuguiden til brukeren stilles det tilsvarende spørsmål om brukerens «evne til å velge». Dersom problemstillingen skal knyttes så tett opp mot § 10-2, bør prosjektgruppen være bevisst på balansegangen mellom samtykkekompetanse og bruk av tvang.

#### *Rekruttering:*

Fagpersoner som har brukt tvang skal først rekrutteres. Disse fagpersonene skal deretter ta kontakt med brukere som de vurderer som gode kandidater. Brukerne skal så gi sin tillatelse til at intervjuer tar kontakt med dem. Intervjuer vil siden ta kontakt og gi mer informasjon og be om samtykke til deltakelse. Komiteen har ingen merknader til rekrutteringsprosedyren.

*Informasjonsskriv og samtykkeskjema:*

REK vest ber om at informasjonsskrivet revideres i henhold til følgende merknader:

- Skrevet i personlig stil.
- “*Det empiriske nedslagsfeltet er overgangen mellom at vi ikke vurderer tvang og at vi vurderer tvang*”. Hva er det man ønsker å formidle her, og til hvem?
- Det ser ut som at informasjonsskrivet er skrevet til fagpersoner. Skal brukerne skrive under på et annet samtykke? Eller skal de også få dette skrevet?
- Må skrive at behandlingen av data blir lovlig dersom du samtykker.
- Oppgi epostadressen til institusjonens personvernombud.
- Oppgi referansenummer for REKs godkjenning.
- Mangler logo til forskningsansvarlig institusjon.

REK vest ber om at et revidert informasjonsskriv sendes til REK vest gjennom en «oppgave» i saksportalen.

*Prosjektlutt og behandling av data:*

Data slettes ved prosjektlutt 01.06.2021. I prosjektperioden vil koblingsnøkkel bli oppbevart på en passordbeskyttet fil som bare er tilgjengelig for masterstudenten.

**Vedtak**

Godkjent med vilkår

REK vest setter følgende vilkår:

- Problemstillingen bør klargjøres.
- Revidert informasjonsskriv må sendes til REK vest.
- Intervjuguiden må revideres etter komiteens merknader.

Vedtakstekst: REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen  
Marit Grønning  
Prof. dr.med.  
Komiteleder

Fredrik Rongved  
rådgiver

## VEDLEGG 7 – SØKNAD OM Å UTFØRE FORSKNING

### Søknad om å utføre forskning/utvikling i Stavanger kommune, levekårsområdet

Navn på studenter/ forskeren: Jeanette Litlatun Fossmark Tittel: Koordinator rus Arbeidssted: Strand kommune/NAV Strand Mailadresse: jeanette.litlatun.fossmark@nav.no Telefon: 95726673
Studiens tittel: <b>Opplevelse av autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet</b> Masterstudie Overordnet problemstilling/forskningsspørsmål: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruk Helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2</li><li>2. Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon der den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av Hol § 10-2?</li></ol>
Studiedesign: Hva slags data skal samles inn?  Semi-strukturert dybdeintervju av seks fagpersoner og seks rusmiddelavhengige. Har fått godkjenning av NSD og REK
Tidsrom for studien/undersøkelser i Stavanger kommune: Oktober-desember 2019 Hvilken innsats forventes det av kommunen? Det er ønskelig å få intervju med 3 fagpersoner og tre brukere i Stavanger kommune. Da ønsker jeg at 3-4 fagpersoner som har hatt erfaring med vurdering av 10-2 tenker over om den brukeren de har tatt en 10-2 vurdering på ønsker å delta i intervjuet. Hvis de tenker at det er sannsynlig, tar de kontakt og spør om tillatelse til at jeg tar kontakt med bruker. Det er <b>helt ubetydelig</b> hvorvidt vurderingen av § 10-2 har ført til tvang eller ikke, det avgjørende er at fagpersonen har snakket med bruker om at vilkårene vurderes oppfylt. Intervjuet tar 1 time og det er ønskelig at fagpersonen kan gjøre dette i arbeidstiden. Jeg kommer til arbeidsstedet og foretar intervjuet. Personene med rusmiddelavhengighet intervjues på et sted som avtales med den enkelte, men ikke i offentlige lokaler, mest sannsynlig en kafe eller lignende.  Milepæler i prosjektet som berører kommunen:  Forventet nytteverdi for Stavanger kommune: Det er mye forskning om rusmiddelavhengighet, men det finnes lite forskning som beskriver rusmiddelavhengiges egne opplevelser av hvorvidt evnen til å ta balg påvirkes som følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Den metodiske tilnærmingen i denne studien lar brukerperspektivet komme frem gjennom ansikt til ansikt-intervjuer med personer som har vært i slike situasjoner og har erfart hvorvidt konsekvensen av rusmiddelavhengigheten har påvirket evnen til bevisst og rasjonell vurderingsevne. Målet med studien er å utvikle forståelsen av

<p>autonomi opp mot forståelsen av avhengighet. Hva er det som holder rusavhengige fast i et mønster og i en måte å leve på, som de har stå store problemer med å bryte ut av? Gjennom å øke denne kunnskapen og forståelsen vil vi også få et bedre grunnlag til å vurdere rusavhengiges rettsposisjon.</p> <p>Plan for formidling: Jeg kan komme å legge frem prosjektet etter godkjenning hvis det er ønskelig.</p>
<p>Navn på veileder (dersom aktuelt): Sverre Nesvåg Mailadresse: sverre.martin.nesvag@sus.no Telefon: 908 37 431</p>
<p>Vedlagt søknaden dersom mulig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Godkjent prosjektplan</li> <li>• Informasjonsskriv om studien (til informantene)</li> <li>• Intervjuguide/spørreskjema</li> <li>• Dersom aktuelt - godkjenning fra REK</li> </ul>
<p>Stavanger kommune ønsker å lese gjennom relevante deler av oppgaven før den ferdigstilles for å sikre faktaopplysninger om kommunen og sitatsjekk ved intervju.</p>
<p><b>Søknad om å utføre forskning/utvikling i Stavanger kommune, levekårsområdet</b></p>
<p>Navn på studenter/ forskeren: Jeanette Litlatun Fossmark Tittel: Koordinator rus Arbeidssted: Strand kommune/NAV Strand Mailadresse: jeanette.litlatun.fossmark@nav.no Telefon: 95726673</p>
<p>Studiens tittel: <b>Opplevelse av autonomi i situasjoner med alvorlig rusmiddelavhengighet</b> Masterstudie Overordnet problemstilling/forskningsspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hva tenker en fagperson om en rusmiddelavhengig persons autonomi i de situasjoner hvor de vurderer bruk Helse – og omsorgstjenestelovens § 10-2</li> <li>2. Hva er brukers opplevelse av autonomi i en situasjon der den kommunale helse – og omsorgstjenesten vurderer bruk av Hol § 10-2?</li> </ol>
<p>Studiedesign: Hva slags data skal samles inn?</p> <p>Semi-strukturert dybdeintervju av seks fagpersoner og seks rusmiddelavhengige. Har fått godkjenning av NSD og REK</p>
<p>Tidsrom for studien/undersøkelser i Stavanger kommune: Oktober-desember 2019 Hvilken innsats forventes det av kommunen? Det er ønskelig å få intervju med 3 fagpersoner og tre brukere i Stavanger kommune. Da ønsker jeg at 3-4 fagpersoner som har hatt erfaring med vurdering av 10-2 tenker over om den brukeren de har tatt en 10-2 vurdering på ønsker å delta i intervjuet. Hvis de tenker at det er sannsynlig, tar de kontakt og spør om tillatelse til at jeg tar kontakt med bruker. Det er <b>helt ubetydelig</b> hvorvidt vurderingen av § 10-2 har ført til tvang eller ikke, det avgjørende er at</p>

fagpersonen har snakket med bruker om at vilkårene vurderes oppfylt. Intervjuet tar 1 time og det er ønskelig at fagpersonen kan gjøre dette i arbeidstiden. Jeg kommer til arbeidsstedet og foretar intervjuet. Personene med rusmiddelavhengighet intervjues på et sted som avtales med den enkelte, men ikke i offentlige lokaler, mest sannsynlig en kafe eller lignende.

Milepæler i prosjektet som berører kommunen:

Forventet nytteverdi for Stavanger kommune:

Det er mye forskning om rusmiddelavhengighet, men det finnes lite forskning som beskriver rusmiddelavhengiges egne opplevelser av hvorvidt evnen til å ta balg påvirkes som følge av omfattende rusmiddelavhengighet. Den metodiske tilnærmingen i denne studien lar brukerperspektivet komme frem gjennom ansikt til ansikt-intervjuer med personer som har vært i slike situasjoner og har erfart hvorvidt konsekvensen av rusmiddelavhengigheten har påvirket evnen til bevisst og rasjonell vurderingsevne. Målet med studien er å utvikle forståelsen av

autonomi opp mot forståelsen av avhengighet. Hva er det som holder rusavhengige fast i et mønster og i en måte å leve på, som de har stå store problemer med å bryte ut av? Gjennom å øke denne kunnskapen og forståelsen vil vi også få et bedre grunnlag til å vurdere rusavhengiges rettsposisjon.

Plan for formidling:

Jeg kan komme å legge frem prosjektet etter godkjenning hvis det er ønskelig.

Navn på veileder (dersom aktuelt): Sverre Nesvåg

Mailadresse: sverre.martin.nesvag@sus.no

Telefon: 908 37 431

Vedlagt søknaden dersom mulig:

- Godkjent prosjektplan
- Informasjonsskriv om studien (til informantene)
- Intervjuguide/spørreskjema
- Dersom aktuelt - godkjenning fra REK

Stavanger kommune ønsker å lese gjennom relevante deler av oppgaven før den ferdigstilles for å sikre faktaopplysninger om kommunen og sitatsjekk ved intervju.