

BSOBAC_3 - Bacheloroppgave med forskningsmetode

Psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten

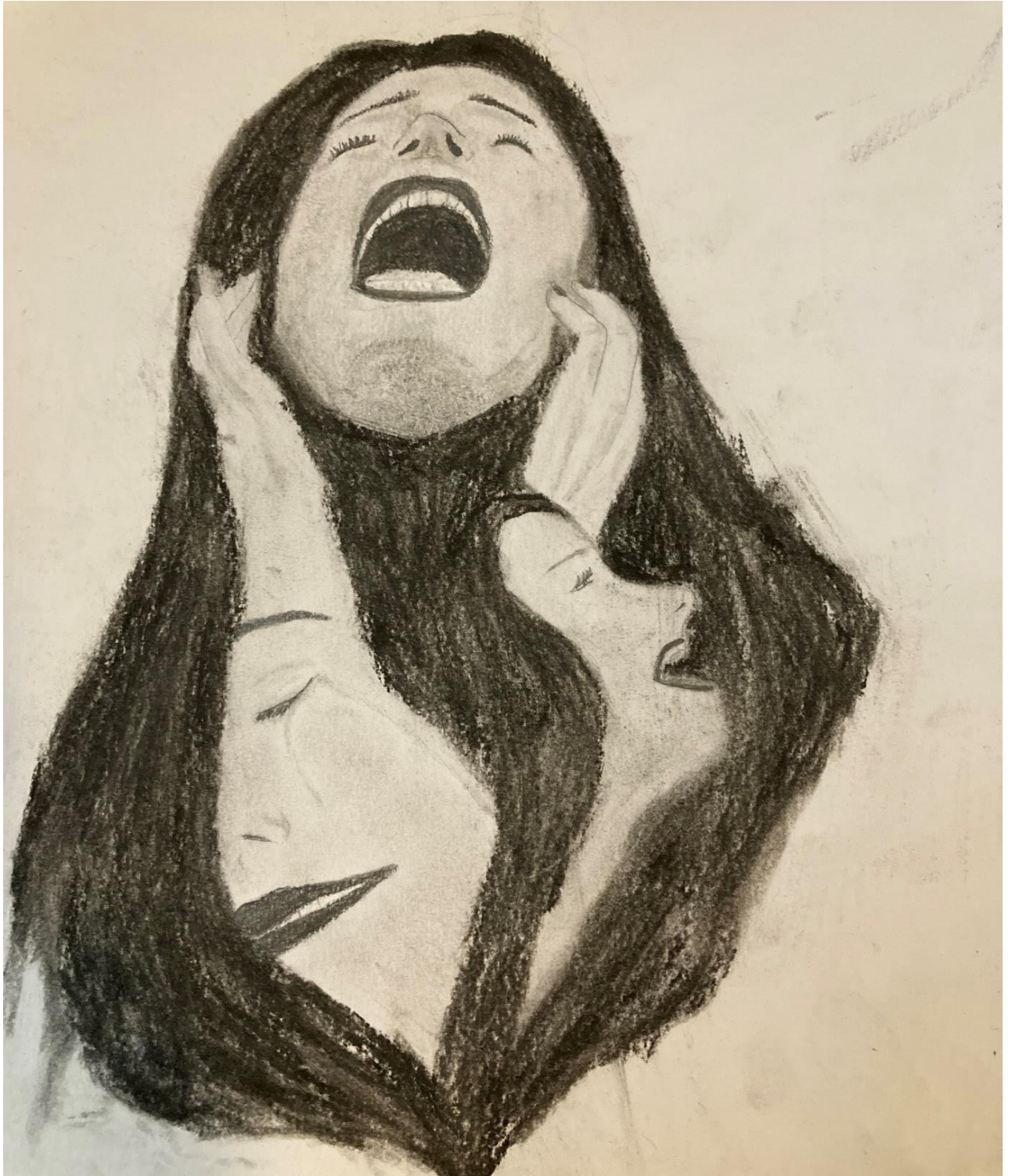


Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

Sandnes 11. Mai. 2021

Kandidat nr: 3051



Tegnet av N.N.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Formål med oppgaven og presentasjon av problemstilling	6
1.3	Begrepsavklaringer	7
1.4	Egen forforståelse	8
1.5	Oppgavens struktur.....	9
2	Bakgrunn	10
2.1	Psykisk helsevernlov	10
2.2	Bakgrunn for lovendringen.....	10
3	Teoretisk referanseramme	12
3.1	Samtykkekompetanse	12
3.1.1	Informert samtykke	12
3.1.2	Samtykkekompetanse.....	13
3.1.3	Vurdering av samtykkekompetanse	13
3.2	Selvbestemmelse	15
3.3	Etikk.....	16
3.3.1	De fire prinsippers etikk.....	17
3.3.2	Profesjonsetikk	18
4	Metode.....	20
4.1	Valg av metode	20
4.2	Rekruttering og valg av deltagere.....	21
4.3	Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	22
4.4	Transkribering	23
4.5	Analysemetode	23
4.6	Etisk refleksjon/retningslinjer.....	24
4.7	Kildekritikk og litteratursøk	26
5	Presentasjon av funn og drøfting.....	27
5.1	Deltagernes vurdering av samtykkekompetanse	27
5.1.1	Vurdering av samtykkekompetanse	29
5.1.2	Konklusjon	32
5.2	Selvbestemmelsens påvirkning av primærhelsetjenesten.....	32
5.2.1	Selvbestemmelsens påvirkning	34

5.2.2	Konklusjon	36
5.3	Etiske dilemma i lys av samtykkekompetanse og selvbestemmelse	36
5.3.1	Konklusjon	39
6	Avslutning	40
Kilder	41
Vedlegg	
Vedlegg 1 – Intervjuguide	
Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	

Antall ord i oppgavebesvarelsen: 13193

1 Innledning

På bakgrunn av at verdens helseorganisasjon anbefaler at psykisk helsearbeid skal foregå på kommunenivå eller nærliggende DPS (Distrikts psykiatrisk senter), har Norge de siste 25 årene bygget ned de store behandlingssentrene. Prosessen fra å tenke at personer med psykiske lidelser skal skjermes fra - til at de skal integreres i samfunnet - har vært lang. Norske helsemyndigheter sammenligner de psykiske helsetjenestene i landet med andre land og sjekker at de er i tråd med menneskerettighetene. Sammenligningen er viktig for å lære av hverandre og se effekten av arbeidet man gjør innenfor fagfeltet (Helsedirektoratet, 2015-a, s. 7). Både i Norge og internasjonalt har menneskerettighetene og den økte satsningen på psykisk helse ført til utvikling av nye lover og styrkede rettigheter for denne brukergruppen. På bakgrunn av dette er en av Norges målsettinger å få lokalbaserte tjenester med fokus på forebygging, tidlig intervensjon og et helhetlig tjenestetilbud. Som et ledd i denne målsettingen har staten satt i verk ulike reformer. Reformene har påvirket tilbudet og organiseringen av psykiske helsetjenester i Norge, og kommunene har fått en sentral rolle i oppfølging og forebygging av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015-a, s. 9). St. melding nr. 47 (2008-2009, s. 26) peker også på at helse- og omsorgsoppgavene vil ligge i grenselandet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester og ønske om lokal faglig kompetanse til å løse oppgavene er ønskelig.

1. september 2017 kom en ny lov innen psykisk helsevernloven, § 3-3. Formålet med loven er å gi mennesker med psykiske lidelser mer selvbestemmelse og at bruken av tvang skal reduseres. For å oppnå selvbestemmelse står brukermedvirkning sentralt og skal være aktive deltagere i planlegging av tjenester som de blir tilbudt (Pedersen et al. s. 91). Som vilkår for å kunne behandle noen med tvang er nå mangel på samtykkekompetanse blitt ett av dem. En konsekvens er at personer med psykiske lidelser har rett til å nekte helsehjelp dersom man er samtykkekompetent (Syse, 2018, s. 5). Om dette fører til redusert bruk av tvang skal vi se nærmere på. I tillegg kan personen i et behandlingsforløp velge å avslutte behandlingen dersom hen har gjenvunnet samtykkekompetansen selv om man kan belyse at det nettopp er behandlingen som gjør den bedre (Syse, 2018, s. 7). Det er kun tilbud fra spesialisthelsetjenesten som reguleres av loven. Kommunens helsetjenester er i utgangspunktet ikke underlagt psykisk helsevernloven med mindre et poliklinisk tilbud er

aktivisert (Syse, 2018. s. 5). Vi skal se om den økte selvbestemmelsen er reell eller bare utsetter innleggelse.

Brukerne som blir omtalt i denne oppgaven går inn under kategorien alvorlig psykisk lidelse, enten alene eller i kombinasjon med rus. Sykdomsforløpet er som regel langvarig og uforutsigbart med en kombinasjon av å bo hjemme og innleggelser i spesialisthelsetjenesten (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 2). I arbeidet med denne typen brukere stilles store krav til samarbeid både innad i kommunene og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. I kommunen har brukeren større grad av selvbestemmelse enn om personen er innlagt i spesialisthelsetjenesten som oftere kan bruke tvang (Pedersen & Aarre, 2017, s. 164). Vi skal se om økt fokus på brukers rettigheter bringer frem etiske dilemma i forholdet mellom helsetjenestenes samfunnsoppdrag, brukers rett til selvbestemmelse og samfunnsvernet og om mangel på samtykkekompetanse og økt selvbestemmelse fører til mindre tvang for bruker.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksisperioden min, arbeidet jeg tett på mennesker med alvorlige psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser, schizofreni og psykose lidelser som bodde i egen bolig i en kommune. Det slo meg at det ikke er så mange år siden denne brukergruppen var innlagt på institusjoner uten mulighet for å bestemme over eget liv. Vi trengte i liten grad å forholde oss til mennesker som hadde en psykiske lidelse. Dette har nok bidratt til at min kunnskap innenfor dette fagfeltet var relativt begrenset og gjorde meg nysgjerrig på hva psykiske helse innebærer. I praksis-arbeidet opplevde jeg at brukers rett til selvbestemmelse ofte ble til et etisk dilemma over personalets ønske om å gi forsvarlig helsehjelp og plikten til å verne om samfunnet, noe jeg fant svært fascinerende og ønsket å lære mer om.

1.2 Formål med oppgaven og presentasjon av problemstilling

For å utvide kompetansen innenfor psykisk helse og få en dypere innsikt i fagfeltet har jeg valgt å se nærmere på hvordan endringen i psykisk helsevernloven - med fokus på manglende samtykkekompetanse og økt selvbestemmelse - påvirker arbeidet til primærhelsetjenesten.

Formålet med oppgaven er å se hvordan man kan jobbe sosialfaglig i møte med endringen i psykisk helsevernloven for å sikre etisk forsvarlighet og om lovens formål blir oppnådd. Dette finner jeg relevant for alle som driver med psykisk helsearbeid, og stadig mer av dette arbeidet foregår på kommunenivå. En stor del av arbeidet er å forholde seg til lover og forskrifter, dette gjelder ikke bare de som er faglig ansvarlig, men også miljøterapeutene som jobber tett på brukerne. Ved å se på bakgrunnen for lovendringen kan man muligens få en større forståelse for hvordan man skal forholde seg til den og hvorfor Norge legger ytterligere press på brukers rettigheter og redusert bruk av tvang. Min problemstilling blir derfor som følger;

«Får primærhelsetjenesten etiske utfordringer ved at mangel på samtykkekompetanse er blitt et vilkår i psykisk helsevernloven, og oppnår man intensjonen om redusert bruk av tvang og økt selvbestemmelse?»

1.3 Begrepsavklaringer

Samtykkekompetanse innen helsefag. Vurdering av samtykkekompetanse handler om å finne ut om bruker på en meningsfull måte er i stand til å ta en beslutning. I ordets form kan man tro at det kun gjelder når man samtykker til behandling, men det er like mye valget om å takke nei (Lauveng, 2017, s. 8). En del plasser omtaler man samtykkekompetanse som beslutningskompetanse, som i NOU 2011:9 (2011), men siden det er samtykkekompetanse som brukes i loven er det det som vil bli brukt i oppgaven.

Psykisk helse. Det finnes mange ulike definisjoner på psykisk helse, Verdens helseorganisasjon definerer det som:

«Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community» (World Health Organization, 2014, s. 1).

Psykisk helse kan forstås som hvordan en person til enhver tid har det, hvordan man trives i samfunnet. I denne oppgaven er psykisk helse en betegnelse på dem som har en psykisk lidelse og som før ble omtalt som psykiatri. Endringen fra psykiatri til psykisk helse kom i

opptrappingsplanen hvor målet var å endre fokus fra sykdom til helse og mestring i lokalmiljøet (Andersen, 2018).

Psykisk helsevern. Det har vært en endring i bruken av begrepet psykisk helsevern. Før endringen i psykisk helsevernlov i 2001 ble begrepet brukt om de totale tjenestene en person med psykiske lidelser mottok i samfunnet. Etter opptrappingsplanen er psykisk helsevern blitt en betegnelse for spesialist helsetjenesten, mens de tjenestene som gis lokalt på kommunenivå kalles psykisk helsearbeid (Andersen & Braut, 2021). I denne oppgaven vil derfor den riktige benevnelsen på det arbeidet som utføres i kommunen være psykisk helsearbeid.

Tvang. «Tvang er i helse- og omsorgstjenesten å gjøre tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som så inngripende at en person normalt ville ha motsatt seg det. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden regnes ikke som tvang». (Ursin, 2020b). Man kan skille mellom formell, uformell og opplevd tvang. Formel tvang fattes gjennom juridiske vedtak, mens uformell tvang er det ikke fattet vedtak om da denne bygger på frivillighet. Opplevd tvang bygger på at den personen det gjelder opplever å ha bli tvunget til å motta helse hjelp (Husum et al. 2017, s. 191–196).

Bruker. Det er omdiskutert hva man skal kalle den som bruker tjenestene til kommunens helsetjenester. Jeg velger i denne oppgaven å bruke begrepet «bruker» da det omfatter alle de som får hjelp ut fra helse- og omsorgstjenesteloven (Bahus, 2018).

1.4 Egen forforståelse

For å være bevisst min egen forforståelse og kunne holde et åpent sinn skrev jeg ned min forforståelse i forkant av intervjuene. Jeg skrev ned de erfaringene jeg hadde fra min praksis innenfor tema. Jeg opplevde blant annet at en bruker ble alvorlig syk, men ikke ønsket hjelp. Dette førte til at personalet brukte mye ressurser på å følge med på utviklingen og rådføre seg med spesialisthelsetjenesten. Utfallet av saken var at bruker ble lagt inn på tvang på grunnlag av at hen utgjorde en fare for samfunnet. Slike erfaringer kan ha bidratt til at jeg hadde en forventning til utfallet av undersøkelsen. Men samtidig gjorde det meg bevisst på at jeg skulle holde et åpent sinn og være mottakelig for at sluttproduktet ikke ville bli som forventet da det jeg opplevde kunne være enkeltstående tilfeller og ikke gjelder på landsbasis.

1.5 Oppgavens struktur

Kapittel 2 tar for seg bakgrunnen for at mangel på samtykkekompetanse kom inn som et vilkår i psykisk helsevernlov. Den teoretiske delen blir presentert i kapittel 3. I kapittel 4 beskriver jeg valg av metode, hvordan jeg fant deltagere til oppgaven, forberedelsene og gjennomføringen av intervjuene samt hvordan jeg behandlet den informasjonen jeg fikk inn. Jeg skriver også litt om kildekritikk og litteratursøkene i tillegg til etisk refleksjon/retningslinjer. I kapittel 5 presenterer mine funn og drøfter disse opp mot relevant litteratur. Til slutt samler jeg alle trådene med en avslutning i kapittel 6.

2 Bakgrunn

For å kunne forstå hensikten bak endringen av psykisk helsevernloven med formål om redusert bruk av tvang og økte rettigheter vier jeg litt plass til å tydeliggjøre dette. Målet er at leseren lettere skal forstå hvordan denne lovendringen, som egentlig gjelder for spesialisthelsetjenesten som har mulighet for i større grad å bruke tvang, likevel påvirker psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten.

2.1 Psykisk helsevernloven

Mange av de som mottar psykiske helsetjenester fra kommunen har opplevd en eller annen form for tvang. Bruk av tvang er et svært inngripende tiltak i en persons liv, det kan føles som en krenkelse på personens frihet og selvråderetten blir satt til side. Det er derfor vesentlig at man forsøker å få et samtykke til behandling før tvang vurderes (Lauveng, 2020, s. 297). Det psykiske helsevernet i Norge reguleres av Psykisk helsevernloven. Formålet med loven er blant annet at: «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet», jf. psykisk helsevernloven § 1-1 andre ledd (psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

For all behandling skal minste inngripen, etikk, forsvarlighet og formål stå i stil til hverandre. Før lovendringen var behovet for behandling på grunnlag av svekket helse nok til at man kunne ta i bruk tvang på brukergruppen denne oppgaven i hovedsak omhandler. Nå kan brukerne velge å takke nei til helsehjelp så lenge de er samtykkekompetente (Syse, 2018, s. 5). For å kunne utøve tvang må personen være en fare for sitt eget liv eller en fare for andres liv eller helse. Dette kan sees på som en dreining mot å likestille psykiske lidelser med somatiske lidelser.

2.2 Bakgrunn for lovendringen

Den politiske plattformen fra 2009-2013 innså at dersom man skulle oppnå målet om å redusere bruken av tvang, og styrke brukerens rettigheter krevdes det noe mer enn en

opptrappingsplan for å kunne gjennomføre dette (Sjølle & Haugland, 2017, s. 1). Man satte søkelys på behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven som sier at man kan bli tvangsbehandlet dersom behandlingen vil føre til vesentlig forbedring eller at unnlatelse av behandling fører til at man får helsen vesentlig forverret i nær fremtid. Helsedirektoratet nedsatte et utvalg - Paulsrud utvalget - som skulle gi en vurdering av det psykiske helsevernet i Norge (NOU 2011:9, 2011, s. 15). Utvalget kom ikke med noen konklusjoner, men anbefalte at det ble opprettet et nytt lovutvalg som kunne se nærmere på lovverket i Norge og sørge for at det samsvarte med menneskerettighetene.

Rapporten som ble utarbeidet av lovutvalget foreslo at for å nå målet om å styrke bruker- og rettighetsprinsippet, bør fravær av samtykkekompetanse være et av vilkårene for at bruk av tvang skal kunne gjennomføres. I tillegg ønsket man skjerpede krav til begrunnelsen for tvangsvedtak (NOU 2011:9, 2011, s. 12). Utvalget foreslo at det kun er i situasjoner hvor det er fare for eget liv eller fare for andres liv eller helse at tvang er et alternativ (NOU 2011:9, 2011, s. 18). Behovet for helsehjelp ble tatt bort. Resultatet var at stortinget enstemmig stilte seg bak de viktige endringene i lovens prinsipper i Prop. 147 L (2015-2016) (Syse, 2018, s. 3).

Etter anbefalingene til Paulsrud utvalget er det nå vanskelig å bruke tvang på grunnlag av at personen trenger helsehjelp. En konsekvens av at man tar bort et vilkår er at man hyppigere bruker det vilkåret som da er igjen - tvang på grunnlag av fare momentet. Siden farevilkåret ikke har vært hyppig brukt tidligere er man usikre på hvor mange som faktisk oppfyller vilkåret og hvordan dette vil utvikle seg (NOU 2011:9, 2011, s. 180). Man mener at de med sterke psykiske lidelser muligens ikke vil merke store forskjeller på grunn av disse endringene, men at de med mildere symptomer som er samtykkekompetente vil føle en større grad av selvbestemmelse (NOU 2011:9, 2011, s. 218).

3 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for samtykkekompetanse, selvbestemmelse og etikk. Temaene er valgt å bakgrunn av at de kan belyse problemstillingen og hvordan man må arbeide sosialfaglig i møte med psykisk helse.

Skillet mellom samtykkekompetanse og selvbestemmelse kan være litt diffust.

Samtykkekompetanse er i hovedsak om bruker er i stand til å forstå sin egen situasjon og ta gode valg for seg selv. Dersom man er samtykkekompetent utløser det en rett til selvbestemmelse, er man ikke samtykkekompetent mister man denne retten. Selvbestemmelse og samtykkekompetanse går derfor litt som hånd i hanske.

3.1 Samtykkekompetanse

For å kunne svare på om mangel på samtykkekompetanse som vilkår gir etiske utfordringer til primærhelsetjenesten og fører til mindre tvang er det nødvendig å vite hva samtykkekompetanse innebærer, hvilke krav som stilles i vurderingen, og hvem avgjør om en bruker er samtykkekompetent eller ikke.

3.1.1 Informert samtykke

Etter endringen i 2017 i psykisk helsevernloven kan tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon, tvungen undersøkelse og tvungen behandling ikke skje dersom pasienten har samtykkekompetanse. Alle over 16 år er automatisk samtykkekompetente og terskelen for å miste den er høy (Lauveng, 2020, s. 302). En hovedregel for all helsehjelp er at det skal skje på grunnlag av et informert samtykke. Det er ikke slik at bruker kan kreve hva som helst på grunn av at man har selvbestemmelse, men man kan velge å takke ja eller nei til den behandlingen man blir tilbudt. Både juridisk og etisk hevder man at det er tre faktorer som må finne sted for at det skal være et gyldig samtykke, det er tilstrekkelig informasjon, frivillighet og samtykkekompetanse. Disse tre danner grunnlaget for selvbestemmelse (Pedersen & Aarre, 2017, s. 154).

Det kan være utfordrende å få et reelt samtykke. Etiske verdier kan føre til at man holder tilbake informasjon. Dersom man mener den beste helsehjelpen er at en bruker trenger

medisiner kan det være fristende å ikke fortelle om eventuelle bivirkninger. Om en bruker ikke ønsker behandling, men det ender med tvang kan det også være i konflikt med reelt samtykke (Pedersen & Aarre, 2017, s. 155).

3.1.2 Samtykkekompetanse

At en person er samtykkekompetent vil si at det er i stand til å ta en meningsfull beslutning for seg selv. I følge psykisk helsevernloven § 3-3 punkt 2 skal samtykkekompetansen vurderes av to uavhengige leger etter at frivillighet er prøvd (psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3). Dersom man mener bruker ikke forstår situasjonen hen er i skal det være «åpenbart» at bruker ikke er samtykkekompetent. Dersom man er i tvil er bruker samtykkekompetent, tvilen skal komme hen til gode. En diagnose tar ikke automatisk fra en person samtykkekompetansen. Samtykkekompetanse kan variere over tid slik at for eks. en med psykose kan miste samtykkekompetansen, men gjenvinne den på et senere tidspunkt (Lauveng, 2020, s. 302).

Ved vurdering av om en person er samtykkekompetent er det som regel fire kriterier som vurderes. Det første er om bruker er i stand til å *forstå relevant informasjon* om egen helse, om hen forstår situasjonen og den helsehjelp som tilbys. Man trenger ikke være enig, men skal kunne forklare hvorfor man tenker som en gjør. Det andre kriteriet er at bruker forstår at det finnes ulike *behandlingsalternativ* og hva disse innebærer. Tredje kriteriet er at bruker må forstå *konsekvensene* av de ulike behandlingene og valget hen foretar seg. Siste kriteriet er at bruker må kunne *uttrykke et valg*. Det trenger ikke være muntlig, det kan være kroppsspråk, tegn, skrift eller andre former som tydeliggjør hva bruker mener og viser forståelse for situasjonen (Lauveng, 2017, s. 202–203). Informasjonen skal tilpasses brukers nivå, være nøytral og man skal ikke prøve å overtale. Det kan være en hårfin balanse mellom det man mener er brukers beste til å prøve overtalelse til behandling (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 156).

3.1.3 Vurdering av samtykkekompetanse

Man bør ha som utgangspunkt at man får til et samarbeid, uavhengig av om bruker er samtykkekompetent eller ikke. De som jobber innenfor helsearbeid har et ansvar for at de som er samtykkekompetente får bestemme selv, og at de som mangler samtykkekompetanse hindres i å ta dårlige valg for seg selv (Pedersen & Aarre, 2017, s. 160). I Paulsrud utvalget

påpekte man at vurderingen av om en person var samtykkekompetent skulle gjøres på en forsvarlig måte, hovedsakelig gjennom tverrfaglige diskusjoner, bruk av skjønn og helhetsvurderinger (NOU 2011:9, 2011, s. 217).

Det kan være utfordrende å vurdere om en person er samtykkekompetent eller ikke og det finnes ulike verktøy som kan tas i bruk. Den ene er MacCAT-T som er utviklet av Grisso og Appelbaum i 1998 for å vurdere samtykkekompetanse. Et annet verktøy er ACE, en forenklet versjon av MacCAT-T som kun tar 5-10 minutter og gjennomføre (Helsedirektoratet, 2015-b). Vurderingene vil alltid inneholde en grad av skjønn og gir ingen fasit, men gir forslag til spørsmål en kan stille for å undersøke om bruker er samtykkekompetent (Pedersen & Aarre, 2017, s. 157). Helsedirektoratet har utviklet noen eksempler på spørsmål man kan stille for å finne ut om bruker forstår sin egen helse situasjon og den hjelpen hen tilbys, for eks:

- Hva tenker du om din situasjon/tilstand?
- Hvilke muligheter finnes i din situasjon/for din tilstand?
- Hva tenker du om nytten av behandling og sannsynligheten for at behandlingen vil hjelpe deg?
- Hva er risiko ved behandlingen og hva er sannsynligheten for at du kan få bivirkninger eller ikke oppnå ønsket resultat?
- Hva tror du vil skje med deg dersom ingenting blir gjort? (Helsedirektoratet (2015-b).

Før man tar i bruk verktøyene og stiller slike spørsmål er det en forutsetning at man har etablert kontakt med bruker, og at hen har fått den informasjonen man mener er vesentlig for at hen skal kunne forstå sin egen situasjon. At en bruker ikke føler seg syk er ikke likestilt med at hen mangler samtykkekompetanse innen psykisk helse. Helsepersonell må i sitt valg av behandlingsmodell være bevisst på makten eller maktubalansen som finnes mellom personal og bruker. Man skal ta hensyn til hva som er viktig og mindre viktig for bruker uavhengig av hva en selv synes er den beste behandlingsmodellen (Lauveng, 2020, s. 40). Helsedirektoratet peker på en del misforståelser knyttet til vurderinger om en bruker er samtykkekompetent:

- Pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse
- Pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse
- Når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger om helsehjelp
- Mangel på samtykkekompetanse er permanent
- Alle som er psykotiske/har diagnosen schizofreni mangler samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2015-b).

3.2 Selvbestemmelse

At brukere med alvorlige psykiske lidelser har fått økte rettigheter til å bestemme over seg selv og hen kan takke nei til den helsehjelpen som blir tilbudt dersom hen er samtykkekompetent kan muligens få konsekvenser for det psykiske helsearbeidet. Personalet må muligens endre sin arbeidshverdag i takt med brukers helsetilstand for å sikre forsvarlige tjenester og man kan anta at det byr på etiske utfordringer som for eksempel ønske om forsvarlig helsehjelp opp mot brukers rett til selvbestemmelse. For å finne ut om dette er tilfelle kan det være nyttig å se litt nærmere på hva selvbestemmelse betyr.

Selvbestemmelse betyr at man har mulighet til å ta valg over egen helse og eget liv uten innblanding fra andre (Bahus, 2020). Selvbestemmelse kan også betegnes som autonomi - når en person tar egne valg og valget er basert på personens egne ønsker (Sagdahl, 2019). I boken til Bøe og Thomassen (2007, s. 52). bruker man ordet frihet om selvbestemmelse, dette har de hentet fra dikteren Dostojevskij. Frihet bygger på kristen-humanistisk historie og er den gamle ordlyden av selvbestemmelse og autonomi.

Frihet er en grunnleggende verdi for mennesket, men for noen mennesker er denne verdien truet. I psykisk helse blir friheten til brukerne truet ved at den kan påføre brukeren smerte og lidelse eller hindrer brukers sikkerhet. De som jobber med psykisk helse utfordrer friheten til brukerne ved at man ønsker å verne de mot smerte og ulykke. Det fornuftige og rasjonelle kan sette friheten til side (Bøe & Thomassen, 2007, s. 52).

Noen ganger kan man se at brukere er ambivalent i forhold til sin frihet. På den ene siden er det godt at noen bryr seg og tar vare på en, og på den andre siden ønsker man å bevare sin frihet. Det å ha frihet kan være krevende og oppleves som en byrde, da kan det være godt at noen tar et valg på ens vegne (Bøe & Thomassen, 2007, s. 53).

De som jobber innen psykisk helse har et ønske om å hjelpe andre mennesker. Ofte har man verdier som barmhjertighet, omsorg og ivaretagelse. I noen tilfeller kan omsorgen for andre bli til hinder for personens frihet. Man kan anta at det ut fra barmhjertighet blir begått overgrep på personers rett til selvbestemmelse. Man griper inn i personens liv ut fra den hjelpen man selv synes brukeren trenger. Bruker ønsker muligens ikke den hjelpen, eller hen

ønsker en annen type hjelp. Man må da tre et skritt tilbake og se hva som er riktig i forhold til akkurat dette mennesket, stille etiske spørsmål. Et spørsmål kan være om man i ønske om å hjelpe andre for ofte griper inn i andres liv, og dermed krenker friheten som skal ha forrang. Det er ikke slik at friheten aldri skal utfordres, men det skal gjøres med ytterste varsomhet (Bøe & Thomassen, 2007, s. 54).

Man skal også være oppmerksom på at en overfokusering på frihet, selvbestemmelse og autonomi kan føre til at man lar den enkelte bli overlatt til seg selv. Brukers mulighet til å velge frihet kan føre til at man blir stående på sidelinjen å se på at hen ikke har det godt. Økt selvbestemmelse kan føre til at det blir legitimt å ikke gripe inn i situasjoner der det kan argumenteres for at hjelp er nødvendig (Bøe & Thomassen, 2007, s. 55–56).

3.3 Etikk

Selvbestemmelse og samtykkekompetanse kan som vi har sett by på etiske utfordringer for de som skal gi helsehjelp til brukerne. Jeg lurer på om endringen i psykisk helsevernloven fører til nye etiske utfordringer for primærhelsetjenesten. For å forstå hvordan etiske dilemma oppstår og hvordan man som sosionom kan gjøre en god sosialfaglig jobb, basert på etiske verdier og hensyn, skal vi se på den delen av etikken som kan bli en utfordring i forhold til samtykkekompetanse, selvbestemmelse og vårt samfunnsoppdrag.

I møtet med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser er det grunnleggende at man har tenkt gjennom egne verdier. Etikk er hvordan man systematisk reflekterer over moralen som er de holdningene, verdiene og reglene som betegner hva som er rett og galt. Et etisk dilemma er når det oppstår konflikt mellom ulike verdier eller normer, og man må veie ulike hensyn opp mot hverandre. Den ene løsningen er ikke nødvendigvis bedre enn den andre, og ingen er utelukkende gode. Dette kan oppstå mellom bruker og behandler i spørsmål om hen trenger helsehjelp eller ikke (Magelsen & Pedersen, 2017, s. 20–21). Når man er usikker i en situasjon kan en etisk analyse hjelpe oss til å finne fordeler og ulemper ved de ulike alternativene slik at man bedre forstår det etiske dilemmaet (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 21). I denne prosessen er det vesentlig at man stiller gode etiske spørsmål. Et etisk spørsmål er forbundet med at man er usikker på hvordan en sak skal løses og trenger hjelp fra andre til å finne svaret. Et spørsmål kan være: Bør jeg be bruker om å ta medisinene, selv om hen ikke

ønsker det og føler seg frisk? (Gjerberg et al. 2017, s. 327). I følge det yrkesetiske grunnlagsdokument har leder ansvar for at det legges til rette for etiske refleksjoner på arbeidsplassen (Fellesorganisasjonen, FO, 2015). Ulike studier viser at det kan være et behov for å styrke de ansattes etiske kompetanse. Etiske utfordringer er vanlig innen psykisk helse og det kan være vanskelig å avgjøre hva som er rett og galt i en gitt situasjon. Da er det vesentlig at det settes av tid til etisk refleksjon slik at man lærer av situasjonen (Gjerberg et al. 2017, s. 321). Det finnes mange ulike etiske teorier som pliktetikk, dydsetikk og konsekvensetikk. I denne oppgaven ser jeg kun nærmere på de fire prinsippers etikk og profesjonsetikken, da disse sier en del om hva som er viktig å huske på i relasjon mellom bruker og helse-personell når avgjørelser skal tas.

3.3.1 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk består av å gjøre godt, å respektere selvbestemmelse, å ikke skade og være rettferdig. Disse prinsippene er hentet fra boken til Tom Beauchamp og James Childress i boken *Principles of Biomedical Ethics*. Forfatterne av boken tar utgangspunkt i de fire etiske prinsippene de mener er mest sentrale innenfor helseetikken (Ursin, 2020a). Prinsippene er ment til å være veiledende og fremme menneskers gode liv, men kan også komme i konflikt med hverandre. For eksempel konflikten mellom å respektere brukers rett til å bestemme over egen helse, og personalets ønske om å gi nødvendig helsehjelp. De fire prinsippene er:

Å gjøre godt kan sees som en motsetning til å påføre noen skade. For helsepersonell er det en særlig forpliktelse å se til at man ikke påfører noen smerte, skade, lidelse eller fornærmelse. Målet er å forbedre brukers helse og velferd gjennom omsorg, lindring og forebygging.

Å respektere selvbestemmelse er å anerkjenne brukers autonomi. Retten til å bestemme over eget liv og egen helse er en forutsetning for å kunne ta ansvar for eget liv. Som helsepersonell er brukervedvirkning og pasientautonomi en sentral del av arbeidet. For at bruker skal være i stand til å ta valg er det vesentlig at man gir nok informasjon på en tydelig måte slik at hen forstår hvilke muligheter hen har. I følge Bøe og Thomassen (2013, s 124) bør alt psykisk helsearbeid ha brukervedvirkning som et kjerneelement. Paulsrud utvalget (NOU 2011:9, 2011, s. 138) hevder at det er respekten for brukers autonomi og velgjørenhet som man ofte vurderer opp mot hverandre, særlig i bruken av tvang.

Å ikke skade er å ikke påføre andre smerte, ta andres liv og andre handlinger som er etisk uakseptable. Det gir indikasjoner på hva man ikke skal gjøre, men sier ikke noe om hva man

skal gjøre. Dersom intensjonen bak handlingen er god kan den til en viss grad aksepteres. For eksempel at man tvangsinnlegger en som mangler samtykkekompetanse og er til fare for seg selv eller andre.

Å være rettferdig kan knyttes opp mot det formale likhetsprinsippet, like tilfeller skal behandles likt. Det skal ikke gjøres forskjell på om man er fattig eller rik, hudfarge, etnisitet osv. Behandlingen skal skje på grunnlag av hvilke helsehjelp man trenger. Likebehandlingsprinsippet skal føre til rettferdige prioriteringer innen helsevesenet.

Å respektere selvbestemmelse kan bli et etisk dilemma når man ser at bruker påføres smerte eller ikke får den omsorgen hen trenger for å ha et godt liv. Det kan være vanskelig å ikke ha hjemmel til å gripe inn når brukere som har det svært vanskelig og trenger hjelp ikke selv ønsker det (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 39). Noen ganger kan disse viktige verdiene også komme i konflikt med det samfunnsoppdraget man er satt til å gjøre.

3.3.2 Profesjonsetikk

I tillegg til å vite hvordan etiske verdier kan komme i konflikt med hverandre er det viktig å se at de ulike oppdragene en har som sosionom kan komme i konflikt med hverandre. I motsetning til de fire prinsippers etikk som er generell sier profesjonsetikken noe om hvordan man skal se på utfordringene som kan oppstå mellom krav fra bruker, samfunn, arbeidsgiver og sosionomens samfunnsoppdrag. Profesjonsetikken er ifølge Magelsen og Pedersen (2017, s. 31) inspirert av forskjellige etiske teorier og erfaringene man har fra praksis. Det viktigste formålet med denne typen etikk er at den skal fremme profesjonens formål. Det er også ulike normer og dyder som profesjonen må forholde seg til, og de kan hjelpe oss i etiske dilemma. Profesjonsetikken kan sees som et spenningsfelt mellom å utføre et samfunnsoppdrag og det å beskytte brukerens interesser. Kravet fra samfunnet om at det oppdraget man er satt til blir levert opp mot å ivareta brukeren på en god måte kan skape en interessekonflikt. Som sosionom blir det viktig å være kritisk og sørge for at man ikke utnytter makten i skjønnsutøvelsen. Man skal ta i betraktning både at man skal gjøre en jobb for samfunnet, forvalte ressursene på en god og rettferdig måte, samtidig som man må ta hensyn til de individuelle behovene brukerne har (Oterholm, 2015, s. 175). De etiske retningslinjene til FO underbygger dette. Her heter det blant annet at man som sosialarbeider skal reflektere over moralske utfordringer, normer og verdier man har. De valgene man tar må kunne begrunnes

på en saklig måte og det er profesjonsutøveren som er ansvarlig for de handlingene og valgene som blir gjort (Fellesorganisasjonen, FO, 2015, s. 4). Videre står det at man skal styrke muligheten til hver enkelt til å leve et selvstendig liv i tråd med egne verdier ut fra de forutsetninger man har.

4 Metode

For å finne svar på problemstillingen må jeg innhente opplysninger. Måten jeg tilegner meg kunnskap på kalles metode, det er verktøyet jeg bruker for å finne relevant informasjon som kan belyse et tema. Man skiller mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode, hvilke jeg benytter meg av avhenger av hva jeg skal undersøke. For begge metodene er det viktig å vise til hvor jeg innhentet informasjonen og at det kan etterprøves (Dalland, 2012, s. 118). Da jeg trenger svar på følelser, opplevelser og en dypere forståelse av et fenomen bruker jeg kvalitativ metode. Jeg får ikke fastlåste svar, men fleksibilitet med fokus på det særegne i situasjonen (Dalland, 2012, s. 112). Jeg skal finne ut hvordan mennesker opplever en situasjon, dermed blir samtale et viktig redskap både for å forstå andre mennesker og skjønne hva det innebærer for dem (Postholm, 2010, s. 68). Det er derfor naturlig for denne oppgaven å bruke kvalitativ metode som verktøy.

Kvalitative metoder bygger på hermeneutikk og fenomenologi. Disse kan sees i en sammenheng, men er også sentrale hver for seg. Fenomenologi er det man oppfatter med sansene våre, man prøver å finne ut hvordan noe konkret oppleves for hen det gjelder. Man ønsker å forstå hva andre tenker og føler (Dalland, 2012, s. 57). Det kan være hvordan brukere opplever sin situasjon og sin sykdom. I fenomenologi blir folks kunnskap betraktet som gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s. 116). Hermeneutikken forsøker å finne mening i noe som er uklart. Det kan være vanskelig å sjekke om man har tolket noe riktig. Det er derfor viktig at man i en tolkning varierer mellom deler og helhet for å få en ny forståelse av det man har tolket. Dette kalles ofte den hermeneutiske sirkel eller spiral (Dalland, 2012, s. 58). I prosessen med å tolke og forstå andres tanker og følelser er det viktig at jeg er bevisst min egen forforståelse.

4.1 Valg av metode

Det finnes ulike former for kvalitative metoder, individuelle intervju, gruppe intervju, observasjon og litteratur søk (Postholm, 2010, s. 69). For å finne svar på erfaringene og opplevelsene i primærhelsetjenesten ble det naturlig å spørre de som har kunnskap og erfaring innenfor det jeg lurer på. Individuelle intervju ble et naturlig valg for meg i denne oppgaven da jeg ikke er ute etter deres felles forståelse, men hvordan de har opplever situasjoner

individuell. «Intervju er en samtale, der en part innhenter informasjon fra en annen part» (Orgeret, 2019). Et intervju kan være strukturert, ustrukturert, semistrukturert eller foretas i grupper (Postholm, 2010, s. 69–72). Intensjonen for mine intervju var å få kunnskap utover det jeg allerede visste, derfor valgte jeg individuelle semistrukturerte intervju.

Jeg brukte semistrukturerte intervju som var halvplanlagt, da det er en friere samtale hvor kun noen spørsmål er laget på forhånd for å sikre meg svar på problemstillingen (Postholm, 2010, s. 72). På denne måten kunne jeg få informasjon jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd og få en dypere forståelse av fenomenet jeg studerte (Postholm, 2010, s. 74). Spørsmålene som ble stilt bygget på den problemstillingen og den teorien jeg hadde på det tidspunktet.

Problemstillingen har blitt endret underveis i oppgaven etter som jeg har fått dypere innsikt i tema. Etter hvert spørsmål fløt samtalen litt fritt og det kom gjerne små oppfølgingsspørsmål for å få en bedre forståelse av hva deltakeren mente. Fordelen med å spørre fagfolk er at de kan belyse problemstillingen på en annen måte enn litteratur i form av sine egne erfaringer (Dalland, 2012, s. 164).

Den som intervjuer og deltageren er sammen om å produsere kunnskap, og spørsmålene jeg stilte var sentrale for hvilke svar jeg fikk. Tolkningen av svarene har betydning for resultatet og vil være avgjørende for om jeg kan stole på det jeg har kommet frem til (Dalland, 2012, s. 151). Refleksjon rundt egen forforståelse ble vesentlig for å ikke dreie svarene dit jeg ville. I følge Kvale et al. (2009/2015, s. 84) blir kvaliteten på intervjuet påvirket av ferdighetene og kunnskapene jeg har om tema i forkant. For å sikre meg kunnskap i forkant valgte jeg å lese meg opp, se på forarbeidene til loven og litt statistikk over bruken av tvang. Samtidig var jeg bevisst på at for mye forkunnskap kan føre til at man blir forutinntatt og gjerne ikke er like lydhør for de svarene som kommer.

4.2 Rekruttering og valg av deltagere

Mine deltagere er personer som har vært i arbeid med voksen-psykiatri både før og etter lovendringen og derfor sannsynligvis har kompetanse og erfaring rundt min problemstilling. Jeg valgte strategisk ut tre deltagere som stemte med kriteriene jeg hadde som om at de måtte ha arbeidet med psykisk helse både før og etter endringen i psykisk helsevernlov. Jeg ønsket også ulik utdanning på intervju objektene slik at man kunne få ulike vinklinger. Med strategisk utvalg menes at det ikke var tilfeldig hvem jeg plukket ut.

Deltagerne vil i oppgaven bli omtalt som deltager A, B og C. A er sosionom og har jobbet 12 år innenfor feltet, noe som gjør at man kan anta at vedkommende har mye kunnskap om hvordan førstelinjetjenesten utøver psykisk helsehjelp og hvordan lovendringene påvirker systemet. Deltager B er vernepleier og har 10 års erfaring innenfor psykisk helse. Deltager C er også vernepleier og har videre utdanning innenfor rus og psykiatri med lang fartstid innen feltet.

4.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

Møte mellom mennesker består av forventninger man har til hverandre. Da jeg hadde vært i praksis på denne plassen hadde jeg hilst på deltagerne før, førsteinntrykket var allerede satt. Derfor måtte jeg muligens i enda større grad gjøre gode forberedelser slik at jeg ikke var forutinntatt, men opptre så objektiv som mulig. Erfaringen jeg hadde fra praksis førte til at jeg var noenlunde bevisst på hvilke spørsmål jeg kunne stille som ville belyse problemstillingen. Jeg reflekterte over at de jeg intervjuet ikke skulle bli påvirket av vårt bekjenskap på en måte som gjorde at de ga svar ut fra det de trodde jeg ønsket svar på. I henhold til Dalland (2012, s. 166) må jeg være oppmerksom på hvem jeg skal møte, være bevisst på hva jeg vil oppnå, ha relevante spørsmål og gi tilbakemeldinger til deltageren. Intervjuet skal gå fremover, og jeg må hele tiden vurdere om det som blir fortalt er nok eller om jeg trenger å stille utdypende spørsmål.

I februar søkte jeg Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) om tillatelse til å intervju tre personer fra primærhelsetjenesten. Dette for å sikre at jeg overholder retningslinjene for personvern for dem som deltar i undersøkelsen (Dalland, 2012, s. 101). I søknadsprosessen lagde jeg et informasjonsskriv med mal fra NSD (vedlegg 2). Jeg la også ved den intervjuguiden jeg skulle bruke i intervjuene som var inspirert av Dalland (vedlegg 1) (Dalland, 2012, s. 167). Intervjuguiden ble laget for å ha et hjelpemiddel til å huske de tema som er viktig å få frem for å kunne svare på problemstillingen. Den var også med på å forberede meg mentalt og faglig.

Søknaden ble godkjent under forutsetning av at intervjuene og behandlingen av opplysningene ville bli utført som beskrevet. Jeg kontaktet lederen for psykisk helse og fikk tillatelse til å kontakte de deltagerne jeg hadde valgt ut. Jeg besøkte dem på arbeidsplassen

hvor jeg beskrev prosjektet og spurte om vedkommende ville la seg intervju. Jeg fikk ja fra alle tre og vi ble enig om å komme tilbake til en dato når jeg hadde utstyret klart.

For å sikre meg best mulig kvalitet på intervjuene fikk jeg låne en båndopptaker av en bekjent. Med lydopptak fanger jeg ikke opp kroppsspråk og stemningen i rommet men jeg kunne være mer tilstede og skrive ned i enkle stikkord (Dalland, 2012, s. 175).

Intervjuene ble gjennomført på kontoret til hver enkelt for å spare tid og for at de skulle være i kjente omgivelser. I forkant av intervjuet delte jeg ut informasjonsskrivet som inneholdt praktisk informasjon og fikk en fritt samtykkeerklæring som de signerte. Dette sikret de at jeg overholder mine forpliktelser om anonymitet og makulering av alt materiale i ettertid, samtidig som jeg sikrer meg at de har forstått hva de er med på. Rommet vi brukte kunne lukkes slik at vi sikret oss minst mulig forstyrrelser. Intervjuene varte i mellom 20 til 30 minutter uten pause.

4.4 Transkribering

Å transkribere betyr bearbeidelse av den informasjonen jeg har fått i intervjuene ved å skrive ned ord for ord det som har blitt sagt. I transkribering skal jeg forstå innholdet i intervjuet og det må ikke utelates noe av det som blir sagt. Kvaale et al. (2009/2015, s. 204-214) viser til at det ikke er en fasit på hvordan jeg skal transkribere, jeg må se det i lys av hva jeg ønsker å oppnå.

Jeg brukte båndopptaker i mine intervju som jeg transkriberte om til tekst. Det ble vektlagt å få med alle ord, selv små ord som «eh», latter, pauser, stemningen i rommet ol. Dette utgjorde til sammen 8 sider med linjeavstand 1. Jeg skrev deretter ned alt en gang til, men unnlot å ta med unødige småord, jeg satt da igjen med 6 sider. Den største hindringen for å få skrevet ned intervjuene er dårlig kvalitet på opptaket. Dette gikk greit hos meg. Jeg presiserer at opptakene vil bli slettet når sensuren har falt.

4.5 Analysemetode

I analysen av dataene jeg har samlet inn er målet å forstå informasjonen på en mest mulig saklig måte. Intervjuguiden danner grunnlaget for resultatet, som nevnt tidligere danner

spørsmålene grunnlaget for hvilke svar jeg får. En god analyse er åpen for ulike perspektiver og tolkninger som underbygges med relevant teori. Dette vil styrke tiltroen til resultatet mitt. Når jeg gjennomgikk intervjuene brukte jeg den hermeneutiske sirkel for å finne motsetninger. Jeg kan forstå situasjonen på en måte når jeg ser på en enkelt del, men i sammenheng med resten kan det få en ny betydning (Dalland, 2012, s. 178). Jeg forsøkte derfor i mine analyser å se delene ut fra den sammenhengen det ble hentet ut i fra.

De ferdige dokumentene ga meg grunnlag for videre analyse. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. Kvale et al. (2009/2015, s. 204-205) har fire strukturingsformater som skal berike intervjurapporten, innledning, metode, resultater og diskusjon. Dalland (2012, s. 180-182) sine 5 punkt som er inspirert av Kvale og Brinkmanns meningsfortetning ble mitt valg av metode da jeg synes denne oversiktlig og forståelig.

1. Det første jeg gjorde var å lese hele intervjuet for å få med helheten.
2. Deretter ved hjelp av intervjuguiden delte jeg teksten opp i enheter med naturlig meningsinnhold, og utvidet der det hadde kommet opp nye ting under intervjuene som burde tas med.
3. Jeg gav enhetene et navn ut fra tema som jeg uttrykte så enkelt som mulig. Temaene satt jeg opp i kolonnen til høyre og de naturlige enhetene til venstre.
4. Jeg lagde så en liste over temaene jeg trengte for å kunne besvare på problemstillingen. Da jeg intervjuet flere personer ble det viktig at jeg for meg å følge intervjuguiden slik at alle tema ble berørt og om en deltager valgte å ikke svare skrev jeg også det ned.
5. Til sist satt jeg igjen med 4 emner. Det første handlet om kommunens oppgaver innenfor psykisk helsearbeid. Dette blir kort nevnt under funn, men blir ikke med i videre diskusjon. De tre siste som er samtykkekompetanse, selvbestemmelse og etikk bandt jeg sammen og disse ble mitt forskningsresultat i henhold til Dalland sine 5 punkt.

4.6 Etisk refleksjon/retningslinjer

Når jeg skal behandle sensitiv informasjon er det en del ting jeg skal passe på. NESH har utformet retningslinjer for å unngå skade og alvorlige belastninger for de som blir forsket på (Postholm, 2010, s. 151). For å sikre meg at jeg overholder disse retningslinjene har jeg lest

om både forskningsetikk, yrkesetikk og personlig etikk. Det viktigste for meg som forsker er at selv om målet er å finne ny kunnskap må ikke det gå på bekostning av deltagerens integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 235). I kvalitativ forskning hvor man er ute etter menneskers erfaringer og kunnskap, er tillit sentralt for at deltageren skal kunne stole på at de opplysningene som blir gitt vil bli behandlet i overensstemmelse med gjeldende retningslinjer for personvern. Etske overveielser om hvordan jeg behandler personopplysningene vil ha betydning for oppgaven, men også relasjonen til deltagerne som stiller opp og forteller sin historie (Malterud, 2017, s. 211–212). Det handler ikke bare om å følge regler, men også hva arbeidet mitt kan føre med seg av utfordringer for dem som stiller opp. De etiske vurderingene må være en integrert del av arbeidet fra jeg starter til arbeidet er ferdigstilt (Dalland, 2012, s. 96). Det er mitt ansvar som forsker å se til at arbeidet er etisk forsvarlig og i en intervjusituasjon er det særlig viktig å sørge for at deltageren ikke blir utsatt for følelsesmessige overtramp. Postholm (2010, s. 150-154) har åtte punkt som er viktig å huske på, jeg nevner de som er sentrale for denne oppgaven.

Det første jeg må tenke på er å gi hen som deltar i prosjektet tilstrekkelig *informasjon* slik at hen forstår hva hen er med på. Opplysningene skal gis i forkant av datainnsamlingen som i dette tilfellet er intervjuet. Videre er det viktig at deltageren gir et *fritt samtykke* uten noen form for press, og at hen er klar over muligheten til å trekke seg når som helst uten at det gir noen konsekvenser. Dersom det er mulig skal jeg la deltageren se resultatet av det jeg har kommet frem til og de skal gis mulighet til å korrigere om dette ikke stemmer. Alt datamateriale som blir samlet inn skal holdes *konfidensielt*, dette bunngrunnet i deltagerens rett til *privatliv*. I denne oppgaven ble det søkt til NSD slik at jeg sikret at personvernet ville bli overholdt og deltagerne kan være trygge på at det de forteller vil bli holdt konfidensielt etter gjeldende regler og forskrifter. Tydelighet om min *rolle som forsker* gjennom hele prosessen gjør at deltagerne vet hva som kan forventes av meg. Til slutt er det viktig ha respekt for *menneskeverdet*. Respekt for prosjektet, for deltagerne og de etiske holdningene vil medføre at menneskeverdet er ivaretatt. Mine deltagere blir aldri nevnt med navn og deres arbeidsplass kommer heller ikke frem. Jeg overholder også reglene om å slette all sensitiv informasjon etter sensuren har falt.

4.7 Kildekritikk og litteratursøk

I min søken etter gode kilder var jeg ute etter at de skulle være troverdige. Dalland (2012, s. 67) beskriver kildekritikk som en metode for å sjekke om en kilde er sann. Målet med metoden er å skille spekulasjoner fra hva som er verifiserte opplysninger. Jeg ønsket å finne verifisert litteratur som er relevant for problemstillingen samtidig som jeg må tenke over hvordan jeg bruker og redegjør for den litteraturen jeg finner, tatt ut av konteksten kan det få en ny betydning (Dalland, 2012, s. 66). For å sikre at jeg hadde forstått sammenhengen i en tekst forsøkte jeg å lese jeg hele kapitler og hele rapporter og ikke bare enkle avsnitt, slik at jeg skulle se helhetsbildet.

Jeg søkte etter relevant litteratur på biblioteket til UIS hvor jeg lånte en del bøker. Noen var relevant for oppgaven, noen ble levert tilbake etter kort tid. Metodebøkene og boken Etikk i psykiske helse-tjenester ble flittig brukt. Ved hjelp av søk i Oria fant jeg noen fagfelleverderte artikler. Da tema er nokså nytt og lite forsket på - særlig ut fra primærhelsetjenestens perspektiv - fant jeg svært få artikler. Jeg brukte Google til å søke på definisjoner av ord samt for å finne rapporter som kunne belyse min problemstilling. Jeg brukte også henvisninger fra den relevante litteraturen til å se i referanselister og henvisninger i teksten til bla. Lovdata, stortingsmeldinger ol. Noe av dette blir henvist til i oppgaven, men en del ble lest kun med formål om å få en dypere forståelse av tema.

Det har vært utfordrende å finne relevant litteratur som tar for seg de eventuelle konsekvensene av at mangel på samtykkekompetanse er blitt et kriterie ut fra primærhelsetjenestens perspektiv. Stort sett har det vært vinklet mot spesialisthelsetjenesten eller lovverket. Det har ført til at jeg har måtte lese mye for å komme frem til relativt lite litteratur. Hovedtyngden av referanser til kommunens psykiske helsearbeid kommer i form av rapporter. Intervju som metode ble sentralt for å belyse tema fra primærhelsetjenestens vinkel selv om det kun gir en pekepinn på hvordan det kan oppfattes. Deres oppfattelse av virkeligheten opp mot teorien jeg har funnet er grunnleggende for resultatet av undersøkelsen.

5 Presentasjon av funn og drøfting

I dette kapittelet vil jeg presentere mine funn og drøfte mine resultater. Jeg deler funnene inn i tre deler etter de emnene jeg kom frem til i analysedelen, deretter drøfter jeg innholdet. Det første jeg ser på er om mangel på samtykkekompetanse påvirker primærhelsetjenestens arbeidshverdag og om bruken av tvang har gått ned. I del to ser jeg på om brukers rett til økt selvbestemmelse påvirker psykisk helsearbeid og om selvbestemmelsen er reell. Del tre tar for seg funn av etiske dilemma som eventuelt dukker opp i de to første delene. Hver del har en konklusjon og presentasjon av eventuelle etiske dilemma som har kommet frem. I avslutningen prøver jeg å trekke sammen konklusjonene for å besvare problemstillingen.

5.1 Deltagernes vurdering av samtykkekompetanse

Et av målene med oppgaven var å finne ut om endringen av psykisk helsevernloven i forbindelse med mangel på samtykkekompetanse, utløser etiske dilemma for primærhelsetjenesten. I samtale med deltagerne er det hovedsakelig tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med vurdering av om bruker er samtykkekompetent, forverret helsetilstand for bruker i påvente av behandling, kortere og hyppigere innleggelser og kompetanseheving som blir trukket frem som vesentlige endringer. Deltagerne starter med å fortelle om sine arbeidsoppgaver generelt. Selv om det ikke er direkte knyttet til kun selvbestemmelse tar jeg det med her da det viser til samarbeidet som kreves mellom ulike instanser også i vurdering av samtykkekompetanse. Deltager C oppsummerer dem slik;

Det blir jo å kartlegge psykisk helseproblematikken, etablere samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste, sørge for at tjenestene blir gitt etter behov og funksjons nivå, koordinere arbeidet med andre instanser som nav, fastlege, barnevern, spesialisthelsetjenesten, pårørende støtte der det er nødvendig, meningsfulle aktiviteter i hverdagen, fysisk helse, økonomi, sosialt nettverk og vi jobber recovery orientert.

Deltagerne fortalte om prosessen fra de begynner å ane at brukers helse blir forverret til en eventuell innleggelse. Den første delen av prosessen er det primærhelsetjenesten som foretar og deltagerne mener dette kan være en lang vurdering hvor brukers helse kan bli vesentlig forverret. De mente at brukers mulighet til å takke nei til helsehjelp muligens kan føre til at det går for lang tid før de får hjelp. Deltager B uttrykte frustrasjon over at man over tid må stå

og se på at brukers helse forringes uten å ha noen mulighet til å gripe inn: «Jeg har kjent på frustrasjon i forhold til at det er vanskelig å få de inn. Det kan det være vondt å se på. At det må gå så langt, du ser de lider, men du kan ikke gjøre noe». Endringen av psykisk helsevernlov har ifølge deltagerne skapt en del frustrasjon i forhold til at man ikke har mulighet til å få noen innlagt når helsen forverres.

Jeg tenker det er en skjevhet mellom grunnlaget for tvang og behovet for tvang, altså at lovteksten sann den er nå at man heller skal se på samtykkekompetansen fremfor om det er vesentlig forringelse av videre helseutvikling dersom en ikke får vedkommende inn. Det har ført til at vært svært mange personer har blitt veldig syke og behandlingstrengende i all hovedsak må forholde seg til kommune helsetjenesten alene lengre før innleggelse (Deltager C).

Når primærhelsetjenesten mener bruker av ulike årsaker ikke er i stand til å oppholde seg i egen bolig, forteller deltagerne at de må søke hjelp fra spesialisthelsetjenesten for å få vurdert om personen er samtykkekompetent eller ikke. Deltager A forteller; «Det er vi som vurderer innleggelse først. Vi som jobber som miljøterapeuter ser endring hos bruker over tid og rådfører oss med lege eller andre i spesialisthelsetjenesten. Til syvende og sist er det to uavhengige leger som avgjør».

Når bruker ikke ønsker å bli med til legen fordi hen selv mener hen ikke er syk, må legen ofte komme til bruker i samarbeid med politi. Deltagerne fortalte at det kan føles inngripende å få en person vurdert. De synes det å se brukerne bli tatt med makt er vondt å se på og gir ingen god følelse.

I en del tilfeller kommer legen hjem til bruker, noen ganger kommer de med både ambulanse, lege og politi. Andre ganger går det litt stillere for seg. Men det er jo spesielt i de situasjonene der det må så mange ressurser til for å få til en tvangsinnleggelse at situasjonen blir ugrei. Og når det blir oftere enn før vil det påvirke både oss som jobber med det og dem som opplever det (Deltager A).

Vurderingen av samtykkekompetansen krever ifølge deltagerne et tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. De mener at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har blitt enda tettere de siste årene. Deltager A; «Min erfaring som ikke har jobbet med det så lenge før endringen har vært at vi er nødt til å jobbe tettere, vi må rådføre oss mer i lag. Totalt sett jobber vi godt i lag og det krever at det er tettere samarbeid nå enn før». Deltager A sier videre at selv om det stort sett er et godt samarbeid kan det i noen sammenhenger skape frustrasjoner da man ser på situasjonen ut fra forskjellige synsvinkler; «Men det skaper også

litt skurringer og frustrasjon. De som jobber i spesialisthelsetjenesten mener gjerne at vi er for raskt ute med å be om en tvangsvurdering i noen tilfeller, mens vi gjerne synes de er treig på avtrekkeren. Så det er kan være litt frustrasjonspreget».

Deltagerne pekte også på at de med store psykiske lidelser som før hadde lengre innleggelser hvor man fullførte en behandling, nå har kortere innleggelser da de kan skrive seg ut av behandling ved gjenvunnet samtykkekompetanse. Deltager A sier: «Erfaringen nå er kortere innleggelser og hyppigere innleggelser. Dette kan være svært traumatiserende. Det er en stor inngripen i livet til en person å bli lagt inn på tvang. Når dette skjer oftere påvirker det personen».

Deltagerne mener det er en del positive sider ved at kommunen nå skal ha ansvar for de med alvorlige psykiske lidelser, men at det er nødvendig med kompetanseheving i kommunen for å kunne takle denne brukergruppen. Dersom man hadde kompetanse og myndighet til selv å vurdere om bruker er samtykkekompetent kunne man spare tid og ressurser.

Positive følger av økte tjenester i kommunen er at vi blir bedre på å håndtere alvorlig psykisk sykdom, men det som er litt utfordrende er at ressursene må stå i stil til det. For dersom en har en sykere befolkning i kommunen som ikke mottar behandling på institusjon må en jo ha kompetanse på stedet og man må ha ressurser til å imøtekomme det behovet disse har. Så det kan være problematisk dersom alvorlig psykisk syke ikke får institusjonsbehandling. For klart vi har jo ikke nødvendigvis tilstrekkelig kompetanse i form av psykologspesialister og psykiatere tilstede i en kommunehelsetjeneste. (Deltager c)

5.1.1 Vurdering av samtykkekompetanse

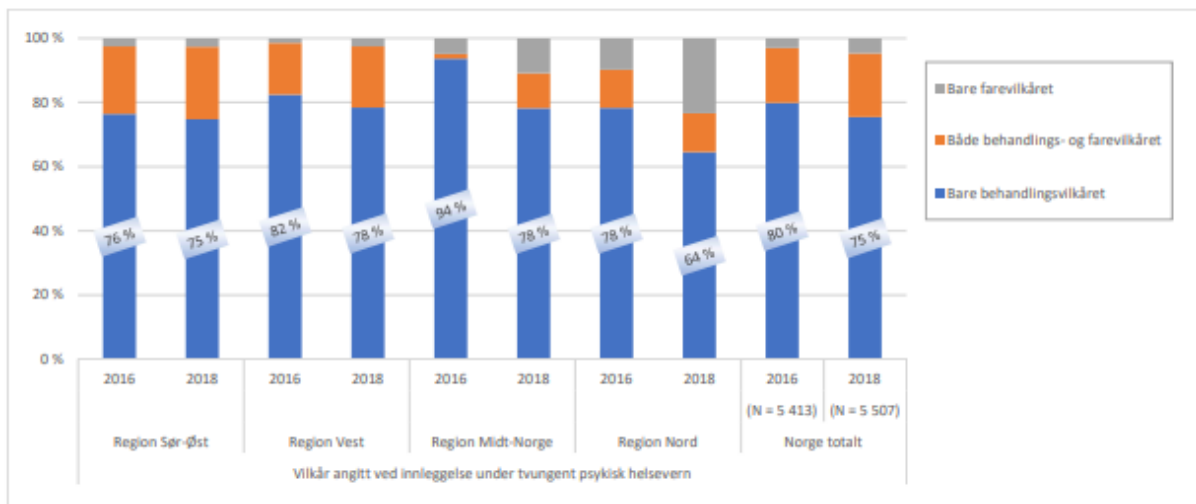
Å vurdere om en person er samtykkekompetent eller ikke kan være en lang og vanskelig prosess for primærhelsetjenesten, hvor ulike etiske hensyn veies opp mot hverandre. Ønsket om å gjøre godt må gjerne vike for målet om å ikke skade som vi så i de fire prinsippers etikk. I kapittelet om samtykkekompetanse fremkommer det at det er to leger som avgjør om bruker er samtykkekompetent og denne vurderingen kan gå relativt raskt. Men i forkant av dette skal alt av frivillighet være prøvd, noe som krever tid, ressurser og tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Deltagerne peker på at behovet for tett samarbeid kan synes å være økende etter at vurdering av samtykkekompetanse kom inn som et kriterie for å kunne bruke tvang. Tilrettelegging for et godt samarbeid kan være positivt og føre til at man unngår akuttinnleggelser og ulike perspektiv kan gi et større helhetsbilde (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 25).

Vurderingen av om bruker er samtykkekompetent kan ifølge deltagerne være tidkrevende for primærhelsetjenesten og personal må være fleksibel i sin arbeidshverdag. Man må følge med på brukers utvikling og rådføre seg med spesialisthelsetjenesten. Det er ofte mange ulike instanser involvert underveis i vurderingen, som alle kan ha ulike syn på hvordan situasjonen skal håndteres. Deltager A forklarer dette ved at de og spesialisthelsetjenesten kan se ulikt på om bruker trenger innleggelse eller ikke. Selv om det er utarbeidet en del verktøy som kan tas i bruk i vurderingen av samtykkekompetanse som for eksempel MacCAT-T, ACE og spørsmål utarbeidet av Helsedirektoratet, vil det alltid inneholde en viss grad av skjønn og det finnes derfor ikke en fasit på hvordan man bruker disse (Helsedirektoratet, 2015b). Den lange prosessen kan komme av at reglene om hvordan man skal vurdere om en person er samtykkekompetent er komplisert og ikke alltid praktiseres likt på tvers av tjenestene. Kanskje bør man gjøre reglene enklere slik at alle kan forstå dem og at det utøves på samme måte (Haugland, 2018, s. 4). På den andre siden kan man argumentere for at en lang vurdering i forkant av innleggelse kan føre til at man får tid til å bygge en bedre relasjon mellom bruker og de involverte parter, og dermed kan komme i en bedre posisjon til å hjelpe (Haugland, 2018, s. 4).

Kravet om at bruker ikke kan være samtykkekompetent for å legges inn på tvang kan ifølge deltagerne føre til at brukere har mulighet til å bli vesentlig sykere i eget hjem. Dette kommer også frem i artikkelen til Haugland (2018, s. 4) hvor han peker på at noen risikerer å bli syk fordi man ikke kan utsette dem for tvang. Deltager C mener det er en skjevhet i grunnlaget for å ta i bruk tvang slik lovteksten er i dag. Grunnlaget for å kunne gi nødvendig helsehjelp er tatt bort ved at vesentlig forverret helsetilstand og alvorlig sinnslidelse ikke lengre nok til å frata noen samtykkekompetansen (Pedersen & Aarre, 2017, s. 156–157).

Den nye lovendringen gir, som vi så i innledningen, bruker mulighet for å skrive seg selv ut av behandling dersom den gjenvinner samtykkekompetansen (Syse, 2018, s. 7). I følge deltagerne fører dette gjerne til at brukerne får korte, men hyppigere innleggelser, de får ikke stabilisert seg og det blir en vond sirkel. Denne brukergruppen kan uten forsvarlig behandling være til fare for seg selv eller andre, noe som gir grunnlag for ny tvangsinnleggelse. Når bruker er en fare for andre kommer personalet gjerne opp i et etisk dilemma mellom det å ta hensyn til bruker eller verne om samfunnet. Syse (2018) peker på at siden det er mulig å legge brukere inn på grunnlag av faremomentet, er det muligens ikke en endring i antall

innleggelse. Det synes derimot å være en endring i argumentet man bruker for innleggelse og det kan virke som det har vært en økning av faremomentet som begrunnelse etter lovendringen. Han mener at dersom man skal praktisere loven lojalt må det en holdningsendring til innenfor fagfeltet slik at det faktisk blir mindre innleggelse. Statistikken under viser også en økning av farevilkåret på landsbasis.



1) Tilleggsvilkår ved tvungen psykisk helsevern var ikke angitt for henholdsvis 6 og 3 prosent av innleggelsene i 2016 og 2018. Disse er holdt utenfor prosentierungsgrunnlaget.

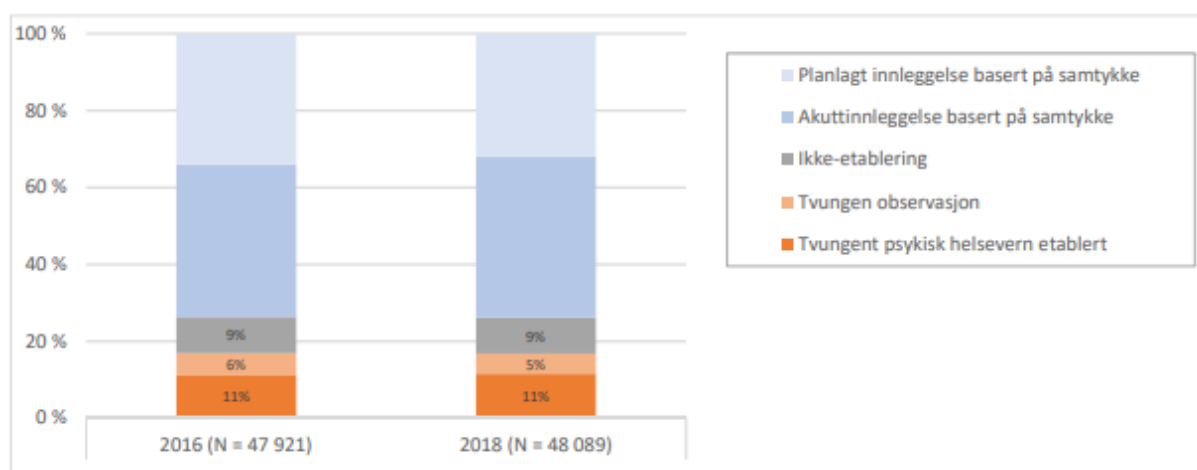
(Bremnes & Skui, 2020, s. 21).

Mangel på samtykkekompetanse som kriterie for innleggelse på tvang fører til at kommunen har økt bruk av ressurser på svært syke brukere, og deltager C peker på at kompetansen innenfor området gjerne ikke samsvarer med de økte oppgavene kommunen er pålagt (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 25). Flere kommuner gir tilbakemeldinger på at det kan være utfordrende, særlig på grunn av at spesialisthelsetjenesten stadig gir kortere innleggelse på bakgrunn av intensjonen om mindre tvang i samhandlingsreformen og brukers rett til å skrive seg ut av behandling når den er samtykkekompetent (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 11).

Deltagerne var enige i at brukere med psykiske helseplager bør ha et verdig liv i kommunen, men at det ikke alltid er samsvar mellom det svekkede tilbudet i spesialisthelsetjenesten og opprustningen av tilsvarende tjenester i kommunen. Tilbakemeldinger fra kommuner er at økt fokus på de sykeste gjør at det svikter i forebygging hos andre brukergrupper, man har ikke nok tid, ressurser eller økonomi til å ivareta alle tjenestene på en god måte (Pettersen & Rudingen, 2014, s. 41).

5.1.2 Konklusjon

Det kan se ut som at lovendringen med manglende samtykkekompetanse som kriterie krever tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Lange innleggelse som stabiliserer bruker kan synes å være erstattet av korte, men hyppigere innleggelse på bakgrunn av intensjonen om mindre bruk av tvang og at bruker kan skrive seg selv ut av behandling. Hyppigheten kan tyde på at korte innleggelse ikke er nok for denne brukergruppen, og det er usikkert om man totalt sett oppnår målet om redusert antall døgn på tvang. Ifølge statistikken under kan det tyde på at tvungen psykisk helsevern er nokså lik før og etter endringen i psykisk helsevernloven.



(Bremnes & Skui, 2020, s. 15).

Endringen av psykisk helsevernloven fører tilsynelatende til at brukerne får anledning til å bli vesentlig sykere hjemme. Grunnlaget for å kunne gi nødvendig helsehjelp er tatt bort ved at vesentlig forverret helsetilstand og alvorlig sinnslidelse ikke lengre nok til å frata noen samtykkekompetansen (Pedersen & Aarre, 2017, s. 156–157). Kompetanseheving innenfor psykisk helse i kommunen sees på som nødvendig dersom man skal klare å utøve alle de nye oppgavene på en god måte. Det er to etiske dilemma som kom opp i dette kapittelet. Gjøre godt eller hindre skade og vern av bruker eller samfunn, disse blir diskutert i punkt 5.3.

5.2 Selvbestemmelsens påvirkning av primærhelsetjenesten

Jeg var interessert i å finne ut om brukers økte rettigheter med vekt på selvbestemmelse påvirker primærhelsetjenesten, om selvbestemmelsen er reell og om det fører til etiske dilemma. Deltagerne trekker i hovedsak frem at brukers økte rettigheter fører til at de må ha økt fleksibilitet i hverdagen og at frivillighet og brukermedvirkning er blitt enda viktigere.

Deltagerne mener at de alltid har hatt som mål å forsøke å få brukerne med på frivillige innleggelse, og at tvang har vært siste utvei. Brukermedvirkning er et fokusområde da deltagerne jobber etter recovery metoden som deltager C fortalte innledningsvis. De forteller at den økte graden av selvbestemmelse setter brukermedvirkning enda mer på dagsorden og at de må strekke seg enda lengre for å få til et samarbeid med bruker. Deltager B sier; «Tvang er jo siste utvei, du prøver alt av frivillighet først. Når det ikke går og brukeren er så dårlig at den trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten så er det ingen annen mulighet».

I forbindelse med at bruker hovedsakelig skal bestemme over seg selv mente deltagerne at det oppstår utfordringer når bruker og personal ikke enes om alvorlighetsgraden i situasjonen. Deltager C fortalte om situasjoner hvor bruker har konkrete suicidale planer og deltager foreslo innleggelse for å få hjelp. Bruker avslo og ville ikke legges inn, men gikk med på samtale med lege. Til legen endrer personen forklaringen sin, muligens for å unngå å bli innlagt. Dette hadde deltageren opplevd flere ganger;

Det å ta vare på brukerens rett til selvbestemmelse når en ser en på en situasjon såpass annerledes. For eksempel når en person er suicidal og har konkrete planer om å ende sitt liv i dag eller veldig nærliggende og vi sørger for at det blir gjort en undersøkelse av legevakt gjerne fulgt av oss eller få amk (akutt medisinsk kommunikasjonssentral) til å hente vedkommende for samtale på legevakt og det siden viser seg at informasjonen den gir dem endrer seg slik at det ikke blir innleggelse. Dette kan gjøre noe med relasjonen til bruker, det kan svekke tilliten. At man som personal skal stå i de vurderingssakene, men det er for å få brukermedvirkning man gjør det.

Deltager C sier videre at; «Når en er bekymret for vedkommende gjør det jo noe med arbeidshverdagen at man av og til må være langt mer fleksible og ha uventet overtid og sånne ting for å ha faglig kontroll på en situasjon». Alle deltagerne sier at de som arbeider innenfor psykisk helse får mennesker som trenger mye bistand tett innpå seg, og det kan være vanskelig å avslutte dagen dersom man ikke har en god følelse når man går hjem. De var enige i at den økte graden av selvbestemmelse kunne føre til at de i større grad enn før måtte belage seg på en fleksibel arbeidshverdag. Deltager A sier følgende; «... man er bekymret for vedkommende. Noe som fører til at man enten må øke tjenestene på veldig kort varsel eller at man har såkalt is i magen og avventer situasjonen til neste dag eller neste treffpunkt».

5.2.1 Selvbestemmelsens påvirkning

Deltagerne føler de må være mer fleksible i sin arbeidshverdag. Når en bruker er alvorlig syk, men fortsatt er samtykkekompetent, har hen rett til å takke nei til helsehjelpen hen blir tilbudt som nevnt i punkt 2.1. Deltager C sier at i slike tilfeller føler man behov for å jobbe overtid eller øke bemanningen slik at det opprettholdes et faglig forsvarlig tilbud til bruker, i tillegg til at man opprettholder samfunnsvernet. Profesjonsetikken påpeker at man arbeider i et spenningsfelt mellom det å utføre et samfunnsoppdrag og beskytte brukerens interesser (Ellingsen, 2015, s. 175). I Helsepersonelloven § 4 stilles det også krav til hvordan sosialt arbeid skal utføres: «...helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (helsepersonelloven, 2018, § 4). For å kunne utøve faglig forsvarlighet må arbeidsplassen opparbeide seg en praksis med gode rutiner og instruksjoner på bakgrunn av fagkunnskap og retningslinjer fra myndighetene (Cordt-Hansen & Johansen, 2006). En utfordring i å kunne yte forsvarlige tjenester er som deltager C trakk frem at personal, bruker og pårørende kan ha ulik oppfatning av hvilken hjelp personen trenger. Det blir en etisk konflikt mellom å yte nødvendig helsehjelp og brukers rett til å takke nei til den hjelpen den tilbys.

Deltagerne hevder å strekke seg langt for å få til frivillighet slik at brukers frihet ikke blir tatt bort. Som helsepersonell har man et ønske om å verne om bruker og det kan komme i konflikt med at man i større grad enn før må tåle å se at bruker har smerter og lider slik som deltager B. fortalte i punkt 5.1. I forbindelse med økt grad av selvbestemmelse er frivillighet alltid personalets målsetting, og tvang skal kun brukes i tilfeller der man ikke finner andre løsninger. Dette samsvarer med psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3 hvor det står at frivillighet skal være prøvd og tvang er siste utvei. Det stemmer også med det som ble nevnt i punkt 3.1.1 om at frivillighet er en av faktorene for selvbestemmelse. Den økte friheten til bruker kan muligens gjenspeile samfunnets utvikling hvor individualisme blir mer sentralt. Et samfunn hvor retten til frihet gjerne står sterkere enn omsorg og nestekjærlighet. Som nevnt tidligere i punkt 3.2 kan en slik form for frihet føre til at man som helsepersonell må innfinne seg med at man må stå på sidelinjen og observere at bruker ikke har det bra. Tanken på at mennesker utelukkende er uavhengige frie vesen bryter med noe grunnleggende i oss. Man er gjensidig avhengig av hverandre og det å bry seg om hverandre ligger i menneskets natur. Det

økte trykket på at bruker skal ha frihet, selvbestemmelse og autonomi kan føre til at man fordriver det grunnleggende. Dersom frihet skal være en rettighet må man ha en plan på hvordan en fortsatt kan få lagt til rette for omsorg. Man må ikke komme dit at man slutter å involvere seg i hverandres liv (Bøe & Thomassen, 2007, s. 54–56). Lauveng (2020, s. 263) påpeker at i de tilfellene hvor bruker avviser helsehjelp, men det tydelig er et behov, må man jobbe systematisk over tid for å bygge trygge relasjoner. På denne måten kan man muligens oppnå frivillighet.

Selv i situasjoner der personal og bruker ser veldig ulikt på situasjonen, ønsker personalet å strekke seg langt for å få til brukermedvirkning. Innenfor psykisk helsearbeid bør brukermedvirkning som nevnt i punkt 3.3.1 være et kjerneelement for å sikre at en tar vare på de grunnleggende rettighetene til den enkelte bruker. Målet med økt brukermedvirkning er å styrke sosial rettferdighet, øke menneskeverdet, øke brukers rettigheter og hindre diskriminering. Man kan si at målet for brukermedvirkning er å sørge for nødvendige tjenester uten å forandre livet til bruker mot hens vilje (Bøe og Thomassen, 2013, s. 127). Men disse intensjonene kan noen ganger kollidere med statens ønsker om å redusere kostnadene og effektivisere tjenestene. Færre midler og økt arbeidsmengde samsvarer ikke alltid med å gi individuell oppfølging til alle som trenger det (Pedersen et al. 2017, s. 91). Gjennom samarbeid og dialog skal en forsøke å komme frem til den beste løsningen, og for å klare å få til en reell brukermedvirkning må de ansatte være engasjert og åpne for endringer. De må være bevisst på hva brukeren kan bidra med og at det tross alt er brukeren som sitter inne med mest kunnskap om seg selv (Pedersen et al. 2017, s 91-101). Deltagerne viser til at frivillighet og brukermedvirkning er et sentralt mål, men dersom dette ikke fungerer åpner de opp for at tvang kan bli nødvendig. Dette kan peke på at frivillighet har en begrensning, og derfor gjerne ikke er reell. Som sosialarbeider er det ifølge profesjonsetikken viktig at man i sin skjønnsutøvelse ikke utnytter makten man har (Ellingsen, 2015. s. 175), og at det er profesjonsutøveren som har ansvar for de valgene som blir gjort (Fellesorganisasjonen, FO, 2015, s. 4).

I boken til Østenstad et al. (2018, s. 32) fremheves det at det kan være en kollisjon mellom ulike rettslige tankemåter. Den første tankemåten er på hvilke måte tvang er nødvendig som grunnleggende psykisk helsehjelp for å sikre de med psykiske lidelser et verdig liv. Det andre er at man nå må akseptere at mennesker «bukker under» så lenge de selv har valgt det, uten

egentlig å ha evnen til å se objektivt på sitt eget liv. Så lenge det ikke er snakk om en nødsituasjon skal selvbestemmelsen alltid gå foran, alle er sin egen lykkes smed. Dette kan føles som en fornektelse av det grunnleggende hjelpebehovet en del mennesker har. Ut fra det deltagerne har uttalt er dette ikke ønskelig, men man blir tvunget av lovverket til å avvente til situasjonen går fra nødvendig helsehjelp til fare for seg selv eller andre.

5.2.2 Konklusjon

Det kan se ut til at økt selvbestemmelse fører til at kommunen bruker økte ressurser på å ha tilsyn med brukere som er alvorlig syke. Det krever personal som er fleksible i sin arbeidshverdag for å kunne sikre faglig forsvarlighet ovenfor brukerne. Brukers økte rettigheter til å bestemme over egen helse fører til at personalet strekker seg langt for å få til brukermedvirkning og frivillig behandling. Samtidig kan det synes som at brukernes selvbestemmelse har en begrensning. Det kom frem ett etisk dilemma mellom å ønske å gi forsvarlig helsehjelp og brukers rett til selvbestemmelse. Dette drøftes videre i punkt 5.3.

5.3 Etiske dilemma i lys av samtykkekompetanse og selvbestemmelse

Det er særlig tre etiske dilemma som har utmerket seg under drøfting av samtykkekompetanse og selvbestemmelse. Det var to dilemma som kom opp under vurdering av samtykkekompetanse. Å gjøre godt eller hindre skade kan sees i sammenheng med de fire prinsippers etikk og handler mest om en indre konflikt i den som skal yte helsehjelp. Vern av bruker eller vern av samfunn kan sees som et spenningsfelt i profesjonsetikken hvor man har ulike samfunnsoppdrag. I drøfting av selvbestemmelse kom det opp et etisk dilemma om å gi forsvarlig helsehjelp opp mot brukers selvbestemmelse. Respekten for brukers selvbestemmelse er også en del av de fire prinsippers etikk og er et dilemma mellom brukers rettigheter og helsepersonellens ønske om å gi forsvarlig helsehjelp.

Gjøre godt eller hindre skade

Deltagerne snakker om at det er vondt å se på at brukere blir alvorlig syk. En grunnleggende verdi i sosialt arbeid er ønsket om å gjøre godt. Som det står i de yrkesetiske retningslinjene baserer sosialt arbeid seg på omsorg og nestekjærlighet i møte med brukerne. Man skal møte dem på deres behov og deres verdier (FO, 2015, s. 3). Som nevnt i punkt 3.2 kan det være situasjoner hvor man er uenig med bruker på hva den trenger av hjelp. Det vil da være

relevant å stille seg et etisk spørsmål på hvorfor man ønsker at bruker skal motta behandling. Dersom det er for å tilfredsstille eget ønske om å hjelpe, bør man muligens tenke gjennom situasjonen på nytt, ta brukerperspektivet. Det personalet definerer som nødvendig helsehjelp kan være noe helt annet enn det bruker selv mener hen har behov for. Som Bøe og Thomassen (2007, 2. 45) skriver kan barmhjertighet føre til at man begår overgrep på personers rett til frihet. I slike situasjoner kan det hende man heller skal fokusere på å ikke gjøre vondt, selv om det strider mot det en føler er beste løsning. Det vil være i tråd med psykisk helsevernloven hvor man skal forhindre skade og dødsfall, men at egen helse er bruker selv ansvarlig for. Som nevnt under drøfting av selvbestemmelse er denne typen tenkning en dreining bort fra de grunnleggende verdiene innenfor sosialt arbeid hvor omsorg og nestekjærlighet står sentralt. For å kunne bevare menneskets evne til å bry seg om andre og tørre å vise omsorg må man ikke utelukkende gi større rett til frihet uten å tenke over hvordan man skal kunne bryte inn når livet blir ugreit (Bøe & Thomassen, 2007. s. 56).

Vern av bruker eller samfunn

Det kommer frem i funnene at brukere som er alvorlig syke nå får flere tjenester i kommunen fremfor spesialisthelsetjenesten. Deltagerne hevder at kommunen stadig har større ansvar for svært syke mennesker og at kompetanseheving innenfor feltet er nødvendig for å kunne opprettholde forsvarlige tjenester. Forsvarlighet handler ikke bare om å verne om bruker, man har også i oppdrag å verne om samfunnet. Når statistikken som vist under punkt 5.2 peker på at brukere oftere blir innlagt på grunnlag av faremomentet, er det grunn til å tro det er for å beskytte både bruker og samfunnet mot fare. I profesjonsetikken viser en til at man må veie mellom hensynet til bruker og hensynet til samfunnet. Yrkesetikken hevder at man skal være lojal mot den svakeste part og det er lett å tenke at det er hen som er syk (Fellesorganisasjonen, FO, 2015, s. 6). Men om sykdommen fører til at bruker blir aggressiv og utgjør en trussel for samfunnet, er det muligens samfunnet som blir den svake part. Deltagerne forteller at de forsøker å opprettholde brukers rett til frihet, men det er en grense hvor frihet går over til tvang. Det etiske dilemma står mellom å finne balansen mellom personens frihet, og hensynet til samfunnet. Pedersen og Aarre (2017, s. 164-165) mener det er forståelig at samfunnet ønsker å bli vernet mot farlige personer, og man kan diskutere om den beste løsningen er at helsetjenesten skal ha ansvaret for dette samfunnsvernet. Noen vil hevde at farlige personer gjerne ikke skal håndteres av helsepersonell, da de kan utgjøre en fare for andre brukere og personell. Det er et vanskelig skille mellom hva som bør håndteres

av helsetjenesten og hva som bør håndteres av andre instanser. Personer som er farlige, men mangler samtykkekompetanse kan man argumentere for at bør få hjelp til å komme seg ut av situasjonen gjennom behandling og omsorg. Mens de som er farlige og innehar samtykkekompetanse kan man tenke seg vil fortsette å være aggressive på tross av at hen blir bedre. I artikkelen til Syse (2018, s. 10) viser han til at ulike instanser prioriterer ulikt. Justisdepartementet tenker samfunnsvern, mens helsekomiteen vektlegger pasientautonomi. Det viktigste mener han er at uenighetene ikke gjør personer med psykiske lidelser til tapere av debatten.

Selvbestemmelse opp mot forsvarlig helsehjelp

Deltagerne peker på at de prøver så langt det er mulig å gi brukerne selvbestemmelse, men at det kan by på etiske utfordringer når bruker og personell ser på situasjonen svært forskjellig. Det som er juridisk forankret som brukers rett kan komme i konflikt med personalets oppdrag om å gi forsvarlig helsehjelp (Pedersen et al. 2017, s. 96). Det kan være vanskelig å balansere mellom å ivareta brukeres rett til selvbestemmelse og personalets behov for omsorg og faglig forsvarlighet. Makten man har som sosialarbeider krever at man kontinuerlig reflekterer og har en etisk bevissthet rundt denne posisjonen. (Lauveng, 2020, s. 130). For å kunne oppnå god behandling innen psykisk helse er god kommunikasjon og relasjon mellom bruker og helsepersonell vesentlig. Den prinsippbaserte etikken legger vekt på brukers rett til selvbestemmelse. Det er en etisk verdi basert på menneskerettighetene som bør respekteres så langt det er mulig, alle ønsker å ta avgjørelser som berører en selv. Selv om deltagerne setter selvbestemmelse høyt finnes det situasjoner der brukerne må beskyttes mot seg selv og loven åpner opp for at det kan brukes tvang under særlige bestemmelser. Som det ble nevnt i punkt 3.2 kan noen synes det er svært inngripende, mens andre kan føle en lettelse over at noen tar kontroll over situasjonen. Det finnes ingen fasit på hvordan man skal komme frem til en god løsning for begge parter og som nevnt i punkt 3.3 handler ofte et etisk dilemma om å veie ulike hensyn opp mot hverandre å finne en løsning selv om ingen er utelukkende gode. Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet viser til at man må bruke skjønn og skille det vesentlige fra det uvesentlige og ta i betraktning bruker og personalets ulike interesser og hensyn (Fellesorganisasjonen, FO, 2015, s. 5).

5.3.1 Konklusjon

Jeg synes beskrivelsen av et etisk dilemma i punkt 3.3 - «når det oppstår konflikt mellom ulike verdier eller normer, og man må veie ulike hensyn opp mot hverandre» - forteller på en god måte hva det innebærer. I de tre dilemmaene som er diskutert i dette kapitlet er det tydelig at det sjelden finnes løsninger som er utelukkende gode for begge parter. Det kan være vanskelig å skulle ta avgjørelser som man vet går på bekostning av brukers rett til selvbestemmelse. Men noen ganger må man ta hensyn til samfunnet eller forhindre skade. I alle slike situasjoner er det vesentlig å stille etiske spørsmål slik at man får hjelp til å finne det beste svaret, og at man i ettertid tar seg tid til etiske refleksjoner slik at man lærer av det man har gjort.

6 Avslutning

I min problemstilling lurte jeg på om primærhelsetjenesten får etiske utfordringer ved at mangel på samtykkekompetanse er blitt et vilkår i psykisk helsevernlov, og om man oppnår intensjonen om redusert bruk av tvang og økt selvbestemmelse.

Ut i fra mine funn er det mye som tyder på at formålet om redusert bruk av tvang totalt sett ikke er nådd. Praksisen har endret på hvilket grunnlag man legger noen inn på tvang og det kan synes som at oppholdene blir kortere, men hyppigere. Vurderingen av om bruker er samtykkekompetent er tidkrevende for primærhelsetjenesten og fører til økt bruk av ressurser. Et annet formål med lovendringen var økt grad av selvbestemmelse. Denne rettigheten kan muligens være et hinder for å kunne drive forsvarlig helsehjelp da bruker kan takke nei til den hjelpen de blir tilbudt. Økt frihet for bruker kan føre til at personen blir vesentlig sykere i eget hjem og det sosialfaglige arbeidet kommer i ulike etisk dilemma. Samtidig ser det ut som at bruker ender opp på tvang på grunnlag av at hen blir en fare for seg selv eller andre, slik at selvbestemmelsen muligens ikke er reell, man utsetter det uunngåelige. Det er viktig å påpeke at dette gjelder den brukergruppen som har store psykiske lidelser. Deltagerne uttrykker at det trengs kompetanseheving innenfor kommunen, godt tverrfaglig samarbeid og tilstrekkelig med ressurser og økonomi for å forebygge dårlig psykisk helse på en god måte i kommunen.

Denne oppgaven har gitt meg en større forståelse for hva det vil si å jobbe innenfor psykisk helse. Jeg har lært at det er svært krevende for de som jobber sosialfaglig å tilfredsstille både mandatet de har ovenfor samfunnet, lovverket og brukerne på en god måte. Dette kommer ofte i konflikt med hverandre og man må bruke skjønn for å avgjøre hva som er det beste i den gitte situasjonen. At en lovendring, som egentlig ikke er ment for primærhelsetjenesten, skulle utgjøre en så stor forskjell i arbeidet deres overrasket meg, selv om jeg hadde sett noen slike situasjoner i praksisen. Økte rettigheter stiller personalet i mange etiske dilemma jeg ikke hadde sett på forhånd, og jeg sitter igjen med en følelse av at det er en lang vei å gå i arbeidet med psykisk helse. Skulle jeg skrevet oppgaven om igjen hadde jeg ønsket å intervjuere deltagere fra flere kommuner for å få større bredde i oppgaven. Særlig på grunn av at det fantes så lite litteratur.

Kilder

* er lik selvvalgt litteratur

Andersen, A. J. W., & Braut, G. S. (2021, 27. januar). Psykisk helsevern. I *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykisk_helsevern *

Andersen, A., Johan. W. (2018, 9. oktober). Psykisk helse. I *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykisk_helse *

Bahus, M. K. (2018, 10. oktober). Bruker. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/bruker> *

Bahus, M. K. (2020, 8. juli). Selvbestemmelsesrett. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/selvbestemmelsesrett> *

Bremnes, R., & Skui, H. (2020, februar). *Tvang i psykisk helsevern: Status etter lovendringene i 2017* (IS-2888; s. 1–40).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern>* (s. 1-40)

Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid om etikk, relasjoner og nettverk* (Bd. 3). Universitetsforlaget. * (s. 33-71)

Cordt-Hansen, K., & Johansen, J. A. (2006, juni 1). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. I *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2006/07/faglig-forsvarlighet-i-psykisk-helsevern> * (s. 1-10)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. * (s. 15-248)

Fellesorganisasjonen, FO. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*. Fellesorganisasjonen [Brosjyre] <https://www.fo.no/>

- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Molewijk, B. (2017). Systematisk refleksjon over etiske problemstillinger. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk. * (s. 15-289)
- Haugland, K. K. (2018). Mennesket først, helsen etterpå. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02-03/2018 (Volum 15). 244–247. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-15> * (s. 244-247)
- Helsedirektoratet. (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (IS-2314).
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser> * (s. 1-140)
- Helsedirektoratet. (2015b). § 4-3 *Hvem som har samtykkekompetanse*. Oslo;
Helsedirektoratet. (sist faglig oppdatert 01. Januar 2018).
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse> * (s. 1-8)
- Helsepersonelloven. (2018). *Lov om helsepersonell* (LOV 1999-07-02-64). Gyldendal.
- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R., & Aarre, T. F. (2017). Etiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk. *
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., Bd. 1–2). Gyldendal Akademisk. * (s. 69-87, 95-111, 204-214, 294-320)
- Lauveng, A. (2017). *Hva er egentlig samtykkekompetanse?* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse [Brosjyre]. <https://erfaringskompetanse.no/> * (s. 1-56)

- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget. * (s. 281-308)
- Magelsen, M., & Pedersen, R. (2017). Hva er etikk? I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk. *
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget. * (s. 97-116, 77-81, 97-115, 211-218)
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/forarbeid/nou-2011-9> * (s. 14-16, 18-20, 136-148, 163-197, 217-223)
- Orgeret, K. S. (2019, 12. september). Intervju. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/intervju> *
- Oterholm, I. (2015). Skjønnsutøvelse i velferds og organisasjoner. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 171–183). Universitetsforlaget.
- Pedersen, R., Norvoll, R., & Bjørgen, D. (2017). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk. *
- Pedersen, R., & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk. *
- Pettersen, K. S., & Rudingen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill: Et studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk* (AFI-rapport 2014:10). Arbeidsforskningsinstituttet. * (s. 1-65)

- Psykisk helsevernloven. (2018). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV- 1999-07-02-62). Gyldendal.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Sagdahl, M. S. (2019, 25. juni). Autonomi – filosofi. I *Store norske leksikon*.
<http://snl.no/autonomi - filosofi> *
- Sjølle, H., & Haugland, K. K. (2017). Endringer i psykisk helsevernloven. I *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 04/17 (volum 4), 288–289. https://www-idunn-no.endringer_i_psykisk_helsevernloven * (s. 288-289)
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/> * (s. 21-38)
- Syse, A. (2018). Store endringer i psykisk helsevernloven. I *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 02–03/2018 (volum 15), s. 236–243. https://www-idunn-no.store_endringer_i_psykisk_helsevernloven * (s. 236-243)
- Ursin, L. (2020a, 30. april). De fire prinsipper. I *Store medisinske leksikon*.
http://sml.snl.no/de_fire_prinsipper *
- Ursin, L. (2020b, 30. april). Tvang i Store medisinske leksikon. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/tvang> *
- World Health Organization. (2014). *Mental health: A state off well-being*. World Health organization. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health> *
- Østenstad, B. H. (Red.). (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten*. Fagbokforlaget. * (s. 10-55)

Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Psykisk helsevernlov gjelder jo egentlig ikke for førstelinjetjenesten, men da brukere deres også er brukere av andrelinjetjenesten er jeg nysgjerrig på om endringer i denne loven også påvirker deres arbeid.

Problemstilling: *«Får primærhelsetjenesten etiske utfordringer ved at mangel på samtykkekompetanse er blitt et vilkår i psykisk helsevernloven, og oppnår man intensjonen om redusert bruk av tvang og økt selvbestemmelse?»*

1. Alder, bakgrunn, erfaring og stilling?
2. Hvilke positive erfaringer har du med at manglende samtykkekompetanse har blitt et vilkår i psykisk helsevernloven?
3. Hvilke negative konsekvenser har du med endringen i psykisk helsevernloven?
4. Har loven ført til endringer i din arbeidshverdag?
 - a. Må man samarbeide mer med spesialisthelsetjenesten?
5. Hvordan vil du si endringen påvirker brukergruppen deres, forskjellen før og etter loven.
 - a. Mer selvbestemmelse
 - b. Kortere innleggelse
6. Hvilke tilpasninger har dere måtte gjøre i forbindelse med lov endringen?
 - a. Etiske hensyn
7. Har du merket noen endringer i bruken av tvang?
 - a. Hyppighet
 - b. varighet
8. Noe du vil tilføye?

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Informasjon om forskningsprosjektet

Samtykkekompetanse

Informasjon og samtykkeskjema til informanter i forbindelse med bachelor oppgave i psykisk helsearbeid for Kjersti Fornæss ved Universitetet i Stavanger 15.02.2021. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om psykisk helsevernlov påvirker førstelinjetjenesten. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål

Formålet med denne oppgaven er å få kjennskap til førstelinjetjenestens erfaringer med den nye loven innen psykisk helsevern som har mangel på samtykkekompetanse som vilkår for å kunne tvangs behandle brukere med psykiske lidelser. Brukere kan nå takke nei til nødvendig helsehjelp dersom de er samtykkekompetent og erfaringene som er gjort etter lovendringen trådte i kraft vil være nyttig for dem som jobber innen psykisk helsearbeid

Dette er en bachelor oppgave som skal belyse følgende problemstilling: «Hvilke erfaringer har førstelinjetjenesten med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår i psykisk helsevernloven?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger, det samfunnsvitenskapelige fakultet avdeling for sosialfag er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju deg da du har vært i denne stillingen både før og etter lovendringen. Det gjør at du innehar kunnskap om hvordan dette har påvirket arbeidet til førstelinjetjenesten både positivt og negativt, hvilke konsekvenser det har ført til og om det har påvirket brukergruppen deres.

Utvalget mitt er tre ansatte som lederen for arbeidsplassen anbefaler for å kunne belyse problemstillingen best mulig.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Dette prosjektet er et mindre kvalitativ studie hvor jeg intervjuer tre miljøarbeidere i førstelinjetjenesten for å se hvilke erfaringer man har med at manglende samtykkekompetanse er blitt et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Jeg ønsker å gjøre et intervju som vil ta ca. 45 til 60 minutter. Under finner du de spørsmålene jeg har forberedt, det kan bli behov for oppfølgingsspørsmål i tillegg:

1. Alder, bakgrunn, erfaring og stilling?
2. Hvilke positive erfaringer har du med at manglende samtykkekompetanse har blitt et vilkår i psykisk helsevernloven?
3. Hvilke negative konsekvenser har du med endringen i psykisk helsevernloven?
4. Har loven ført til endringer i din arbeidshverdag?
 - a. Må man samarbeide mer med spesialisthelsetjenesten?
5. Hvordan vil du si endringen påvirker brukergruppen deres, forskjellen før og etter loven.
 - a. Mer selvbestemmelse
 - b. Kortere innleggelse
6. Hvilke tilpasninger har dere måtte gjøre i forbindelse med lov endringen?
 - a. Etske hensyn
7. Har du merket noen endringer i bruken av tvang?
 - a. Hyppighet
 - b. varighet
8. Noe du vil tilføye?

Det er frivillig

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det

vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun jeg og veileder som har tilgang til opplysningene du gir meg. I oppgaven vil man bli beskrevet som informant en, to eller tre. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltagerne i oppgaven, navn og arbeidsplass vil aldri bli nevnt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er estimert til juni 2021. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved oppgavens slutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Elev: Kjersti Fornæss, Kjersti.fornaess@gmail.com, tel 47325555
- Student veileder: Brita Gjerstad, Brita.gjerstad@uis.no tel 51832799
- Vårt personvernombud: Morten Tønnessen, Morten.tonnessen@uis.no, tel 51834149

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «samtykkekompetanse», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltager, dato)

