

BSOBAC

Bacheloroppgave

Kan tvangsinnleggelse av rusmiddelmisbrukere være et nødvendig
«onde»?



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

Vår 2023

Kandidatnummer: 4029

Antall ord: 9997

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
INNLEDNING	4
BEGRUNNELSE OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
FORFORSTÅELSE AV TEMA	5
PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	5
BEGREPSAVKLARINGER	6
<i>Rusmiddelmissbruker</i>	6
<i>Avhengighet</i>	6
<i>Rus</i>	7
FORMÅL MED OPPGAVEN	7
TEORETISK FORSTÅELSESRAMME	7
LOVVERK	7
PATERNALISME	8
TVANGSINNLEGGELSE	9
SAMTYKKEKOMPETANSE	9
FORSTÅELSE AV RUSMIDDELMISBRUK	9
<i>Nevrobiologisk forståelsesmodell</i>	10
<i>Biopsykososial forståelsesmodell</i>	10
RUSMIDLERS VIRKNING PÅ HJERNEN	10
BRUKERMEDVIRKNING	11
METODE	12
VALG AV METODE	12
<i>Litteraturstudie</i>	13
DATAINNSAMLING	13
<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	14
ANALYSE OG FUNN	16
STUDIENS TROVERDIGHET (VALIDITET)	20
DRØFTING AV FUNNENE	20
KAN TVANGSINNLEGGELSE VÆRE ET NØDVENDIG ONDE?	20
<i>For høy terskel ved tvangsinnleggelse</i>	20
<i>For lav terskel ved tvangsinnleggelse</i>	24
ER TVANGSINNLEGGELSE ETISK FORSVARLIG?	26
AVSLUTNING	27
LITTERATURLISTE	28

Forord

«Det var forferdelig å ikke ha noe å si.
Andre folk tvinger deg. I ettertid ser jeg at
det var helt nødvendig, det var det som
reddet meg. Det er derfor jeg er i live i
dag.»

(Leer-Salvesen, 2013, s. 248)

Innledning

Begrunnelse og bakgrunn for valg av tema

Tvang i seg selv blir sett på som et onde, og brukes derfor kun når det er helt nødvendig. Samtidig må også gevinstene være større enn ulempene. Tvangsinnleggelse er på tross av dette et viktig virkemiddel for å forhindre livstruende atferd som skyldes rusmiddelmissbruk (Lundeberg et al., 2014, s. 17). Det er et omdiskutert tema, hvor det samtidig er lite forskningsbasert kunnskap om hvilken effekt det har (Ytrehus, 2018, s. 123). Ettersom autonomi står høyt i Norge, er det lite bruk av tvang. Samtidig har bruken av tvang overfor rusmiddelmissbrukere økt fra 39 vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §10-2) i 2001, til 159 vedtak i 2013 (Lundeberg et al., 2014, s. 17). Det er usikkert hvor mange tvangsinnleggelse det er i nyere tid, men ca. 150 per år (Kristensen et al., 2018). Til sammenligning utgjorde dette kun 1,7% av det totale antallet innleggelse i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (ibid.). Det er høy terskel for å bruke tvang, og det skal være forsøkt mye før man får hjemler i tvangslovene. Ettersom tvangslovene fortsatt er aktuelle, er det i noen tilfeller sett å være nødvendig med tvang. Tvangsinnleggelse har blitt sagt å være livreddende hjelp. En hjelp som ikke bare redder rusmiddelmissbrukere fra død, men som avlaster pårørende og som kan være den nødvendige hjelpen de trenger for å bli rusfrie. Det er derimot viktig å ikke bruke tvang i situasjoner hvor det ikke er nødvendig, men hvor går skillet på om det er nødvendig eller ikke? Samtykkekompetanse er et juridisk begrep som definerer hvorvidt man er, egnet til å ta avgjørelser til sitt eget beste eller ikke. Men igjen, hvor går grensen for om man er samtykkekompetent eller ikke? Dette vil videre ha betydning for hvor aktuelt det er med bruk av tvang.

Jeg tenker at det er interessant å ta opp dette temaet, mer spesifikt tvangsinnleggelse innenfor rusfeltet, da det ser ut til å være noe forskjellig forskning innenfor temaet. Samtidig har jeg også forhørt meg med pasienter da jeg var utplassert i praksis som har uttrykt å være takknemlige for ulik bruk av tvang. De sier blant annet at urinprøver, en form for frivillig tvang, er en fin kontroll overfor dem selv og virker som en støttestruktur. Videre har jeg hørt pasienter fortelle at de selv har vært tvangsinnlagt, noe de i ettertid er takknemlig for. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å reflektere rundt hvilken terskel det bør være for å godta bruk av tvangsinnleggelse. Er den for høy slik den blir praktisert i dag? Eller er den tvert om for lav? Hvilke konsekvenser kan en for lav terskel medføre?

Forforståelse av tema

Min forforståelse av temaet er at tvangsinnleggelse virker å være nødvendig. Jeg oppfatter det slik at det er et «nødvendig onde» til videre behandling, og generelt komme seg ut av en vanskelig situasjon. Samtaler med pasienter både under praksis og fra jobb i rusinstitusjon, forteller meg at det ofte i ettertid er noe de er takknemlige for, og var nødvendig da de selv ikke kunne ta standpunkt til sitt eget behov for hjelp. Jeg tenker videre at det virker som de positive virkningene er større enn de negative, og det kan derfor være for høy terskel nettopp fordi det faktisk virker med tvangsinnleggelse. Min forforståelse påvirker meg derimot til å lete etter de positive virkningene av tvangsinnleggelse, og kan derfor påvirke de valgene jeg har gjort i forhold til de vitenskapelige tekstene og annen teori jeg var valgt. Jeg må derfor prøve å være bevisst mine forforståelser, og videre også få frem andre sider enn kun de positive.

Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen min er: «Er terskelen for bruk av tvangsinnleggelse innenfor rusfeltet for høy?». Jeg har valgt denne problemstillingen fordi den er omdiskutert, og lite forsket på, slik at det derfor er nødvendig å sette mer lys på temaet. Det som først vekket interessen min innenfor temaet var under praksisperioden på en behandlingsinstitusjon for avhengighet, hvor de har frivillig behandling med lite «regler». Ansvar for om behandlingen fungerer ligger først og fremst hos pasienten, hvor de selv bestemmer hva de vil gjøre ut av oppholdet. Noen så nærmere ut til å være på et «hotell», hvor de kun var på institusjonen uten å gjøre noe særlig ut av oppholdet. Andre pasienter derimot fikk mye ut av behandlingen. Dette viser hvor individuelt utbyttet kan være. Jeg tror at det kan være nødvendig med tvangsinnleggelse for noen rusmiddelmissbrukere for å videre kunne fortsette med behandling, selv om det ikke står om liv og død. For de som er tungt inni rusen, med svekket kognitiv funksjon og dermed liten evne til å se hva som er best for seg selv, kan tvangsinnleggelse være aktuelt. Videre synes jeg det er interessant å se på hvilken effekt tvang faktisk har innenfor rusfeltet, og hva tidligere forskning sier.

Problemstillingen vil være sosialfaglig relevant ved å fremme sosial endring og utvikling, dette ved å hjelpe mennesker inn i behandling. Sosialt arbeid handler mye om hjelp til selvhjelp, noe som i denne problemstillingen ikke alltid er mulig. Her kan det være nødvendig å ta bort autonomien til pasienter for å senere kunne gi den tilbake igjen. Jeg vil også nevne sosial utjevning, gjennom å gi mennesker i dyp rus en hjelp i form av tvangsinnleggelse for å bedre

levevilkår. Tvangsinnleggelse er en siste utvei for å kunne bedre velferden til de menneskene som kanskje ikke vet sitt eget beste. «Sosiale problemer er en påstått situasjon som bryter med en betydelig gruppe personers verdier og hvor det er enighet om at handling er nødvendig for å endre situasjonen» (Kleppe, 2015, s. 49). Rusmiddelmissbruk oppfattes gjerne som et problem og bryter samtidig med mange sin verdioppfatning. Det er en uønsket situasjon, både for de som har et rusmiddelmissbruk, men også for samfunnet (ibid.). Det er derfor viktig med tiltak som kan hjelpe rusmiddelmissbrukere, nettopp fordi dette problemet kan og bør gjøres noe med. Tvangsinnleggelse er et tiltak for å løse dette sosiale problemet, men som ikke skal brukes før andre, frivillige tiltak er prøvd og erkjent utilstrekkelige. Tvangsinnleggelse er sosialfaglig relevant gjennom tematikken om makt og avmakt.

Jeg har avgrenset oppgaven til å ta utgangspunkt i loven om tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere, og ser derfor bort ifra loven om tvangsinnleggelse av psykiske lidelser, samt tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelmissbrukere og avtalt tvang.

Begrepsavklaringer

Rusmiddelmissbruker

Rusmiddelmissbruker er et begrep på en gruppe mennesker som har et problematisk forbruk av rusmidler. Med rusmidler menes alt fra alkohol, narkotiske stoffer til medikamenter. Rusmiddelmissbruk er forbundet med dårlig helse og levekår for den enkelte, men har og negative konsekvenser for omgivelsene, som familie, venner, lokalmiljøer- og samfunnet som helhet (Lundeberg et al., 2014, s. 13). Det er også viktig å nevne at det er en del begrepsforvirring ved rusmiddelmissbruker, og hvilket begrep man egentlig skal bruke. Et alternativt begrep er rusmiddelavhengig, men ordet avhengig er et komplekst begrep, hvor det er forskjellige meninger om hva som er riktig definisjon.

Avhengighet

Det er ikke en endelig forståelse av hva avhengighet er, da årsakene til avhengigheten er komplekse (Lie, 2022, s. 122). Tidligere ble avhengighet sett på som et moralsk problem, støttet fra religiøst hold (ibid.). I dag ser vi på avhengighet fra ulike vinkler, hvor både individets gener og biologi, individets erfaringer i oppvekst, i sitt miljø og i samfunnet og egenskapene ved rusmidlene spiller inn (ibid.). Mørland & Waal (2016, s. 20) definerer rusmiddelavhengighet slik:

«... handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men likevel ofte gjentar handlingen Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning».

Rus

Begrepet «rus» kan beskrive både subjektive opplevelser og atferd (Mørland & Waal, 2016, s. 17). Det kan eksempelvis dreie seg om en tilstand av sterk begeistring for noe som har hendt oss eller noe vi opplever, slik som forelskelse, seire, musikk og så videre (ibid.). Samtidig kan sykdommer, sult og faresituasjoner også føre til en slags ruspreget tilstand (ibid.). En tilstand hvor en person blir fullstendig oppslukt av noe, slik at andre hensyn blir skjøvet til side, og en spesiell aktivitet dominerer. En annen betydning kan dreie seg om atferd, ofte en atferd som kan være plagsom for andre preget av dårlig kontroll og svekket forståelse av konsekvenser (ibid.).

Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å få frem kunnskap om effekt av tvangsinnleggelse og sette mer lys på dette tema. Jeg ønsker både å få frem argumenter for, men også belyse motargumenter. Jeg opplever temaet som svært sentralt, både fordi mye tilsier at «tvangsinnleggelser redder liv», men også fordi det spiller en såpass stor rolle i behandlingen til pasienter.

Teoretisk forståelsesramme

Her skal jeg presentere faglig kunnskap som skal gi forståelse for temaet mitt. Jeg vil presentere aktuelt lovverk, ulike teori, blant annet ulike forståelser av rusmiddelmissbruk.

Lovverk

Lovbestemmelsen overfor rusmiddelmissbrukere står i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §10-2):

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

Når utsetter man sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk? Hvor går grensen for kun misbruk, og et omfattende og vedvarende misbruk?

Tvangsinnleggelse kan være et alternativ for de pasientene som er en risiko for seg selv eller andre, og som kontinuerlig faller ut av frivillig behandling. I praksis vil samtykkekompetanse påvirke avgjørelsen, selv om det ikke står noe om det i loven. Når er man samtykkekompetent eller ikke? I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-3) andre ledd står det som følger: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Det er fire hovedområder å vurdere i forhold til samtykkekompetanse. Evnen til å forstå, anerkjenne, resonnerer og velge. Pasienten må forstå relevant informasjon om beslutningen av helsehjelp, anerkjenne sin helsetilstand, delta i en relasjonell drøfting, hvor pasienten forstår konsekvensene av valg, resonnerer rundt informasjon om ulike behandlingsalternativer og til slutt uttrykker et valg (ibid.). Sagt på en annen måte: «Samtykkekompetanse innebærer at pasienten forstår sin helsesituasjon, kan ta et informert valg, og er i stand til å vurdere konsekvensene av sine valg etter at tilstrekkelig informasjon er gitt (ibid.).

Paternalisme

I Norge kan vi begrense selvbestemmelsesretten i situasjoner der personen ikke kan oppfattes å være kompetent når det gjelder å ta beslutningsavgjørelser med alvorlige konsekvenser (Lundeberg et al., 2014, s. 31). Paternalisme handler om at man griper inn i en persons liv med formål om å hjelpe, selv når dette er i strid med vedkommende sitt ønske, eller uten dens samtykke (ibid.). En form for paternalisme er den individuelle, som innebærer at formålet med inngripen ovenfor en person begrunnes i hensynet til personens eget beste (ibid.). Samtidig har vi sosial paternalisme som handler om inngripen til beste for omgivelsene, og som stort sett skjer for å beskytte andre personer eller materielle goder av en viss størrelsesorden (ibid.). Sosial paternalisme skjer kun når det gjelder fare for andre sitt liv. Det norske lovverket godtar ikke tvang mot individet med hensyn til å beskytte pårørende og andre berørte fra konsekvensene, noe andre land, blant annet Sverige bruker som tvangsgrunnlag (ibid.). En annen form for paternalisme er svak paternalisme, som innebærer at «... inngrep kun kan legitimeres i tilfeller hvor personens evne til autonome valg er alvorlig redusert, og det med gode grunner kan antas at en rasjonell person skulle gitt sitt samtykke» (Lundeberg et al., 2014, s. 32). Her har tvangen en presumptiv karakter, som vil si at den kun brukes under den forutsetning at pasienten har akseptert behandling dersom han var i stand til å ta en slik

beslutning, noe som igjen legger føringer for hvordan behandlingsopplegget bør utformes, altså at pasienten skal kunne gi sin mening om hvorvidt inngrepet var riktig og nødvendig (ibid.). På den andre siden har vi sterk paternalisme, som innebærer tilfeller hvor pasienters selvbestemmelsesrett tilsidesettes til tross for at personen anses å være beslutningskompetent (ibid.). Det er en inngripen ovenfor personer som er i stand til å ta selvstendige valg, men som handler på en måte som ut fra de kollektive etiske vurderingene anses å være til skade for han selv (Lundeberg et al., 2014, s. 33). Dette kan eksempelvis være en person som er i stand til å forstå konsekvensene av sitt vedvarende rusmiddelmissbruk, men som likevel fortsetter å ruse seg. I den norske tvangslovgivningen overfor rusmiddelmissbrukere kan de bruke både svak og sterk paternalisme.

Tvangsinnleggelse

«Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §10-2). Tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere er aktuelt når «rusmiddelavhengige personer som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk av rusmidler ...» (Statsforvalteren, 2022). Vedtaket kan ha en varighet på opptil tre måneder. Andre hjelpetiltak skal være vurdert som ikke tilstrekkelig (ibid.). For enkelhetens skyld bruker jeg tvangsinnleggelse og tvang synonymt. Frivillige innleggelser følger samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven (1994, §4-1).

Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse er også kalt beslutningskompetanse, som handler om vår juridiske rett til å ta beslutninger på egne vegne. Den er sterkt knyttet til det å ha respekt for personens selvbestemmelse, noe som gir mange etiske og juridiske betraktninger. (Fjærli & Seljeseth, 2018).

Forståelse av rusmiddelmissbruk

Forståelse av rusmiddelmissbruk kan sees gjennom ulike briller og fra forskjellige innfallsvinkler, hvor det å ta i bruk riktig kunnskap og ferdigheter kombinert med gode holdninger som er tilpasset brukerens behov og situasjon, kjennetegner gode hjelpere (Hole, 2014, s. 56). Vi kan se helt tilbake til Håvamål fra 1200-tallet hvor de advarte mot overdriking, men avholdsbevegelsen og de første institusjonaliserte hjelpetiltakene kom ikke før på begynnelsen av 1900-tallet (Moen, 2008, referert i Hole, 2014, s. 57). Forståelsen av dette som

et rus- og avhengighetsproblem vokste frem etter andre verdenskrig, spesielt på 1960- og 1970-tallet (Hole, 2014, s. 57). Før i tiden var det vanlig å se på personer med et rusmiddelmisbruk som en person med lav moral og «henfallen til drukkenskap» (ibid.). Selv om vi i dag forstår rusmiddelmisbruk på mer nyanserte måter, oppfatter vi det fortsatt som uheldig eller feil når noen ruser seg utover det som er normalt. Det vil derfor være viktig å være seg bevisst disse holdningene i møte med mennesker med rusmiddelproblemer. Jeg vil under redegjøre for to av de mest sentrale forståelsesmodellene.

Nevrobiologisk forståelsesmodell

Nevrobiologisk forståelsesmodell ser på rusmiddelmisbruk som en sykdom. Det fører til endringer i ulike funksjonelle regioner av hjernen, som igjen påvirker bruken av rusmidler (Ytrehus, 2018, s. 34). Det handler om vår søken etter belønning i form av opplevde positive gevinster eller demping av ubehag (ibid.). Dette blir forklart ytterligere under «rusmidlers virkning på hjernen».

Biopsykososial forståelsesmodell

Dagens forståelse i tråd med verdens helseorganisasjon forstår rusmiddelmisbruk ut ifra den biopsykososiale forståelsen, som innebærer en erkjennelse av at rusmiddelmisbruk må forstås gjennom et samspill av biologiske, psykologiske og sosiale forhold og årsakssammenhenger (Hole, 2014, s. 68). En biopsykososial modell vil forstå overgangen fra bruk og skadelig bruk til avhengighet gjennom både kroppslig, psykologisk og sosial sårbarhet (Hole, 2014, s. 69). Dette vil si at faren for å utvikle et rusmiddelmisbruk er større dersom sårbarheten er høy på alle de tre områdene, samtidig er det også mulig å utvikle et rusmiddelmisbruk dersom en person også har høy sårbarhet på et område, eller moderat sårbarhet på flere (Hole, 2014, s. 70). Videre vil det å ha høy sårbarhet på et av områdene for mange medføre økt sårbarhet på de to andre områdene (ibid.).

Rusmidlers virkning på hjernen

Rusmiddelmisbrukere utvikler en så stor trang etter å ruse seg at de kan forlate hjemmet, jobb, familie og begå kriminelle handlinger. Forklaringen på denne atferden kan skyldes effekten rusmidlene har på den delen av hjernen som styrer menneskers valg og handlinger (Vindenes et al., 2017, s. 1). Dette kan også beskrives som det nevrobiologiske perspektivet. Dette området i hjernen kalles belønningssenteret, hvor vi har instinktene våre som forteller oss hvilke

fundamentale behov som er viktige for oss, og som derfor er med på å styre atferden vår (ibid.). Signalstoffer er kroppens naturlige stimuli som aktiverer belønningssenteret i hjernen, og gir oss en opplevelse av at en ting er bra eller at en handling er viktig for oss (ibid.). Dopamin, som er signalstoffet som kommer fra rusmidler, påvirker de samme hjerneområdene som naturlig stimuli gjør, men dopamin er som regel mye kraftigere og mer langvarig (ibid.). Dette kan føre til at rusmidlene nærmest overstyrer belønningssenteret, og at de naturlige stimuliene etter hvert ikke vil være i stand til å gi normal opplevelse av velbehag, og derfor ikke oppleves like viktige lengre, mens rusmidler fremstår som det viktigste, og derfor prioriteres (ibid.). Rusmiddelmisbruk over lang tid fører til endringer i belønningssystemet, som videre fører til at personen ikke lenger gjør valg på samme måte som hen gjorde før (ibid.). Etter hvert vil den gode følelsen av rusmiddelet gradvis bli mindre, mens suget etter rusmiddelet bare blir sterkere (ibid.). Dette viser hvorfor behandling av avhengighet er en vanskelig og tidkrevende prosess, og som ikke er mulig for alle kun gjennom frivillig behandling. Rusmidler har også effekt på andre områder i hjernen som kognisjon og læring, stress-responser og selv-regulering (Vindenes et al., 2017, s. 2). Når det gjelder kognitiv fungering blir det assosiert med impulsiv beslutningstaking, redusert selv-kontroll og dårligere hukommelse, videre er det mulig med kognitiv svikt etter indirekte effekter knyttet til dårlig somatisk helse og ernæring, voldsepisoder og traume (ibid.).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om at brukere skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak (Kleppe, 2015, s. 106). Tanken bak brukermedvirkning er å øke brukerens påvirkning på omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, og dermed også forsterke både selvbilde og motivasjon for endring (Helsedirektoratet, referert i Kleppe, 2015, s. 106). I tilfeller med tvangsinnleggelse kommer ofte hensynet til liv og helse før medvirkning, men samtidig skal vi legge til rette for grader av medvirkning. Antageligvis er det vi selv som sosialarbeidere som vil være det største hinderet for brukermedvirkning, da vi fanges i vår egen problemforståelse og hva vi selv mener er veien å gå for å få til endring (Kleppe, 2015, s. 108). Videre kan vi se på brukermedvirkning ut ifra dette utdraget:

Det er nødvendig å lytte til brukeren/klientens beskrivelser av egne problemer og spørre etter forslag til løsninger. En må våge å se den andre og la seg inspirere. Yrkesutøveren skal gi informasjon slik at brukeren/klienten i størst mulig grad selv kan velge tiltak. ... Selv i situasjoner hvor brukeren/klienten er sterkt hjelpetrengende og ber om at noen andre overtar, må yrkesutøveren søke å beholde forståelsen for at enhver har ansvar for eget liv (Grunnlagsdokumentet FO, 2010, referert i Kleppe, 2015, s. 109).

Hvor mye brukermedvirkning er det mulig å legge til rette for i tvangssituasjoner? I situasjoner hvor vi anser tvangsinnleggelse som nødvendig, ser vi ofte bort fra brukermedvirkning, da deres beskrivelse av egne problemer ikke gjenspeiler alvorligheten i misbruket, og de blir fratatt autonomi. Det er en utfordring i forholdet mellom hjelp og kontroll, hvor vi ikke har som hensikt å krenke, men kontrollaspektet kan virke krenkende (Kleppe, 2015, s. 110). Tvang er en situasjon hvor det vil være vanskelig å praktisere anerkjennelse, myndiggjøring og medvirkning, og samtidig kan vi stille spørsmålet om hvem som skal medvirke i hvem sitt liv? Brukere skal gis mulighet til å medvirke, men samtidig skal ikke sosialarbeideren medvirke i brukers liv (ibid.).

Metode

Valg av metode

Metode er et redskap vi bruker når vi skal undersøke, som hjelper oss å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til oppgaven (Dalland, 2020, s. 53). Vi må velge metode ut fra hva som er en ideell fremgangsmåte, men samtidig må man velge en metode som er praktisk gjennomførbar. Vi kan tenke på metode som det å følge en viss vei mot et mål, hvor vi da skal beskrive hvordan vi går denne veien og redegjøre for de valgene vi har tatt underveis mot målet (Dalland, 2020, s. 56.).

Det er derimot viktig å huske på at metoden ikke alltid helt klarer å fange opp det vi ønsker å undersøke, og/eller forskeren ikke klarer å gjennomføre undersøkelsen helt ideelt (Dalland, 2020, s. 56). Det blir derfor nødvendig å redegjøre for hva som kan være usikkerheter ved metoden, eller om måten det ble gjennomført på kan ha virket inn på resultatet (ibid.). Etter undersøkelsen er gjort må vi vurdere om den valgte metoden fungerte med tanke på valgt problemstilling.

Hvordan vi velger metode kan styres av problemstillingen, hvor mye tid man har på seg, metodeferdigheter eller hvilke ressurser som er tilgjengelige. Det er flere mulige metoder å velge, men de vanligste er kvalitativ, kvantitativ og litteraturstudie. Ifølge Dalland (2020, s. 54) er kvantitative metoder en metode som gir data i form av målbare enheter, mens kvalitative metoder er metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Litteraturstudie derimot er en metode som baserer seg på sekundærdata.

Litteraturstudie

I utgangspunktet tenkte jeg at det virket mer spennende å gjøre intervju, men ettersom jeg kun hadde rundt to måneder på skriveprosessen, og det samtidig er et vanskelig område å skaffe informanter til, valgte jeg bort denne metoden. Dermed ble det en narrativ litteraturstudie, da jeg mener det er best egnet til å belyse min problemstilling. En narrativ litteraturstudie har som mål å gi en bred forståelse og oversikt over feltet, ved gjennomgang av et stort omfang litteratur for å sammenligne og diskutere allerede gjort forskning (NTNU undervisning, 2018). Det er en søkestrategi for å studere litteraturen som finnes rundt mitt tema, på en omfattende måte (ibid.).

Hensikten ved litteraturstudie er å få fram hva som er kunnskapsstatusen på et visst felt, som i mitt tilfelle er tvangsinnleggelse av ruspasienter (Jacobsen, 2010, s. 54). Målet er å sammenstille teorier og funn, og deretter prøve å fastslå hva man vet (ibid.) Dette gjør man ved å analysere flere tidligere studier, hvor det minimum skal være tre vitenskapelige tekster.

Fordeler ved en litteraturstudie er at vi får et teoretisk perspektiv og grunnmur, vi oppsummerer kunnskap slik at det blir mer «orden i kaoset», noe som bidrar til en god oversikt over den aktuelle forskningen. Samtidig som vi ser på tidligere forskning, vil vi få ny kunnskap på grunn av et stort utvalg litteratur; hele puslespillet er altså mer verdifullt enn kun én brikke. En siste fordel er at vi ikke trenger direkte tilgang til pasienter, noe som vil være tidssparende.

Ulemper ved en litteraturstudie er at vi må bruke litteratur som allerede finnes, dermed kan vi ikke alltid få vår egen vinkling. Videre kan vi gjøre «cherry picking», som vil si at vi leter etter bekræftelser på det man allerede tror, og derfor kan overse de resultatene som ikke passer inn i det vi allerede tenker. Her kommer min forforståelse inn, som kan påvirke mine valg, ved at jeg leter etter bekræftelse på det jeg tenker i forkant. Jeg har derfor prøvd å være bevisst dette, men merker selv at forforståelsen påvirker de valgene jeg har tatt.

Datainnsamling

Ettersom jeg valgte en litteraturstudie består dataene mine av vitenskapelige tekster som andre har skrevet. Jeg har tatt utgangspunkt i tre vitenskapelige artikler, en som er mer positiv til tvangsinnleggelse, og to som er mer negative til tvangsinnleggelse. De tre vitenskapelige artiklene er ikke eldre enn fem år, noe som viste seg å være utfordrende å finne, da den lille

forskningen som er gjort på tvangsinnleggelser av rusmiddelmissbrukere som regel er eldre forskning.

I begynnelsen gjorde jeg innledende søk, for å orientere meg om emnet. De databasene jeg brukte var hovedsakelig Oria, Google scholar og Idunn. Jeg har brukt litt forskjellige søkeord og kombinasjoner, for å få mest mulig relevante artikler. Videre brukte jeg den boolske operatoren «AND». Ved bruk av «AND» fikk jeg resultater som inkluderte både søkeord 1 og søkeord 2 (Thiedemann, 2019, s. 87). Søkeord som «tvang» og «tvangsinnleggelser» ga en oversikt over hvor mye forskning det var, samt inspirasjon til videre søking. Ettersom «tvang» og «tvangsinnleggelser» ga for mange treff, gjorde jeg mer systematisk søking med søkeordene: «tvangsinnleggelse OG rusbehandling», «tvang OG rus», «tvangsinnleggelse OG ruspasienter» m.m, for å kunne planlegge og begrunne søkene, samtidig for å dokumentere for etterprøvbarhet (Thiedemann, 2019, s. 82). Dette gjorde at jeg fikk færre treff, spesielt i Oria og Idunn. Videre brukte jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få færre og enda mer aktuelle treff.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved bruk av søkeordene «Tvangsinnleggelse OG rusbehandling», «tvang OG rus», «tvangsinnleggelse OG ruspasienter» fikk jeg få treff i Oria og Idunn, mens jeg fikk en god del på Google scholar. Den ene artikkelen ved bruk av søkeord «tvangsinnleggelse OG rusbehandling» ga kun 1 treff i Oria, men det var en svært relevant artikkel, ikke en vitenskapelig artikkel, men fagartikkel. Ettersom den ene artikkelen var så relevant, begynte jeg å gjøre manuelle søk og fant mer relevant litteratur, men ikke vitenskapelige tekster innenfor kriteriene. Jeg søkte derfor videre med inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleevaluering	Ikke fagfelleevaluert
Vitenskapelig tekst	Fagartikler
Norsk og engelsk	Eldre enn 5 år
Utgitt siste 5 år	
Ruslidelse med samtidig psykisk lidelse	

Inklusjons og eksklusjonskriteriene ble avgrenset i databasenes filter, og samtidig gjort manuelt gjennom lesing. For å finne vitenskapelige artikler som var fagfelleevaluert, så jeg etter en

IMRaD struktur (Introduksjon, Metode, Resultat, Diskusjon), og et sammendrag (abstract) (Thidemann, 2019, s. 30). Jeg forsøkte med forskjellige søkeord, men fikk svært få treff etter å inkludere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Jeg begynte derfor å søke med engelske søkeord for å få mer bredde i søket mitt. Søkeord jeg brukte på engelsk var: "substance use treatment" AND "compulsory admissions", "compulsory admissions" AND "substance use" og "substance use" AND "compulsory admissions" AND treatment. Jeg fant frem til disse søkeordene via manuelle søk i de relevante fagartiklene jeg tidligere hadde funnet. Fortsatt sliter jeg med å finne relevante vitenskapelige tekster som er innenfor kriteriene, men etter å ha utvidet til engelsk er det mer å velge mellom. Samtidig må jeg utvide pasientgruppen fra kun ruspasienter, til ruspasienter med samtidige psykiske utfordringer da jeg ikke finner nok forskning kun med ruspasienter. Den første hovedartikkelen fant jeg på Oria, ved søkeordene "compulsory admissions" OG "substance use" som ga totalt 11 treff. Jeg skumleste gjennom alle, hvor inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble et filter når jeg leste gjennom, samtidig med reflektert, kritisk tenkning og fant kun den ene artikkelen som relevant for min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 90-91). Videre fant jeg den neste hovedartikkelen gjennom Google Scholar ved søkeordene "substance use treatment" AND "compulsory admissions" som ga 29 treff. Her også skumleste jeg gjennom og brukte samme fremgangsmåte som ved forrige artikkel, for å utelukke og finne frem til den vitenskapelige teksten jeg ønsket. Den siste hovedartikkelen fant jeg også gjennom Google scholar ved søkeordene "substance use" AND "compulsory admissions" AND treatment som ga 246 treff. Her så jeg kun gjennom alle overskriftene for å finne frem til de jeg tenkte var relevant, for så videre å skumlese de artiklene, også her med samme fremgangsmåte som med de andre artiklene. Da jeg hadde funnet frem til tre vitenskapelige tekster, leste jeg gjennom disse flere ganger for å bli godt kjent med dem, for å så utarbeide litteraturmatiser til hver artikkel som en god oversikt for det videre arbeidet (Thidemann, 2019, s. 95).

Videre for å foreta kvalitetsvurderinger på de vitenskapelige artiklene fordret det kunnskap om forskningsmetoder generelt, og spesielt kunnskap om de metodene som er brukt i de aktuelle artiklene (Thidemann, 2019, s. 91). Dette finnes det forskjellige sjekklister til, hvor helsebiblioteket har oppdaterte sjekklister, som jeg benyttet meg av. Jeg brukte hovedsakelig sjekklisten «Kvalitativ studie» (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten er inspirert av «Critical Appraisal Skills Programme», nærmere kjent som CASP-modellen, som er en anerkjent og mye brukt modell (ibid.).

Analyse og funn

«Å analyse en tekst er å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forstå den» (Thidemann, 2019, s. 92). For å granske teksten leser jeg kritisk og reflektert, både i deler og i helhet for å få tak i detaljene, og samtidig få en god forståelse av innholdet (ibid.).

For å få en god oversikt over hovedelementene i den enkelte artikkel og alle artiklene samlet sett, har jeg utarbeidet en litteraturmatrise. I litteraturmatrisen har jeg sammenstilt artiklene og notert ned den viktigste informasjonen fra hver av de inkluderte artiklene (Thidemann, 2019, s. 95).

Tabell 2. Artikkel 1

	Artikkel 1
Forfatter(e)	Habermeyer, B., Wyder, L., Roser, P. & Vogel, M.
Publiseringsår	2018
Tidsskrift	Swiss Medical Weekly
Land	Sveits
Tittel	Coercion in substance use disorders: clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital.
Hensikt	Belyse effekten av tvangsinnleggelse i behandling av rusmiddelforstyrrelser, på variabler som lengde på oppholdet eller avslutning av behandling før anbefalt utskrivning.
Metode	Retrospektiv analyse av pasienter innlagt på sykehusets avdeling for vanedannende lidelser mellom november 2016 til oktober 2017. En kvalitativ studie.
Utvalg	608 pasienter som ble innlagt på sykehusets vanedannende avdeling, hvor 79,4% (483) pasienter ble innlagt frivillig, og 20,6% (125) ufrivillig.
Resultater	Ved tvangsinnleggelse for behandling av rusmiddelforstyrrelser var liggetiden betydelig kortere og andelen pasienter som forlot behandling mot anbefaling dobbel så høy som hos de frivillig innlagte pasientene. Under avrusningen var gjennomsnittstiden til frivillig innlagte pasienter tre dager, mens hos tvangsinnlagte var det kun en dag. Også, om behandlingen ble igangsatt ved tvangsinnleggelse, virket en påfølgende overgang til frivillig behandlingsstatus svært uvanlig. Det er derimot viktig å bemerke at de som ble innlagt på tvang har

	vist lavere helsetilstand og sosial funksjon sammenlignet med de som ble innlagt frivillig. De konkluderte med at tvangsinnleggelse, etter deres studie, ikke førte til vedvarende pasientbehandling.
Kvalitet	Studien er publisert i et fagfellevurdert tidsskrift og er av nyere dato. Det blir beskrevet fremgangsmåte, og mulige begrensinger med studien. En begrensning med studien er at i og med at studien er retrospektiv så må de stole på den informasjonen som foreligger, i stede for å eksempelvis gjøre intervjuer selv.
Etikk	Studien er godkjent av den ansvarlige, regionale etiske komitéen.

Tabell 3. Artikkel 2.

	Artikkel 2
Forfatter(e)	Chau, W. L., Erickson, M., Vigo, D., Lou, H., Pakhomova, T., Winston, L. M., MacPherson, D., Thomson, E. & Small, W.
Publiseringsår	2021
Tidsskrift	ScienceDirect
Land	Canada
Tittel	The perspectives of people who use drugs regarding short term involuntary substance use care for severe substance use disorders.
Hensikt	Undersøke og tolke perspektivene til personer med tidligere og nåværende erfaringer med rusmidler om tvangsbehandling.
Metode	Kvalitativ metode, med deskriptiv tilnærming som tolker deltakerperspektiver ved å stille spørsmål i grupper.
Utvalg	Ni deltakere på tvers av kjønn og alder, hvor den yngste var 18 år. Alle deltakerne var representanter fra lokale og regionale narkotikabruker-, samfunns- og påvirkningsorganisasjoner. De ble identifisert som personer med betydelig levd og levende erfaring med rusbruk, som derfor er godt posisjonert til å snakke om sentrale spørsmål knyttet til tvangsbehandling. Likevel hadde ingen av deltakerne selv vært tvangsinnlagt på grunn av rusmiddelmisbruk.
Resultater	Deltakerne mente at tvangsbehandling var uhensiktsmessig i dagens sammenheng, hvor de pekte på forskjellen mellom psykiske lidelser og rusmiddellidelser. De så mulig verdi av tvangsinnleggelse i akutte situasjoner, men understreket at det først og fremst burde være for personer med sammensatte, alvorlige psykisk lidelser i stedet for de med kun rusmiddellidelser.

	<p>Deltakerne støttet ikke bruken av tvangsinnleggelse, men understreket heller nødvendigheten med betydelige endringer for å håndtere mangler ved det frivillige omsorgssystemet, som blant annet avrusning-senger og tilgjengelige behandlingssentre. Videre nevnte også deltakerne at ikke alle har et mål om å bli rusfri, eller et behandlingsmål om å få utdanning, gjenvinne omsorg for barn og lignende, snarere enn å endre rusmiddelbruken. De mente det var et stigma rundt rusmiddelbruk, noe tvangsbehandling forverret. Den ene deltakeren kom med følgende kommentar «Like if you want your job back you need to go to treatment, well not everybody fucking needs or wants treatment». Denne kommentaren fremhevet det presset de mener legges på individer om å endre atferd av behandlingsinstitusjoner, og det dominerende fokuset som er på individet i stedet for å endre strukturer, systemer og miljøet. Også når de ble bedt om å forklare en «ideell» situasjon med tvangsbehandling, ble det nevnt brukermedvirkning, talsmann og unngå bruk av politi.</p>
Kvalitet	<p>Studien er publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, og er av nyere dato. Fremgangsmåte er beskrevet. De gjør også rede for begrensinger med studien, som blant annet få deltakere. Videre skriver de forslag til hva fremtidig forskning bør inkludere, som blant annet deltakere med egen erfaring fra tvangsopphold.</p>
Etikk	<p>Det er beskrevet hvordan forskningen ble forklart til deltakerne. Videre fikk de informert samtykke, og en egen representant i gruppen, med egen erfaring med rusmiddelbruk for å støtte deltakerne. Til slutt er studien også forelagt etisk komité.</p>

Tabell 4. Artikkel 3.

	Artikkel 3
Forfatter(e)	Van Kranenburg, G. D., Van den Brink, R. H. S., Mulder, W. G., Diekman, W. J., Pijnenborg, G. H. M. & Mulder, C. L.
Publiseringsår	2019
Tidsskrift	BMC Psychiatry
Land	Nederland

Tittel	Clinical effects and treatment outcomes of long-term compulsory in-patient treatment of treatment-resistant patients with severe mental illness and substance-use disorder.
Hensikt	Å studere mønstre for endringer i kliniske og funksjonelle utfall under behandling ved SuRe (Sustainable Residence), og eventuelle behandlingsresultater ved langvarig (innleggelse på fire år) tvangsinnleggelse.
Metode	Kvantitativ metode, hvor de bruker en observasjonsstudie som inkluderer pasienter innlagt på SuRe mellom august 2009 og januar 2015.
Utvalg	Hjemløse pasienter med dobbeltdiagnose, som blir sett på som behandlingsresistente av de eksisterende tjenestene. Det var totalt 165 pasienter, som ble delt inn i tre grupper. Den første gruppen er de som ble skrevet ut til en mindre restriktiv og støttende setting (70 stykker, 42%), den andre gruppen er de som fortsatt er innlagt ved SuRe etter fire år (69 stykker, 42%), til slutt den tredje gruppen er de som ble henvist til en mer passende setting (26 stykker, 16%). Det er kun pasienter som allerede er blitt diagnostisert med en psykisk lidelse og som er en reel fare for seg selv og/eller andre som er med i studien.
Resultater	Alle tre gruppene gjorde små, men tydelige forbedringer på psykososial funksjon og terapeutisk allianse. Pasientgruppen som ble utskrevet viste liten til moderat forbedring i risiko for seg selv og andre, psykiske symptomer og ferdigheter for dagliglivet. Pasientgruppen som ble igjen på SuRe viste en liten økning i risiko for seg selv. Den siste pasientgruppen som ble henvist til en mer passende setting viste opposisjonell atferd. Til slutt viste det, i motsetning til frivillig behandling, at det knapt var noe frafall fra behandling, selv om de fikk gå i permisjon.
Kvalitet	Studien er publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, og samtidig av nyere dato. Fremgangsmåten er beskrevet. Det er også gjort rede for de ulike begrensningene med studien, blant annet at de har forklart utviklingen av funksjon på en lineær måte, selv om fremgang i behandlingsperioden ikke nødvendigvis er en lineær prosess.
Etikk	Studien er godkjent av den nederlandske, medisinske etiske komitéen for psykiske helsetjenester og er bedømt til å være i samsvar med den nederlandske loven om medisinsk forskning som involverer mennesker og den nederlandske loven om medisinsk behandling. Videre var det ikke nødvendig med informert

	samtykke, da studien er i samsvar med kriteriene for anonym bruk av rutinemessig resultatvurderingsdata til forskning.
--	--

Studiens troverdighet (validitet)

I forhold til hvor mye jeg kan stole på funnene mine, må jeg ta i betraktning at dette er studier fra andre land, med ulike resultater. Kan funnene relateres til tvangsinnleggelse i Norge? En sentral forskjell er at de bruker tvangsbehandling i tillegg til tvangsinnleggelse, noe vi ikke gjør i Norge. Videre vil det være viktig å være bevisst de forskjellene som kan være i utøvelse av tvangsinnleggelse i de forskjellige landene, de har ikke nødvendigvis samme prosedyrer og rutiner for hvordan de utføres, og hvordan loven regulerer tvangsinnleggelsen. Ved min studie er det utfordringer med relabiliteten og validiteten, slik som i alle andre studier. Jeg har ikke mulighet til å være så nøyaktig som jeg skulle ønsket med tanke på begrensning av antall ord. Jeg har derfor ikke kunne tatt med alt jeg har ønsket. Jeg tenker videre at en litteraturstudie har vært hensiktsmessig, da jeg får sammenligne ulike resultater fra flere studier, noe som kan gi meg et bredere bilde av effekten av tvang, enn om jeg for eksempel kun hadde intervjuet et fåtall pasienter selv. Jeg erfarte derimot at det var vanskelig å finne gode studier akkurat innenfor mitt område, slik at det ble begrenset med muligheter for hvilke studier jeg kunne velge. Jeg har også valgt studier med forskjellige metoder, både kvalitativ og kvantitativ, som kan gjøre det vanskeligere å sammenligne fordi de presenterer resultatene på forskjellige måter, men samtidig har jeg da fått sett flere sider av hvordan et resultat presenteres. Alt i alt mener jeg resultatene er med på å svare på problemstillingen min, og derfor imøtekommer hensikten med studien.

Drøfting av funnene

Kan tvangsinnleggelse være et nødvendig onde?

For høy terskel ved tvangsinnleggelse

Bør terskelen for bruk av tvangsinnleggelse innenfor rusfeltet senkes? Dette er et tema som ikke nødvendigvis gir et utfyllende svar eller et konkret ja eller nei. Når en rusmiddelmissbruker ikke vil ha behandling eller ikke ser at hen trenger hjelp, bør eller skal samfunnet gripe inn? Her vil mange svare både ja og nei. I de valgte studiene i denne oppgaven finner vi svar som heller for at tvang i noen tilfeller er nødvendig, mens andre studier sier at det er liten eller ingen positiv effekt av tvangsbruk i behandlingen av rusmiddelmissbruk. Studien til Kranenburg et.al

(2019), viser at tvang kan ha noen positive effekter, hvert fall om det er de «rette» pasientene. Men hvordan skal man kunne vite om noen er de «rette» pasientene til å legge inn på tvang? Det studien til Kranenburg et.al (2019) viser er at tvang kan bidra til både å bedre de hverdagslige funksjonene som verbale ferdigheter og egenomsorg, redusere psykiske symptomer og bidra til at rusmiddelmissbrukeren utgjør en mindre risiko for seg selv. Samtidig viser denne studien at tvang for en annen gruppe pasienter førte til at de utgjorde en større risiko for seg selv etter behandling.

En tvangsinnleggelse i rusfeltet kan være et nødvendig «onde» for å forsøke å hjelpe en rusmiddelmissbruker som er så nedkjørt at hen vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp (Leer-Salvesen, 2016). Det kan tenkes å være en kortvarig smerte for å oppnå helse på lang sikt, slik at de positive virkningene er større enn de negative. Studien til Habermeyer et.al (2018) trekker frem et viktig poeng, den sier at det er viktig å bemerke at de som blir innlagt på tvang hadde en lavere helsetilstand og en dårligere sosial fungering sammenlignet med de som ble frivillig innlagt. Det kan også være slik at de som blir tvangsinnlagt i større grad enn de som velger å legge seg inn frivillig har flere og sammensatte problemer i tillegg til rusmiddelmissbruken. Kognitive utfordringer kan ofte være en faktor for dropout i frivillig behandling. Denne kognitive funksjonen handler om det som har med erkjennelse, oppfatning og tenkning å gjøre, og denne evnen kan svekkes som en konsekvens av langvarig rusmiddelbruk (Sømhovd, et al., 2019). Fra en studie om kognitiv funksjon som en faktor for dropout i behandling, kom det frem at de som har et mildt nedsatt kognitivt funksjonsnivå hadde nesten 70 prosent høyere risiko for behandlingsavbrudd, sammenlignet med de som har normal kognitiv funksjon (Sømhovd et al., 2019). Dette kan være en pasientgruppe som kanskje passer bedre med tvangsinnleggelse, for så å gå videre i frivillig behandling. Kranenburg et.al (2019) gjennomførte en studie med hjemløse pasienter med dobbeltdiagnose, altså samtidig rus og psykiske lidelser, og som ble vurdert som behandlingsresistente. De hevder at tvangsinnleggelse kan være et alternativ til de som faller ut av frivillig behandling. Deres studie, som omfattet 165 pasienter delt inn i tre ulike grupper; den første gruppen var de som ble skrevet ut til en mindre restriktiv og støttende setting, gruppe to er de som fortsatt var innlagt ved SuRe etter fire år, og den tredje gruppen var de som ble henvist til en mer passende setting, hvor de konkluderer med at alle tre gruppene gjorde små, men tydelige forbedringer på psykososial funksjon og terapeutisk allianse. Et annet funn viste at det var et fåtall av frafall fra behandlingen, i motsetning til de som var frivillig innlagt. Det som kanskje er mest interessant er at den gruppen som ble værende etter fire år hadde en økning i risiko for seg selv. Det kan

tyde på at tvang over for lang tid kan ha en negativ effekt. På den andre siden er funksjonell forverring ofte integrert i det naturlige forløpet av kronisk psykose, en forverring som kan komme fra langvarig rusmiddelmissbruk. Pasientens bevissthet rundt disse effektene kan igjen redusere deres motivasjon for behandling.

Fra en studie ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus ble seksti pasienter tvangsinnlagt i en toårsperiode, hvor de ble kontaktet seks måneder etterpå for å fortelle om erfaringen (Leer-Salvesen, 2013, s. 248). Her var hele tre av fire positive til tvangen, noe som skiller seg sterkt fra studien til Chau et.al (2021) og Habermeyer et.al (2018). Hovedfunnet i studien var at innleggelsen ga bedre rusmestring og høyere livskvalitet, hvor de frivillig innlagte hadde noe høyere rusmestring enn de tvangsinnlagte. En av pasientene sa, som nevnt i forordet, at det var forferdelig å ikke ha noe å si, men i ettertid var det tvangen som reddet hen (Leer-Salvesen, 2013, s. 248). Også en studie fra Sverige, hvor de har gjort oppfølgingsstudier fra tre tidsperioder (1982-1987, 1988-1994, 1995-2011) konkluderte med redusert rusmiddelbruk ett år etter utskrivning hos gjennomsnittlig 30% av de tvangsinnlagte (Gerdner, 2011, referert i Kristensen, 2018). Videre var andel helt rusfrie 9%, noe som viser at tvangsinnleggelse kan ha en positiv tendens (ibid.). Etter forskning på hvordan rus påvirker motivasjonssystemet vårt, anbefaler Robert West at all rusbehandling bør skje med én gang det er mulighet for det, og at behandlingssystemet bør utøve maksimalt press der det er mulig, for deretter å henvise til evidensbasert behandling (Ytrehus, 2018, s. 124). Andre forskere mener derimot at tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere for ofte gjøres basert på hastevedtak, hvilket kan medføre at pasienten ikke vil ta imot tilbud fra institusjonen som initierer tiltaket (ibid.).

Det er flere som er positive til tvangsinnleggelse i rusfeltet, sammenlignet med psykiatriske tvangsinnleggelser (Leer-Salvesen, 2013, s. 247). Dette kan forklares med at tvangsinnleggelse her ikke er det samme som i psykisk helsevern, da det i rusfeltet ikke er mulighet til å tvangsmedisinere eller bruke tvangsmidler under oppholdet (ibid.). Forskjellen mellom frivillig behandling og tvangsinnleggelse i rusfeltet er en låst ytterdør (Sosialdepartementet, 1992, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 247). Samtidig er det større mulighet for at de som tvangsinnlegges i rusfeltet i større grad ønsker dette selv, sammenlignet med det psykiatriske (Leer-Salvesen, 2013, s. 247). Det å sammenligne tvangsinnleggelse med frivillig innleggelse er ikke nødvendigvis helt riktig. De som tvangsinnlegges er naturligvis en mer belastet populasjon, altså har mer fysisk, psykisk og sosiale skader, enn de som blir frivillig innlagt, og

de har derfor en dårligere prognose i utgangspunktet. Derfor blir også små til moderate effekter av tvangsinnleggelse i utgangspunktet et godt resultat. De fordelene det er ved tvangsinnleggelser må imidlertid vurderes opp mot ulempene. Selv om tvangsinnleggelse skal gjøres etter pasientenes beste og med tro på at en slik type behandling vil fungere, vil en overprøving av individet ha sine omkostninger, som jeg vil komme tilbake til.

Skadepotensialet ved rusmiddelmisbruk blir klassifisert på forskjellige måter, men jeg velger å se på skader som kommer direkte og indirekte, ved både akutte og kroniske tilstander. De direkte skadene ved akutte tilfeller er for eksempel rus og forgiftning, mens de direkte skadene ved kronisk tilstand er utvikling av avhengighet, redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader og så videre (Søvig, 2007, s. 75). De indirekte skadene ved akutte tilfeller vil være ulykker, skader og vold, mens indirekte skader ved kronisk tilstand vil være sosiale problemer, økonomiske problemer, psykiske problemer og så videre (ibid.). Drap begått av ruspåvirket personer står for over halvparten av drapene i 2022, også i flere år tilbake (Politiet, 2022). Skadepotensialet er høyt, noe som kan tale for tvangsinnleggelser, da alternativet til tvangsinnleggelse som oftest er ingen behandling.

Brukermedvirkning i form av aktiv involvering av pasient i valg av tjenester og behandling er både en rettighet for pasienter og en faglig anbefaling (Helsedirektoratet, 2016). «Det er ikke alltid at tvangen i seg selv er problemet, men måten den utføres på og brukerens opplevelse av situasjonen» (Stensrud, referert i Lie, 2022, s. 171). Pasientens erfaringer kan bidra til at tjenestene endrer seg og bedre møter pasienters opplevde behov (Lie, 2022, s. 172). Videre kan medvirkning bidra til økt samarbeid og bedre oppfølging av behandlingen (ibid.). Brukermedvirkning er særdeles viktig i saker hvor det blir utøvd tvang, fordi det reduserer unødig tvangsbruk, minsker opplevelsen av krenkelse samtidig som den bedrer muligheten for tvangens både kortsiktige og langsiktige nytte (Lundeberg et al., 2014, s. 187). Altså, i hvilken grad pasienten opplever å bli respektert, hørt og forstått oppgis som svært betydningsfullt for utfallet av tvangsoppholdet (Helsedirektoratet, 2016). Brukermedvirkning blir også nevnt i studien til Chau et.al (2021), hvor deltakerne beskriver en ideell tvangsinnleggelse hvor medvirkning var en viktig faktor.

En rusmiddelmisbruker kan ofte være negativ til behandling på grunn av benekting og andre psykologiske forsvarsmekanismer, utmattelse og mangel på motivasjon (Bean-Bayog, 1993, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 242). Rusmidlene har etter forskning vist å utvikle både

følelses- og hukommelsesstyrte «spor» i hjernen som vil søke å holde den avhengige fast i rusmiddelmisbruk (Koob & Volkow, 2010, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 251). En forsker har sagt at det er «en lyst sterkere enn livet» (Heilig, 2011, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 252). Mentaliseringsevnen, og evnen til å ta rasjonelle valg kan være redusert, og vi kan spørre om personen er i stand til å bestemme over sin egen helse? Et barn har ikke autonomi, men et vokset menneske har autonomi. Er en rusmiddelmisbruker i kritisk stadium å sammenligne med et barn eller en utilregnelig? (Leer-Salvesen, 2016). I utgangspunktet virker det riktig å sammenligne en rusmiddelmisbruker i kritisk stadium som utilregnelig, med tanke på rusmidlenes virkning på hjernen, men samtidig er det et vanskelig spørsmål å ta stilling til.

For lav terskel ved tvangsinnleggelse

Selv om tvangsinnleggelse kan ha positive virkninger mens tvangen pågår, betyr ikke det at det nødvendigvis fortsetter slik. En opplevelse av overgrep og krenkelse, som fort kan oppstå ved tvangsinnleggelse, kan føre til en forverring dersom pasienten blir skeptisk og holder seg unna behandlingssystemet i ettertid (Leer-Salvesen, 2013, s. 247). Ifølge Habermeyer et.al (2018) konkluderte de med at tvangsinnleggelse ikke førte til vedvarende pasientbehandling. De gjorde en analyse av 608 pasienter, hvor rundt 80% var frivillig innlagt, og 20% tvangsinnlagt. Resultatene viste at liggetiden var betydelig kortere og andelen som forlot behandling var dobbelt så høy som ved frivillig behandling. Videre virket en påfølgende overgang til frivillig behandling svært uvanlig. Også ifølge Chau et.al (2021) virket deltakerne negative til bruk av tvang, og ønsket heller en forbedring av den frivillige behandlingen. Denne studien ble gjennomført ved å stille spørsmål i en gruppe bestående av ni deltakere med levd og levende erfaring fra rusbruk. Hvor aktuelt det er å sammenligne disse studiene til norske tvangsinnleggelse er usikkert, med tanke på hvor ulik praksis det kan være i utøvelsen av tvangsinnleggelsen. Selv om Habermeyer et.al (2018) konkluderte med at tvangsinnleggelse ikke førte til videre behandling, viser studien fra Sørlandet sykehus at omtrent halvparten av de tvangsinnlagte velger å gå videre til frivillig behandling (Lundeberg, 2010, referert i Walø-Syversen, 2022). Et annet argument mot bruk av tvang er at endringsmotivasjonen i aktive rusperioder ofte er svært lave, og derfor blir tiltak på dette stadiet nytteløse (Ytrehus, 2018, s. 123). Samtidig viser forskning at motivasjonen ofte kan håndteres som en del av behandlingen (ibid.).

I studien til Chau et.al (2021) kom det frem at deltakerne mente det var et stigma rundt rusmiddelmisbruk, noe tvangsinnleggelse forverret. Dette er fordi ikke alle har et mål om å bli

rusfri, eller et behandlingsmål om å få utdanning, gjenvinne omsorg for barn og lignende, snarere enn å endre rusmiddelbruken. En av deltakerne sa «Like if you want your job back you need to go to treatment, well not everybody fucking needs or wants treatment». Her kan vi se det presset som de mener legges på individet om å endre atferd, et dominerende søkelys på individet, i stedet for å endre strukturer, systemer og miljø. Også flere rapporterer om at tvangsinnleggelse forsterker stigma, hvor «rusmiddelavhengig» overgår andre og langt viktigere personlige kjennetegn (Helsedirektoratet, 2016). Holdninger i hjelpeapparatet kan redusere eller forsterke pasientens opplevelse av hvor inngripende og krenkende en tvangsinnleggelse kan føles (ibid.). Sterkt paternalistiske inngrep kan være problematisk fordi det innebærer et større inngrep i borgerens frihet, og sjeldent har konstruktive følger (Lundeberg et al., 2014, s. 33). Tvang brukt mot rusmiddelmisbrukere som ønsker å misbruke rusmidler og er i stand til å forstå konsekvensen av denne livsstilen er ofte nytteløst og særlig krenkende og umyndiggjørende (ibid.). Det stigmaet som er rundt rusmiddelmisbrukere kan ses i en biopsykososial sammenheng, hvor både den kroppslige, psykologiske og sosiale sårbarheten spiller en rolle. Det blir et stigma ved at vi definerer rusmiddelmisbrukere som å ha «lavere status», gjerne også på utsiden av samfunnet i det vi ser på som dårlige miljø. For en rusmiddelmisbruker kan dette miljøet gjerne tenkes som noe trygt og godt. Videre blir de oppfattet å ha generelt dårligere fungering, gjerne både sosialt, psykisk og fysisk. Stigmaet fører til at de havner utenfor samfunnet, noe som skaper ytterligere konsekvenser for å kunne gi god behandling.

I bestemmelsen etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §10-2) er det ikke noe krav om at rettsanvenderen skal vurdere samtykkekompetansen til personen som vurderes innlagt (Lundeberg et al., 2014, s. 33). Dermed åpner loven for bruk av både svakt og sterkt paternalistisk grunnlag, men i praksis vil vurdering av selvbestemmelsesevne likevel ofte være en del av beslutningsgrunnlaget (ibid.). Men hvor går skillet på om man er samtykkekompetent eller ikke? Igjen, et spørsmål som er utfordrende å svare på. Rusmiddelmisbrukere selv opplever ofte en tilhørighet til narkotikamiljøet som et meningsfylt alternativ, mens samfunnet betrakter de som «ofre», utilregnelige, viljesvake og så videre (Dahl 2011 og Lalander 2001, referert i Lundeberg et al., 2014, s.33). Dette motsetningsforholdet kan oppleves som stigma og kan hindre samarbeid og muligheten for å gi treffsikker hjelp (ibid.).

En annen konsekvens av for lav terskel ved tvangsinnleggelse kan være at rusmiddelmisbrukere lar være å oppsøke hjelp i frykt om å bli tvangsinnlagt (Søvig, 2007, s. 113). Dette kan videre

føre til at de får et dårligere helsetilbud, som igjen kan føre til ytterlige negative konsekvenser slik som tidligere skrevet om «skadepotensialet». Brukermedvirkning er en stor faktor for hvordan innleggelsen oppleves. Det skal i utgangspunktet legges like mye til rette for brukermedvirkning under tvang, som i frivillig behandling. Dessverre så er det slik at noen pasienter ikke opplever å få mulighet til reel brukermedvirkning når de møtes med argumenter om manglende kompetanse og innsikt til å ta ansvar for sin egen hverdag (Lie, 2022, s. 172). Også bruken av midlertidige vedtak, hvor fokuset er på akutt livredning og stabilisering, kan være motivasjonsdpende (Walø-Syversen, 2022). Pasienten blir hentet inn uten å være forberedt, ofte ved hjelp av politi, som kan oppleves svært krenkende (ibid.). Videre er mangel på tilbud om plass i behandling etter det midlertidige vedtaket svært uheldig, da pasienten er i en tvungen prosess mot å bli rusmiddelfri, men havner tilbake til start ved utskrivelse da det ikke er tilbud om plass videre (ibid.). Dette vil igjen øke risikoen for overdose da toleransen ikke er den samme som før innleggelsen. Deltakerne fra studien til Chau et.al (2021) nevnte også at bruk av politi er krenkende, og at fokuset heller burde være på manglene ved den frivillige behandlingen, som her vises.

Er tvangsinnleggelse etisk forsvarlig?

Etikk er grunnlaget eller teorien vi lener oss på når vi skal vurdere hva som er rett og galt (Lie, 2022, s. 180). Som sosialarbeider er det helt grunnleggende at en viser respekt ovenfor pasientens rett til selvbestemmelse, yter en behandling som er til pasientens beste, og sørger for at behandlingen ikke er til skade samtidig som den skal være rettferdig (ibid.). Men hva er pasientens beste? Det er enkelt å ta denne vurderingen om pasienten får en akutt skade, og står i fare for å dø uten behandling, men vurderingen blir langt vanskeligere når det er snakk om en pasient som opplever verden annerledes enn andre, og som ikke ønsker hjelp til å endre dette. At en behandling er rettferdig handler om at den er forholdsmessig i forhold til andre ønsker og behov i samfunnet (ibid.).

Det finnes ulike forståelser av å bruke tvangsinnleggelse. I et pliktetisk perspektiv vil man gripe inn for å ivareta pasientens liv eller andres liv og helse (Lie, 2022, s. 180). Altså, hindre at pasienten lider overlast, mister behandlingsmuligheter eller er til fare for seg selv eller andre (ibid.). Her griper man inn i en persons liv som en følelse av plikt til å gjøre noe, selv om man ikke vet hva resultatet kan være av å gripe inn. Et annet perspektiv er dydsetikk, hvor handlingen begrunnes ut fra en moralsk overbevisning og det du står for som fagperson og

medmenneske (Lie, 2022, s. 181). Her vil profesjonsetikken spille en stor rolle. Nytteetisk er et perspektiv hvor det blir vektlagt hva som er nyttig for pasienten på lang sikt, selv om pasienten ikke samtykker til handlingen på kort sikt (ibid.). For eksempel å bruke tvang fordi pasienten over tid vil få det bedre, selv om pasienten ikke selv deler denne forståelsen. Et siste perspektiv er utilitaristisk, hvor man tenker omkostninger og nytte for alle involverte (Leer-Salvesen, 2013, s. 249). Her vektlegger man også belastningene overfor de pårørende.

«Tvangsinnleggelse kan forsvares etisk med at det er en kortvarig tilsidesettelse av individets autonomi for å øke autonomien på lang sikt» (Caplan, 2006, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 252). Videre er det også sagt at det å unngå å gripe inn i situasjoner hvor rusmiddelmissbrukere er i en destruktiv utvikling, er å skade individet enda mer (Raz, 1986, referert i Leer-Salvesen, 2013, s. 250). Mange opplever en avmaktfølelse – et ønske om endring, mens erfaringer og faktiske handlinger har gått i motsatt retning (Leer-Salvesen, 2013, s. 252). En kan derfor tenke at de selv ønsker en endring, hvor tvangsinnleggelse kan være et virkemiddel.

Avslutning

Hvor skillet går med hensyn til bruk av tvang eller ikke, er umulig å svare på. Norge verdsetter autonomi høyt, men jeg tenker at innenfor rusfeltet er dette noe vi kan vurdere å senke terskelen på, nettopp fordi det er flere studier som konkluderer med at det har positiv effekt. Liv reddes, livskvalitet økes og pårørende avlastes (Leer-Salvesen, 2016). Tvangsinnleggelser er et viktig virkemiddel, men kun når det blir brukt på de pasientene som har nytte av og trenger slik type behandling. Problemet er å finne ut hvem dette passer for og ikke, dette kan henge sammen med hvor grensen går for kun et misbruk, og et omfattende og vedvarende misbruk. Videre er alternativet til tvangsinnleggelse oftest ingen behandling, noe som fører til gradvis forverring. Om vi tar dette i betraktning, er de studiene med positive effekter, å regne som rimelig gode. Selv om det er kontroversielt med tvangsinnleggelser, viser studier slik som Kranenburg et.al (2019) at det kan være et alternativ for de som kontinuerlig faller ut av frivillig behandling, for å prøve å unngå fysisk og sosial forverring.

Litteraturliste

- Chau, W. L., Erickson, M., Vigo, D., Lou, H., Pakhomova, T., Winston, L. M., MacPherson, D., Thomson, E. & Small, W. (2021). The perspectives of people who use drugs regarding short term involuntary substance use care for severe substance use disorders. *ScienceDirect*, 97(103208), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103208>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. *Kapittel 3 – 11 sider
- Fjærli, L. I. & Seljeseth, W. (2018). *Vurdering av samtykkekompetanse* [Paperpresentasjon]. Fagkonferanse fylkesmannen, Seksjon for voksenhabilitering. <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-agder/bilder-agder/helse-omsorg-og-sosialtjenester-bilder/puh/samtykkekompetanse.pdf> *4 sider
- Habermeyer, B., Wyder, L., Roser, P. & Vogel, M. (2018). Coercion in substance use disorders: clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital. *Swiss Medical Weekly*, 148(3536), 1-6. <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14644>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2016, desember). *Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20-%20Veileder.pdf> /attachment/inline/c399c1b7-d0ef-44a9-af9a-80c018385021:2e78c8bfe086d5bf644ee8fcc7e2990c048b6787/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20-%20Veileder.pdf *136 sider
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=hol>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: en innføring*. Universitetsforlaget. *Kapittel 5 – 14 sider
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Høyskoleforlaget. *Kapittel 3 – 32 sider
- Kleppe, L. C. (Red.). (2015). *Sosialt arbeid en grunnbok*. Universitetsforlaget.

- Kristensen, Ø., Opsal, A. & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling? *Tidsskriftet for den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2018/04/kronikk/tvangsinnleggelse-rusbehandling> *3 sider
- Leer-Salvesen, P. (2016, 17. november). *Etiske problemstillinger knyttet til tvangsinnleggelse av ruspasienter*. Legeforening. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1dd996c21fd64e58b05e7286bc4dc59d/1-eeer-salvesen-etikk-og-tvang-fevik-host-2016.pdf>
- Leer-Salvesen, P (Red.). (2013). *Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Portal forlag. *Kapittel 5 – 89 sider
- Lie, T. W. (Red.) (2022). *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Fagbokforlaget. *Hele boken - 347 sider
- Lundeberg, R. I., Mjåland, K. & Søvig, K. H. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Gyldendal Norsk Forlag AS. *Hele boken – 280 sider
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget. *Kapittel 1 – 7 sider
- NTNU undervisning. (2018, 19. desember). *Litteraturstudie som metode* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=KF3PtpaDsm8>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>
- Politiet. (2022). *Drap i Norge 2012-2022: Nasjonal drapsoversikt*. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/nasjonal-drapsoversikt-2022.pdf>
- Statsforvalteren. (21.12.2022). *Tvang*. Statsforvalteren.no. Hentet 9. februar 2023 fra <https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/> *2 sider
- Sømhovd, M., Hagen, E., Bergly, T. & Arnevik, A. E. (2019). The Montreal Cognitive Assessment as a predictor of dropout from residential substance use disorder treatment. *ScienceDirect*, 5 (e01282), s. 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01282> *16 sider
- Søvig, K. H. (2007). *Tvang overfor rusmiddelavhengige: Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. Fagbokforlaget. *Hele boken – 473 sider
- Thiedemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Van Kranenburg, G. D., Van den Brink, R. H. S., Mulder, W. G., Diekman, W. J., Pijnenborg, G. H. M. & Mulder, C. L. (2019). Clinical effects and treatment outcomes

of long-term compulsory in-patient treatment of treatment-resistant patients with severe mental illness and substance-use disorder. *BMC Psychiatry*, 19(270), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2254-9>

- Vindenes, V., Eikemo, M. & Clausen, T. (2017). Rusmidlers virkning på hjernen – utvikling av avhengighet. *Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo*, 1-5.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2017/bilder/rusmidlers-virkning-pa-hjernen---utvikling-av-avhengighet.pdf> *5 sider
- Walø-Syversen, G. (2022, 27. mai). *Bruk av tvang i behandlingen av rusmiddelavhengighet*. Psykologitidsskrift.
<https://psykologitidsskriftet.no/fagessay/2022/05/bruk-av-tvang-i-behandling-av-rusmiddelavhengighet> *5 sider
- Ytrehus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm.