

Hva styrer bruk av tvang?

Ruth Lindefjeld

Masterprogram i helseadministrasjon

30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Juni 2020

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	4
2. Bakgrunn	6
2.1 Spiseforstyrrelse	6
2.2 Behandling på Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)	7
2.3 Tvang ved behandling av AN	7
2.4 Mål de siste årene – redusere tvang	9
2.5 Oppsummering	16
3. Analyseramme	17
3.1 Forklaringsfaktor på makro-nivå (faktorer som ligger utenfor organisasjonen)	17
3.2 Forklaringsfaktor på meso-nivå (faktorer som ligger innenfor organisasjonen) ...	18
3.3 Forklaringsfaktor på mikro-nivå (faktorer som ligger på individuelt nivå... ..)	19
3.4 Bruk av analyserammen på RASP som organisasjon	20
4. Metode / Data	21
5. Presentasjon av funn	24
5.1 Forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av AN i Norge	24
5.2 Forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av AN i andre land	24
5.3 Forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av psykiske lidelser i Norge og andre land	25
5.4 Utvikling av tvangsinnleggelse på RASP	26
6 Diskusjon	29
6.1 Hvordan kan økning i bruk av tvang på RASP forklare	29
6.2 Utvikling av bruk av tvang på RASP – Forklaring på makro-nivå	30
6.3 Utvikling av bruk av tvang på RASP – Forklaring på meso-nivå	35
6.4 Utvikling av bruk av tvang på RASP – Forklaring på mikro-nivå	37
6.5 Oppsummering	37
7 Oppsummering og konklusjon	38
Referanser	43

Sammendrag

Min hovedmotivasjon for å skrive denne oppgaven er å rette et søkelys mot bruk av tvang innen psykisk helsevern, undersøke om tvangsbruken har økt de siste årene, og forsøke å gi noen forklaringer på hvilke faktorer som styrer bruk av tvang.

Myndighetene har de seneste år nedlagt en betydelig innsats for å redusere bruk av tvang. Observasjoner gjort på eget arbeidssted tyder imidlertid på at dette ikke har skjedd, og at den kanskje har økt. I denne oppgaven har jeg forsøkt å se nærmere om disse observasjonene stemmer, og i så fall hvordan økningen kan forklares. I dette arbeidet har jeg gått gjennom litteraturstudier både på nasjonalt og internasjonalt nivå, for å se om det har vært en generell tendens til økning av bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge og øvrige land. I tillegg til litteratursøk har jeg brukt data fra den institusjonen jeg jobber som spesialist og leder. Alle tvangsdata fra pasientene innlagt på institusjonen de siste 10 årene har blitt analysert for å finne ut om observasjonen om at bruk av tvang har økt, stemmer.

Konklusjonen er at tvangsbruken ser ut til å ha økt.

I de siste kapitlene har jeg forsøkt å gi noen forklaringer på trenden som har blitt funnet. Kategoriseringen av disse ulike forklaringer har blitt funnet i litteraturen, og har blitt vurdert hvorvidt og eventuelt på hvilke måter, de kan være relevante for å forklare utviklingen på egen institusjon. Til slutt har jeg trukket frem en forklaring som jeg tenker er særlig interessant, ikke minst på grunn av det rommet for faglig skjønn som finnes i psykisk helsevern.

Denne oppgaven vil forhåpentlig bidra til en bedre forståelse av ulike faktorer som styrer bruk av tvunget psykisk helsevern, og kan derfor bidra med å øke generell kunnskap om bruk av tvunget psykisk helsevern.

1 Innledning

De siste årene har det vært en intens debatt omkring tvangsinnleggelse og tvangsbruk innen psykisk helsevern i Norge. Det er en svært alvorlig inngripen i en persons liv å bli innlagt i psykiatrisk institusjon mot sin egen vilje, og eventuelt bli utsatt for tvangsbehandling som skjerming, tvangsmedisinering eller tvangsernæring. Flere reportasjer i media og innlegg på sosiale medier har beskrevet hvordan mange pasienter har opplevd tvangsinnleggelse og -behandling som krenkende, ydmykende og ødeleggende for videre behandling. Samtidig finnes det også studier hvor deltakerne ikke så ut til å være imot ufrivillig behandling, så lenge den ble utført innenfor tillitsfulle forhold og ble oppfattet som omsorg og hjelp og ble ansett som passende der tilstanden var livstruende (1).

Til tross for at det ikke finnes tydelige svar om og når det er riktig å bruke tvang, har Regjeringen hatt et tydelig mål de siste 10 årene om at bruk av tvang skal reduseres. Det gjelder både omfanget av innleggelse på tvang, bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering (2). Samtidig har det kommet mange signaler at tallene på bruk av tvang peker oppover.

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om dette stemmer, og i så fall forklare dette paradokset. I denne oppgaven skal jeg først undersøke utviklingen av bruk av tvang over tid, og deretter skal jeg gjennom en vurdering av tidligere studier og gjennom en inngående studie av ett case – RASP – forsøke å finne mulige forklaringer på utviklingen.

Det studiene viser er at det er en forskjell på bruk og gjennomføring av tvang, både mellom landene, men også mellom regionene innenfor et land. Noen av forklaringene kan ligge i faktorer som ligger utenfor selve lovverket. Ved å samle på data (bruk av tvang ved pasienter med spiseforstyrrelse) i egen organisasjon (regional seksjon for spiseforstyrrelse) og ved å belyse egne erfaringer forsøkes det å få frem og vise til en utvikling, og for å kunne generere noe funn.

I kapittel 2 forklares det hva en spiseforstyrrelse er, i tillegg beskrives RASP – en av Norges største institusjonene for behandling av spiseforstyrrelse. Videre i samme kapitlet sies det noe om bruk av tvang ved behandling av spiseforstyrrelse og om regjeringens mål om å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern.

Kapittel 3 inneholder en litteraturgjennomgang for å identifisere ulike faktorer som forklarer utvikling av tvang. Analyserammen er basert på en kategorisering av ulike forklaringer man

finner i litteraturen om denne utviklingen. Kategoriseringen deles opp i tre ulike forklaringsfaktorer, nemlig forklaringer på makro-nivå (forhold utenfor behandlingsorganisasjonen), meso-nivå (forhold internt i behandlingsorganisasjonen), og mikro-nivå (forklaringer på individnivå).

I kapittel 4 beskrives bruk av metode / data i denne oppgaven som sier noe om ulemper og fordeler med å være observatør og forsker i egen organisasjon, og påpeker noe begrensninger mht data i denne studien.

I kapittel 5, presentasjon og funn, gjennomføres det en regresjonsanalyse som sier noe om utviklingen av bruk av tvang ved RASP. Her vurderes utviklingen på RASP opp mot det som er funnet i litteraturen, nemlig forekomst og utvikling av tvangsinnleggelse og – behandling av spiseforstyrrelse og andre typer psykiske lidelser, både i Norge og utenfor Norge.

I kapittel 6 diskuteres det mulige forklaringer på den utviklingen man har sett, både på RASP og gjennom litteraturen.

I et eget sluttkapittel diskuteres det paradokset som er observert og som er bekreftet; til tross for Regjeringens mål om å redusere tvang, peker tallene oppover. Det viser seg at det er mange faktorer som spiller inn ved bruk av tvang, og at variasjoner i bruk av tvang innenfor og mellom forskjellige land og regioner kan forklares på ulike måter. Rettigheter til behandlingen er regulert i lovverket og gir de rammene man kan operere i, men det viser seg at det er flere andre faktorer som ligger utenfor de juridiske rammene, og som påvirker det endelige utfallet. Denne oppgaven vil gi en bedre forståelse av ulike faktorer som kan påvirke bruk av frivillig behandling eller bruk av tvang. Det er derfor at denne oppgaven bidrar med å øke generell kunnskap om ufrivillig behandling, og med å øke kunnskap om å fremme adekvat bruk av tvang og hvordan kvaliteten på tilbudet kan forbedres.

2 Bakgrunn

2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er alvorlige somatiske og psykiske lidelser med potensielt dødelig utfall. Spiseforstyrrelser inndeles i tre diagnostiske kategorier: anoreksia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og uspesifiserte spiseforstyrrelser, inklusive overspisingslidelse. AN kjennetegnes med undervekt og frykt for vektøkning, BN med overspisingsanfall og atferd for å motvirke vektøkning som oppkast, og misbruk av avføringsmidler, og overspisingslidelse karakteriseres med overspisingsanfall, som for de fleste medfører vektøkning og overvekt (3).

Spiseforstyrrelser debuterer vanligvis i tenårene (4). Den store majoriteten er jenter/kvinner, men man antar at flere gutter/menn rammes enn før antatt (5). Undersøkelser viser store variasjoner i forekomst. Livstidsforekomsten blant kvinner i Europa er estimert til 1 – 4 % for AN, 1 – 2 % for BN og 1-4 % for overspisingslidelse (6). I Norge er det tidligere beregnet at ca. 50 000 personer til enhver tid har en pågående spiseforstyrrelse (7).

Oversiktsstudier viser at ca. 50 % av de som er rammet av spiseforstyrrelser blir friske, ca. 30 % får en betydelig bedring, mens ca. 20 % utvikler et langvarig alvorlig forløp (8).

Systematiske oversikter viser 5-6 ganger høyere dødelighet for personer med AN enn normalbefolkningen som innebærer at dette er den mentale lidelsen med høyest risiko for tidlig død (9,10). Et viktig symptom ved spiseforstyrrelser og særlig AN er ambivalens i forhold til å motta behandling og endre på spisemønster. Spiseforstyrrelsesatferd kan fungere som «en redningsbøye» ved at det gir en opplevelse av kontroll, mestring og en måte å regulere følelser på, selv om atferden i seg selv er ødeleggende for psykisk og somatisk helse og fungering i hverdagen. De fleste pasientene kan behandles poliklinisk, men en ikke ubetydelig andel blir innlagt på sykehus på grunn av alvorlig somatiske komplikasjoner eller manglende bedring ved poliklinisk behandling. Den viktigste indikasjonen for innleggelse er farlig vektutvikling med betydelig undervekt, spesielt hos pasienter med AN.

2.2 Behandling på Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) er landets største avdeling for behandling av spiseforstyrrelser og har Helse Sør Øst som primæropptaksområde, med til sammen 2,9 millioner innbyggere, det vil si over halvparten av Norges befolkning. De fleste pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser med behov for sykehusinnleggelse behandles på lokal DPS avdeling eller lokal psykiatrisk avdeling. Ved kompliserte og langvarige sykdomstilstander kan pasienten bli henvist til RASP. Dette medfører at det i større grad er pasienter med behov for tvangsinnleggelse og -behandling som vil bli søkt innlagt på RASP eller overført på tvangsparagraf fra annen behandlingsinstitusjon til RASP.

I denne oppgaven vurderes utviklingen på RASP opp mot det som er funnet i litteraturen, nemlig forekomst og utvikling av tvangsinnleggelse og – behandling av spiseforstyrrelse og andre typer psykiske lidelser, både i Norge og utenfor Norge.

2.3 Tvang ved behandling av AN

Ved behandling av svært alvorlig AN finnes det situasjoner hvor det ikke er mulig å få til et konstruktivt samarbeid med pasienten om nødvendig behandling. Det kan da være slik at tvangsinnleggelse i henhold til lov om psykisk helsevern er eneste utvei for å hindre en potensiell dødelig utgang på lidelsen. Flere pasienter med AN har opplevd tvangsinnleggelse og -behandling som dypt krenkende. Det beskrives som et overgrep, og kan gi vedvarende emosjonelle vansker. I en kvalitativ studie fra England (11) hvor 29 pasienter ble spurt om deres opplevelse av tvang i behandlingen av AN, uttrykte likevel alle pasientene at tvangsbehandling ved AN er nødvendig ved livstruende undervekt. Opplevelsen av tvangsbruken var påvirket av forholdet til behandlerne og i mindre grad til selve omfanget av tvangsbehandlingen. Bruk av tvang kan redde liv, og undersøkelser har vist at pasienter som har vært underlagt tvunget psykisk helsevern har underveis eller i ettertid opplevd det som nyttig og hjelpsomt (12).

Å legge inn en pasient på tvang kan kun gjøres av en psykiater eller psykologspesialist med vedtakskompetanse. Selve tvangsbehandlingen må gjennomføres på institusjoner som er godkjent for det (13). For å kunne fatte et vedtak om tvunget psykisk helsevern, er det flere vilkår som må være oppfylt. Det første vilkåret er at frivillig behandling har vært forsøkt, uten at det har ført frem. Det andre vilkåret er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og at en

tvangsinnleggelse er nødvendig for å hindre at pasienten får sin utsikt til å bli frisk eller vesentlig bedre i betydelig grad redusert, eller at det er stor sannsynlighet for at pasienten i nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret. Det tredje vilkåret er at pasienten, på grunn av sin sinnslidelse, utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I tillegg til disse vilkårene skal pasienten ikke være samtykkekompetent (13). Med samtykkekompetanse menes at pasienten har en evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp, og at pasienten har en evne til å bruke denne informasjonen i forhold til å forstå sin egen situasjon, og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene. Videre innebærer samtykkekompetanse at pasienten har en evne til å ta et valg ut fra den informasjonen pasienten har fått (14). Samtykkekompetanse skal vurderes konkret i forhold til den helsehjelpen som skal gis. Selv om en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse vedrørende innleggelse, kan vedkommende likevel være samtykkekompetent til å vurdere behandling med ernæring (15). Nettopp disse vurderingene er utfordrende og kompliserte ved behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. De fleste pasienter med spiseforstyrrelser har en evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutning om behandling, men de er ofte ikke i stand til å foreta et kvalifisert valg, fordi de er i for stor grad påvirket av sin sykdom.

I tillegg har pasienter med alvorlig AN som regel vært underernært over lengre tid, som kan føre til redusert kognitiv funksjon og kan påvirke evnen til å resonnerer seg frem til den beste behandlingen. Samtidig kan vedkommende ha full realitetsforståelse på andre livsområder (14). De kan være i jobb eller utdanning, og ha et relativt høyt funksjonsnivå.

I tillegg til vilkårene beskrevet ovenfor finnes det flere andre viktige kliniske momenter som bør tas med i vurdering om etablering eller opphør av tvunget psykiske helsevern. Blant annet pasientens alder, sykdomshistorie og behandlingshistorie.

Som et ledd i behandling av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten pasientens samtykke. For at et slikt vedtak skal kunne fattes, må pasienten være underlagt tvunget psykisk helsevern. For noen pasienter er det svært vanskelig å fullføre måltidene i mat eller ernæringsdrikke, og disse pasientene får sondeernæring. Dersom pasienten aktivt motsetter seg nedleggelse av sonde og gjennomføring av sonding, må pasienten holdes. For å kunne holde pasienten må det fattes et fastholdningsvedtak (vedtak om Bruk av tvangsmidler i institusjoner for døgnopphold) (15).

Hvert vedtak skal kontrolleres av kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen skal sikre pasientens rettsikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Den skal også behandle klager på vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, og den skal påse om alle vilkårene for tvungent vern er oppfylt (16). Hvis kommisjonen ikke finner at dette er tilfelle, må pasienten utskrives. Dessuten skal kommisjonen behandle klager over vedtak som fattes under gjennomføring av tvungent vern. Dersom pasienten ikke klager over etablering av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern når det er gått tre måneder etter innleggelsen (16).

2.4 Mål de siste årene – redusere tvang

Den 28. mai 2010 oppnevnte regjeringen et lovutvalg for å utrede regler om tvang mv. innen psykisk helsevern (17). Utvalget skulle med dette avgi sin utredning med forslag til endringer i Psykisk helsevernloven og Pasientrettighetsloven. Formålet med lovforslagene var å styrke selvbestemmelsesretten og rettsikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og å forebygge og begrense bruk av tvang.

Paulsrud-utvalget foreslo å videreføre adgangen til tvangsinngrep både i form av frihetsberøvelse og tvangsbehandling overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser for å hindre vesentlig helseskade og dekke nødvendige behandlingsbehov (17). Samtidig anså utvalget viktigheten av å styrke bruker- og rettighetsperspektivet, og foreslo derfor tiltak for å imøtekomme dette. Fravær av beslutningskompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling, krav om antatt samtykke der personen ikke er beslutningskompetent, og skjerpet krav til begrunnelse og kontroll, var sentrale forslag fra dette utvalget (17).

Utvalget foreslo også at den omfattende adgangen som helsepersonell er gitt til å utøve tvang, skulle etterfølges av betryggende saksbehandling og et uavhengig kontroll- og overprøvingssystem med høy kompetanse. Pasientenes reelle og formelle adgang til å få overprøvd vedtak ble også foreslått styrket på ulike måter (17).

Utvalget påpekte at det er en rekke andre virkemidler enn lovgivning som har stor betydning, og at lovgivning og andre styringsmidler må virke sammen, dersom tvangsbruken skal reduseres. Ikke minst er innsatsen fra den kommunale helse- og sosialtjenesten av avgjørende betydning for mennesker med langvarige og sammensatte lidelser (17). Også fagkompetanse

om alternative arbeidsmåter både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er av avgjørende betydning for at bruk av tvang kan unngås. (17).

Når det gjelder spiseforstyrrelser, la utvalgets flertall til grunn at unnlatelse av å gi helsehjelp til personer med en «spiseforstyrret motivasjon for et næringsinntak som er så lavt at det kan føre til varig somatisk skade», vil føre til for store menneskelige kostnader. På denne bakgrunn mente flertallet at en person som tar en «spiseforstyrret beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket ved overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes ikke beslutningskompetent.» (17).

Paulsrud-utvalget leverte sin utredning, NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 25. august 2011 med frist 3. januar 2012. Høringsfristen ble senere forlenget til 6. februar 2012.

Høringsinstansene (18) hadde delte meninger om utvalgets forslag. Noen av instansene støttet forslaget om innføring av en kompetansebasert modell, men påpekte utfordringene knyttet til gjennomføringen av en slik vurdering. De nevnte bl annet at krav om fravær av beslutningskompetanse ikke kan innføres uten kriterier som gjør det mulig å gjennomføre slike vurderinger i en praktisk klinisk hverdag, og at beslutningskompetanse særlig krever opplæring og erfaring.

De instansene som var mot forslaget, viste særlig til at det vil være vanskelig å praktisere, og at det kan få uheldige konsekvenser, i verste fall en økning av bruk av tvang.

Helsedirektoratet støttet forslaget om at samtykkekompetente pasienter skal kunne nekte behandling i psykisk helsevern (kompetansebasert modell), men var imidlertid skeptisk til å endre begrepet samtykkekompetanse, og til å svekke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlighet». Direktoratet uttalte (18):

«Etter en samlet vurdering velger Helsedirektoratet å støtte forslaget om en overgang til en kompetansebasert modell, men vil imidlertid påpeke at utvalget har hatt svært kort tid til å jobbe med et stort og komplekst mandat. Det gjenstår derfor mye arbeid før en eventuell lovreform kan iverksettes. Et vilkår om manglende beslutningskompetanse vil kunne oppfattes som vagt, upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell. Direktoratet ser derfor at det ved en eventuell overgang

til en kompetansebasert modell, vil være nødvendig med presiseringer i regelverk og opplæring av helsepersonell og klageinstanser.»

I likhet med Helsedirektoratet støttet også enkelte andre instanser en kompetansebasert modell, samtidig som de mente at det er unødvendig å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse. *Advokatforeningen* uttalte (18):

«Det er etter Advokatforeningens vurdering en klar forbedring at den rettslige betydning av individets kompetanse – og mulighet til å nekte – kommer tydelig frem som et eget vilkår. Selv om forholdet til frivillighet og samtykke også i dag er en del av vurderingen av om vilkårene for tvangsvern samlet sett er oppfylt, er det ikke et konkret vilkår. I praksis er det vanskelig å få gjennomslag for at personenes kompetanse skal få avgjørende betydning, så lenge begrepet alvorlig sinnslidelse objektivt sett er oppfylt, slik det er fortolket i rettspraksis. Det er vanskelig å se hvilke særlige hensyn ved psykisk helsevern som skulle legitimere så ulike vurderinger av betydningen av en persons kompetanse, avhengig av om det fattes vedtak om somatisk eller psykisk helsehjelp.»

Helse Vest RHF (18) støttet forslaget, men pekte på at vurdering av om pasienten har beslutningskompetanse krever særlig opplæring og erfaring.

Norsk Sykepleierforbund uttalte (18):

«Det knytter seg flere spørsmål til hvordan det kompetansebaserte systemet skal innføres og hvordan opplæring skal gjennomføres. (...) Blant annet vil en kompliserende faktor være at beslutningskompetanse kan variere gjennom døgnet og ulike faser av et sykdomsforløp. NSF mener det er viktig at beslutningskompetanse hos en pasient kvalitetssikres gjennom en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag. Vi ser en rekke konkrete og praktiske utfordringer som må imøtekommes gjennom tydelige forskrifter. Det er en fare for fortolkninger som igjen medfører stor variasjon i praksis mellom ulike behandlingstiltak og behandlingsansvarlige.»

Psykologforeningen (18) ga også prinsipiell tilslutning til forslaget, men mente at krav om fravær av beslutningskompetanse ikke kan innføres uten kriterier som gjør det mulig å gjennomføre slike vurderinger i en praktisk klinisk hverdag. Videre uttalte

Psykologforeningen (18):

«Det er imidlertid store utfordringer knyttet til en slik endring, som potensielt vil gjøre det praktisk umulig for helsepersonell å yte pasientene den hjelpen de trenger. Spesielt viktig blir det å avklare kriteriene for hvor hyppig man skal gjøre vurderingen, og hvor lenge man kan anta at en beslutningskompetent/ikke-beslutningskompetent fase varer. (...)

Pasienter som gjennom tvangsvedtak kan medisineres, vil i en del tilfeller gjenvinne beslutningskompetanse, avslutte behandlingen og autoseponere medikamenter. Dette medfører en risiko for tilbakefall og nye akutte episoder.»

De instansene som var mot forslaget, viste særlig til at det vil være vanskelig å praktisere, og at det kan få uheldige konsekvenser (18). Dette gjaldt blant andre flertallet av psykiatriske klinikker ved sykehusene. *Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus* uttalte (18):

«På samme måte som beslutningskompetansen kan fluktuere under et forløp, kan den også variere avhengig av hva det skal tas stilling til. En global vurdering av pasientens generelle beslutningskompetanse hvor det konkluderes entydig og saksuavhengig, vil ofte ikke passe med klinisk opplevd virkelighet.

Beslutningskompetansen varierer avhengig av hva det skal tas standpunkt til. (...) Hvorvidt innføring av manglende beslutningskompetanse som et vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov vil føre til økt eller redusert bruk av tvang samlet sett, er også vanskelig å si...»

Alle kontrollkomisjonene som uttalte seg om forslaget, var negative. *Kontrollkomisjonen for OUS, Ullevål III* uttalte (18):

«Slik denne kommisjonen tenker, vil hovedtyngden av de pasienter som har en alvorlig sinnslidelse mangle beslutningskompetanse når det gjelder vurdering av egen psykiske sykdom. For de pasientene som har beslutningskompetansen i behold til tross for en alvorlig sinnslidelse, vil det åpenbart være viktig å bli tatt på alvor når det gjelder egne beslutninger. Dersom en pasient med en alvorlig sinnslidelse viser å ha en innsikt i forhold til håndtering av egen sykdom, vil dette etter denne kommisjonens oppfatning fanges opp av dagens system ved den rimelighetsvurderingen som alltid skal foretas når spørsmålet om etablering/oppretholdelse av TPH skal vurderes. For at avgjørelsesmyndighetene skal bevisstgjøres dette, ville det etter denne kommisjonens oppfatning muligens være fornuftig om dette bygges inn som et element

i den helhetsvurderingen som skal gjøres, for eksempel i form at pasientens innsikt i sin situasjon også skal tillegges vekt.»

Legeforeningen var også skeptisk og uttalte (18):

«Det er vanskelig å forutse hvordan krav om beslutningskompetanse vil påvirke tvangsbruk i praksis. Muligheten for at forslaget vil føre til økt bruk av tvang er absolutt til stede. Beslutningskompetanse kan vise seg å svinge i løpet av et døgn, og ikke minst i akutte situasjoner kan forbigående og situasjonsutløst svekkelse av beslutningskompetansen kunne føre til uønsket etablering av tvang.

(...) Beslutningskompetansen vil kunne være intakt i forhold til enkle problemstillinger, men kan samtidig være sviktende når det gjelder mer omfattende og sammensatte spørsmål som krever abstraksjonsnivå og evne til å se sammenhenger. Også situasjonsavhengige forhold vil påvirke beslutningskompetanse. (...)

(...) I tillegg vil en del pasienter på grunn av sin tilstand være ambivalente og ha problemer med å ta valg, selv om de isolert sett forstår de relevante problemstillinger. Legeforeningen vil derfor understreke at utøvelse av klinisk skjønn derfor i mange sammenhenger vil kunne være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn det de aktuelle forslag synes å forutsette.»

Utvalgets flertall foreslo nye bestemmelser i psykisk helsevernloven om at faglig ansvarlig skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller behandling uten eget samtykke (18). Flertallet viste til at bruk av tvang er et alvorlig og inngripende tiltak overfor pasienten, og at det er viktig å sørge for at en beslutning om å bruke tvang er kvalitetssikret i størst mulig grad.

Mange høringsinstanser unnlot å kommentere forslaget om nye bestemmelser om plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak (18). Halvparten av de som uttalte seg, støttet forslaget, mens den andre halvparten uttalte seg mot forslaget. Enkelte uttalte seg bare om forslaget knyttet til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (18). Hovedforskjellene i synspunktene som lå til grunn, var at noen mente at det var viktig med en kvalitetssikring, siden ulike faglige ansvarlige kunne komme med ulike vurderinger, mens andre mente det var unødvendig og kunne resultere i ansvarsfraskrivelse.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) uttalte (18):

«Forskjellige leger kan komme frem til forskjellige diagnoser eller vurderinger. Når legens vurdering kan føre til bruk av tvang og pasientens tap av styring over deler av sitt liv, er det riktig å få frem flere begrunnede meninger om saken. LPP støtter innføring av plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell ved alle legeundersøkelser som kan føre til tvungent vern. Vi vil her minne om at dette kan føre til et økt behov av kvalifisert personale i psykiatri.»

Helsedirektoratet uttalte (18):

«Helsedirektoratet støtter forslaget som vil medføre en kvalitetssikring av vedtaket. Spesielt vil det være viktig at en faglig ansvarlig som ikke kjenner pasienten fra tidligere kan få bistand fra helsepersonell som kjenner pasienten fra før. Man kan spørre seg om en slik konferering i denne situasjonen allerede vil ligge som et krav i kravet til faglig forsvarlig helsehjelp, men vi støtter likevel en slik lovfesting.»

Legeforeningen viste også til at samråd med annet helsepersonell før det treffes vedtak er praksis ved de fleste behandlingsstedene, og at et eget krav om dette vil bidra til økt byråkratisering (18). *St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern uttalte (18):*

«Forslaget om plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell før vedtak, vurderes som unødig byråkratisering, og pulverisering av ansvar. Ansvar må følge myndighet. Slik dette fungerer i dag, blir vedtak fattet i et klinisk miljø, der innspill fra andre yrkesgrupper er viktige premisser for vedtak.»

Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag uttalte (18):

«Kravet om at «ansvarlig for vedtak» skal rådføre seg med andre, er ulogisk både faglig og ansvarsmessig. Den som har vedtaksrett, må kunne ta denne beslutning alene. Slike vedtak skjer ofte utenfor vanlig arbeidstid. Da er tilgangen på personer med kompetanse i nærheten av det spesialisten har meget begrenset.»

Den 17.06.2016 vedtok Stortinget endringer i psykisk helsevernloven, og endringene trådte i kraft 1. september 2017. En av de viktigste endringene var at pasienter som er samtykkekompetente får rett til å avslutte tvangsbehandling og rett til å nekte å ta imot tilbud om behandling (17).

I §1-1 beskrives den nye psykiske helsevernlovens formålsbestemmelse slik (13): I første ledd første punktum slås det fast at psykisk helsevernloven skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Første ledd annet punktum understreker at selv om psykisk helsevernloven gir hjemmel for å anvende tvang, er det et overordnet mål med loven å forebygge og begrense bruk av tvang.

Annet ledd (13) slår fast at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. I dette ligger et krav om at pasientens kroppslige og psykiske grenser i størst mulig grad skal respekteres. Kravet om at helsehjelpen så langt mulig skal være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, markerer frivillighetsprinsippet og at bruk av tvang alltid skal være en subsidiær løsning. Det må dermed lages individuelt tilpassede løsninger for hver enkelt pasient (13).

Videre beskrives det under §1-1 at bruk av tvungent psykisk helsevern (13) varierer mellom helseforetakene, og en av årsakene er antagelig ulik praktisering av loven, både mellom institusjoner og kontrollkommisjoner. Slik variasjon er uakseptabel dersom den ikke med sikkerhet kan dokumenteres å være faglig nødvendig og fullt ut forsvarlig i henhold til regelverk og standarder for god faglig praksis. Konsekvensene av feil er alvorlige for den enkelte pasient. I tillegg til opplevd krenkelse for den som påføres tvangen, medfører feil bruk av tvang brudd på helseinstitusjoners plikt til å ivareta pasientsikkerheten. Både institusjonene selv, kontrollkommisjonen og fylkesmannen må derfor forholde seg aktivt og kritisk til tvangsbruk i institusjoner innenfor sitt ansvarsområde. Ledelsen for enheter som etter den enkelte kontrollkommisjons vurdering har en omfattende bruk av tvang, bør varsles om dette og eventuelt innkalles til møte med kommisjonen for å diskutere situasjonen og aktuelle tiltak (13).

Den variasjonen av bruk av tvunget psykisk helsevern som nevnes overfor forsøkes forklart på ulike nivåer i neste kapittel.

2.5 Oppsummering

I bakgrunnskapittelet forklarer jeg hva en spiseforstyrrelse er, gir en kort beskrivelse av behandling av spiseforstyrrelse ved RASP, som også kan innebære bruk av tvang, og problematikken rundt det. Kapitlet avsluttes med en oversikt over Regjeringens mål om å redusere bruk av tvang, med å beskrive utvikling av lovgivning og variasjon i synet på hvordan man kan regulere tvangsbruken.

I kapittel 3 skal jeg presentere en analyseramme for oppgaven som vil bli brukt til å vurdere mulige forklaringer på utviklingen i bruk av tvang.

3 Analyseramme

Det har blitt forsket mye på bruk av tvang, både på nasjonalt og internasjonalt nivå. Det studiene viser er at det er en forskjell på bruk og gjennomføring av tvang, både mellom landene, men også mellom regionene innenfor et land. Noen av forklaringene kan ligge i faktorer som ligger utenfor selve lovverket. Lovverket gir rammene, men ulike øvrige faktorer viser seg også kunne ha stor betydning.

Denne analyserammer er basert på en kategorisering av ulike forklaring man finner i litteraturen om utvikling av tvang. Kategoriseringen deles opp i tre ulike forklaringsfaktorer, nemlig på makro-, meso- og mikronivå.

3.1 Forklaringsfaktor på makro-nivå (faktorer som ligger utenfor organisasjonen)

En av forklaringsfaktorene ligger på makro-nivå, nemlig faktorer som ligger utenfor organisasjonene – i organisasjonens omgivelser.

Her nevnes eksempler som nasjonalt budsjett for psykisk helsevern, på hvilken måte sektoren som helhet er strukturert og organisert på, og ut fra hvilke juridiske rammer psykisk helsevern opererer innenfor.

Det har blitt gjort en del studier som har forsøkt å forklare hvorfor det finnes forskjell i bruk av tvang mellom ulike land. Bl. annet har Bak og Aggernæs (19) undersøkt forskjeller mellom Danmark og 10 øvrige land på bruk av tvang innen psykisk helsevern. Det de kom frem til var at forskjellene i bruk av tvang de fant kunne forklares med ulik kultur og historie, samt forskjeller i lovgivning, behandlingskultur, rammeverk og økonomi (19).

Også Salize (20) undersøkte bruk av tvang i psykisk helsevern mellom EU land. Salize sin konklusjon var at måten psykisk helsevern var strukturert på, og kvaliteten av psykisk helsevesen var viktige faktorer som man måtte ta hensyn til i analysen om bruk av tvang mellom landene (20).

Feiring (21) har sett på hvilke kriterier som er viktige og som tas hensyn til, ved vurdering av tvunget psykisk helsevern. Her ble sosio-demografiske forskjeller og lovgivning nevnt som

betydningsfulle faktorer som kan bidra til ulik bruk av tvang. Deltakerne i deres studie mente også at kontrollkommisjonens praksis var av betydning (21).

Yager (22) som har forsket mye på bruk av tvang ved pasienter med alvorlig AN, reiser spørsmål om det er samfunnets holdning generelt at man skal sikre at folk holdes i livet for enhver pris. Punktet som definerer "nok er nok" er vanskelig å identifisere (22).

Tidligere studier viser dermed at en rekke faktorer på makronivå kan bidra til å forklare bruk av tvang, som kultur/historie, lovgivning, økonomi, sektororganisering og sosiodemografiske forhold. Senere i oppgaven vurderes slike forklaringsfaktorer opp mot utviklingen i bruk av tvang på RASP.

3.2 Forklaringsfaktor på meso-nivå (faktorer som ligger innenfor organisasjonen)

Andre faktorer som kan forklare ulik bruk av tvang innen psykisk helsevern kan ligge innenfor selve organisasjonen, som for eksempel organisasjonens tilgjengelige ressurser (bemanning, økonomi), bemanningsplan og -budsjett, kultur og tradisjon i organisasjonen, og lokale prosedyrer og praksiser.

En sveitsisk registerstudie (23) som så på bruk av tvang innen psykisk helsevern i Sveits, oppdaget store forskjeller innenfor landet, og fant det vanskelig å redegjøre for forskjellene som ble funnet. De konkluderte med at variasjonen de fant kunne forklares som en "sentereffekt" i stedet for pasientkarakteristikker, dvs. at lokale faktorer og tradisjon på det enkelte behandlingsstedet var av stor betydning i hyppigheten av bruk av tvangsbehandling. Juridiske tradisjoner og administrative prosedyrer hadde større betydning enn alvorligheten av pasientens symptomer eller effektivitet av behandling (23).

Feiring et al. (21) som har foretatt en kvalitativ analyse for å belyse og forklare variasjoner i behandling og bruk av tvang i Norge konkluderte med at forskjeller mellom organisasjonene, herunder hvordan de var finansiert, hadde stor betydning. Alle deltakerne i deres studie rapporterte at institusjonelle faktorer, som for eksempel behandlingskulturen til institusjonen de arbeidet i, og de faglige normer som ble utviklet gjennom praksis, var relevante for deres beslutningsprosesser.

Raboch et al. (24) så på bruk av tvang innen psykisk helsevern i 10 land i Europa, og konkluderte med at tvangstiltak ble brukt i en betydelig gruppe ufrivillig innlagte pasienter

over hele Europa. Tvangsbruk så ut til å være avhengig av diagnose og alvorlighetsgrad av sykdom, men ble sterkt påvirket av samfunnsholdninger og tradisjoner i det enkelte land.

Salize (20) som sammenlignet bruk av tvang hos psykisk syke pasienter innen EUs medlemsland viste til at lovbestemmelser om praksis av ufrivillig behandling er svært lik i EUs medlemsland, men at det var langt flere faktorer som bestemte faktisk praksis eller utfall. Blant annet ble det nevnt ulike kulturelle, juridiske tradisjoner og administrative prosedyrer.

I en norsk studie fra 2018 (25) viste forfattere til at få tilgjengelige senger og lavt bemanningsnivå kan være forbundet med økt bruk av tvang, i tillegg til kulturelle holdninger i organisasjonen ('Dette er hvordan vi gjør ting her'). Det ble rapportert at det fantes alternativer til tvang som ville vært bedre, men som ikke var tilgjengelig.

Tidligere studier viser dermed at forklaringsfaktorene på meso-nivå som lokale praksiser, prosedyrer og tradisjoner, organisasjonskultur, organisasjonenes økonomi, og profesjonsnormer kan bidra til å forklare bruk av tvang.

3.3 Forklaringsfaktor på mikro-nivå (faktorer som ligger på individuelt nivå)

Ulik bruk av tvang innen psykisk helsevern kan også forklares med faktorer som ligger på individuelt nivå. Hvert vedtak fattes av en spesialist med vedtakskompetanse (psykiater eller psykologspesialist). Det er faktorer som holdning, personlighet, arbeidserfaring, alder eller kjønn eller egen historie som kan påvirke utfallet om det fattes et vedtak om tvang eller ikke.

Dette støttes av Feiring et al. (21) som mente i sin studie at holdninger til tvangsinnleggelse – og behandling, diagnostikk og pasientkarakteristikker bidrar til variasjoner. Studien fant at det finnes rom for kjønn. Personalets verdier og tro kan bli en avgjørende faktor for beslutninger, og studien visste at et bevisst ideal om å resonere om juridiske kriterier for ufrivillig innleggelse bortfaller i klinisk beslutningstaking.

Salize (20) som undersøkte bruk av tvang i psykisk helsevern mellom EU land konkluderte med at individuelle holdninger til psykisk syke mennesker er viktige faktorer som man må ta hensyn til i analysen om bruk av tvang.

Yager et al. (22) fra Australia fant et tallrikt antall verdiavhengige faktorer som han mener kan spille inn når en fatter et vedtak om tvunget psykisk helsevern; de nevnte særlig forskjeller i rettsfilosofi (alt fra frigjøring til paternalistisk), forskjeller i rettslig temperament

(for eksempel hvordan den som er vedtaksansvarlig kan bli følelsesmessig påvirket av pasients eller familiens innvendinger), eller forskjeller i personlige erfaringer.

I en norsk studie fra 2018 (25) ble klinikere på et akuttmottak spurt om hvilke faktorer de mente spilte inn når de fattet et vedtak om tvang. Studien inkluderte intervjuer med vedtaksansvarlige, hvor tre-fjerdedeler svarte at de var i en viss grad av tvil, og opplevde uro under vurderingen. Der det var tvil, ble en rekke faglige og etiske spørsmål fremhevet i prosessen, blant annet faktorer som tidspress, dårlig kjennskap til pasienten, press fra andre terapeuter, og paternalistiske holdninger blant fagfolk (25)

Tidligere studier viser at de sentrale faktorene på mikro-nivå som kom fram er individuelle holdninger, ulike individuelle verdier, ulike temperament, tidspress, hvordan ulike behandlere responderer på press fra kollegaer, og paternalistiske holdninger blant behandlerne.

3.4 Bruk av analyserammen på RASP som organisasjon

I diskusjonskapittelet skal forklaringsfaktorer på de tre nivåene – makro, meso, mikro – som er presentert over, anvendes på RASP som organisasjon, for å vurdere om disse kan være relevante for det som har blitt observert på RASP med tanke på utvikling av bruk av tvang. Formålet er å generere faglig begrunnede antakelser om hva som kan forklare den utviklingen i bruk av tvang vi ser ved RASP, dvs. at stikk i strid med intensjonen bak utviklingen av lovverket på dette området, så viser tallene at bruk av tvang øker.

4 Metode / Data

Regjeringen har hatt et tydelig mål de siste 10 årene om at bruk av tvang skal reduseres. Det gjelder både omfanget av innleggelses på tvang, bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering (2). Psykisk helsevern loven har gjennomgått flere endringer de siste 40 årene. Fra 60-tallet var hovedmålet først og fremst å sikre at gjennomføring av psykisk helsevern skulle skje på en forsvarlig måte, mens ved de siste lovendringene har formålet vært å styrke selvbestemmelsesretten for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og med det en reduksjon i bruk av tvang. Formålet med denne studien er å beskrive utviklingen av lovverket når det gjelder bruk av tvang, undersøke hvordan bruk av tvang faktisk har utviklet seg, og å generere antakelser om forklaringer på denne utviklingen. Data som er brukt til dette omfatter offentlige dokumenter, litteratur/tidligere studier, samt datainnsamling i egen organisasjon, herunder egne erfaringer som behandler.

Å forske eller å være observatør i egen organisasjon krever en viss rollebevissthet, fordi det kan gi noen utfordringer i forhold til objektivitet. Det er en fare for forutinntatthet, og at egen interesse kan bidra til å farge dine konklusjoner.

Som psykologspesialist med vedtakskompetanse har vedtak om tvunget psykisk helsevern og gjennomføring av tvangsbehandling vært en del av hverdagen. Som resultat av det, og i lys av å være behandler og enhetsleder på RASP siden 2010, har jeg kunnet være observatør. I denne oppgaven vil jeg bruke de observasjonene jeg har gjort gjennom å være behandler og enhetsleder som en del av datagrunnlaget for oppgaven. Disse observasjonene brukes som en del av vurderingsgrunnlaget for utviklingen av bruk av tvang på RASP og for å identifisere mulige forklaringer for denne utviklingen.

Repstad i Nylehn og Støkken (26) mener at å forske i egen organisasjon kan være til hjelp hvis en er opptatt av å forstå og mulig kan påvirke til endring. Han sier videre at det er mer sannsynlig å komme med realistiske forslag til endring siden forpliktelsen kan være større. Fordelene med å forske eller observere i egen organisasjon kan også være at man kan språket, kjenner den lokale kulturen, historien og konteksten til organisasjonen, som gir mange fordeler ved datainnsamlingen.

Som Repstad (26) påpeker, og som kan gjelde i denne oppgaven er at den største utfordringen med å forske i eget felt og organisasjon, er at egen interesse og engasjement kan bidra til å farge mine observasjoner og at konklusjonene trekkes ut fra fortolkningen av dette.

Observasjonen har vært at regjeringen sitt mål om at bruk av tvang skal reduseres ikke vært i tråd med virkeligheten. Som tidligere nevnt i §1-1 av den nye psykiske helsevernlovens formålsbestemmelse (13) er det institusjonene selv og kontrollkommissjonen som må forholde seg aktivt og kritisk til tvangsbruk i institusjoner, og ledelsen for enheter bør varsles om dette og diskutere situasjonen og aktuelle tiltak (13). Det har derfor vært viktig å undersøke om observasjonen om økning på bruk av tvang på RASP stemmer. I 2017 ble det gjennomført en omfattende studie hvor all tvangsdata fra pasientene innlagt på RASP over 10 år ble samlet. Dataene fra alle 356 pasienter innlagt på RASP fra 1.1.2007 fram til 1.1.2018, dvs hele populasjonen på RASP, er blitt gjennomgått for å få et fullstendig bilde av antall pasienter som har blitt tvangsinnlagt for behandling av spiseforstyrrelse. Regresjonsanalysen som presenteres i neste kapitelet er basert på disse dataene. Resultatet fra denne regresjonsanalysen forteller noe om utviklingen av bruk av tvang på RASP de siste 10 årene. I kapittel 3 ble forklaringsfaktorer på tre nivåer presentert (makro-, meso- og mikronivå). Faktorer på disse nivåene vil senere bli lagt til grunn for en vurdering av de funn som kommer fram i regresjonsanalysen når det gjelder utvikling i bruk av tvang.

En gjennomgang av litteratur/tidligere studier har bidratt til å identifisere ulike forklaringer på variasjonen som finnes ved bruk av tvang, både på nasjonalt og internasjonalt nivå, og brukes i denne oppgaven som et bakgrunnstappe for å si noe om utviklingen av bruk av tvang observert på RASP. Søkord som er brukt for å finne litteratur, og som kan si noe om utvikling av bruk av tvang, både på nasjonalt og internasjonalt nivå, er «coercion» «involuntary treatment» «compulsory treatment», «frequency» «eating disorder», «psychiatry». Søketreffene omfatter både nasjonal og internasjonal litteratur som inneholder studier av forekomst av tvangsinnleggelse og -behandling av både AN og øvrige psykiske lidelser. Studiene beskriver variasjonene og utviklingen av bruk av tvang, og forsøker å forklare disse.

Studien har noen begrensninger mht. data. En intervjuundersøkelse kunne for eksempel gitt utfyllende informasjon som grunnlag for å understøtte ulike forklaringer på utviklingen i bruk av tvang. Både ressursmessige begrensninger og problemet med å intervju nære kollegaer,

bidro til at dette ikke ble gjort. Det er også en begrensning at det er kun utviklingen i bruk av tvang på RASP som er undersøkt. Samtidig er nedslagsfeltet til RASP såpass stort at denne begrensningen ikke anses som veldig problematisk, ikke minst fordi noe av formålet med denne studien har vært er å identifisere forklaringer på hva som *kan* påvirke bruken av tvang. Det er likevel viktig å understreke at den utviklingen i bruk av tvang denne studien påviser, er knyttet til utviklingen innenfor en begrenset populasjon, dvs. den populasjonen RASP har som nedslagsfelt. Studien er ikke egnet til å *konkludere* om årsaksforhold/kausaltitet, men kan likevel være egnet til å identifiseres noen relevante forklaringer og utvikle noen hypoteser som igjen kan «testes» ut på andre behandlingssteder. På bakgrunn av denne studien kan vi dermed ikke generalisere til utviklingen i og forklaringer på bruk av tvang i Norge som sådan, men studien bidrar til å identifisere både en paradoksal utvikling (økning i bruk av tvang parallelt med arbeid som går i retning av å skulle redusere bruk av tvang) og relevante forklaringer på denne utviklingen.

5 Presentasjon av funn

Det er et paradoks at hovedmålet med den nye psykiske helseloven har vært å redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern, samtidig som observasjonene viser noe annet. I dette kapitlet gjennomgås det litteratur som forteller noe om forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av AN og andre typer psykiske lidelser, i Norge og i andre land. I tillegg presenteres en regresjonsanalyse som sier noe om utviklingen av bruk av tvang ved RASP, Norges største institusjon for behandling av spiseforstyrrelse.

5.1 Forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av AN i Norge

I Norge foreligger det ikke en god fullstendig oversikt over hvor ofte tvangsinnleggelse og -behandling forekommer hos pasienter med AN. Noen studier har sett på forekomst i barne- og ungdomspsykiatrien, men bortsett fra kvalitetsstudien utført på RASP, finnes det ingen oversikt i voksenpsykiatrien i Norge.

Astrid Furre og medarbeidere (27) undersøkte antall tvangsbehandlinger gjennomført mellom 2008-2010 i alle ungdomspsykiatriske akuttenheter i Norge (27). De fant at 6,5 % av totalt 4099 ungdommer hadde opplevd tvangsbehandling, hvorav 78,7 % tilfellene omhandlet kortvarig fysisk holding for å hindre skade. Av totalt 4173 episoder med tvangsbehandling utgjorde ca. 45 % (1896 episoder) av episodene tvangsbehandling av pasienter med AN der de fleste episodene kom i forbindelse med tvangsernæring med sonding. En ny norsk doktorgrad (28) påviste at blant 96 ungdommer innlagt på ungdomspsykiatriske avdelinger opplevde pasienter med spiseforstyrrelser å være mest utsatt for tvang uten at det faktiske antall tvangsbehandlinger var registrert.

5.2 Forekomst av tvangsinnleggelse og – behandling av AN i andre land

En dansk studie som har sett på forekomst av tvangsinnleggelse og -behandling hos pasienter med AN er utført av Clousen (29). Han oppdaget at et økende antall pasienter hadde blitt diagnostisert, innlagt og ufrivillig behandlet, og at denne utviklingen er i tråd med trenden sett i det danske psykiatriske helsevesenet generelt, der man også ser et økende antall pasienter som blir diagnostisert og behandlet for andre type psykiske lidelser. Studien sier ikke noe om økning av ufrivillig behandling har en sammenheng med en økende alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser. Den sier heller ikke noe om hvorvidt denne trenden reflekterer endringer i

helsevesenet eller tilnærming i behandlingen. Clousen et al. observerte imidlertid ikke en økning i første gangs ufrivillige tiltak, så den observerte trenden gjenspeiler i hovedsak en undergruppe av pasienter med flere tvangsinnleggelses- og behandling (29).

En undersøkelse hos 'Health and Social Care Information Centre' fra 2015 (30), viste også en økning i ufrivillig behandling hos pasienter med AN i Storbritannia. Tolv spesialenheter for behandling av AN rapporterte at de hadde tvangsinnlagt og tvangsbehandlet flere pasienter i 2012 enn de gjorde i 2008. En av enhetene rapporterte at de behandlet 4 % ufrivillig i 2008, mens tallet hadde steget til 54 % i 2014 (30).

5.3 Forekomst av tvangsinnleggelses og – behandling av psykiske lidelser i Norge og andre land

Et begrenset funn i litteraturen av forekomst av bruk av tvang i behandling hos pasienter med AN, førte til et søk i det norske Pasientregisteret (31) for å se nærmere på bruk av tvang hos pasienter med andre type psykiske lidelser i Norge. Søket ga en oversikt over hvor mange vedtak om tvunget psykisk helsevern har blitt fattet mellom 2008 og 2017 i Norge. Selv om det ser ut som om det har vært en økning de siste 10 årene, varierer tallene betraktelig mellom de forskjellige helseregionene. Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt – Norge har hatt en nedgang i antall tvangsvedtak. Helse Sør Øst har hatt en betydelig økning (31), og kan være årsaken til at tallet på bruk av tvang har økt betraktelig i hele landet mellom 2008 og 2017.

I en undersøkelse fra 2010 (32) ble data om bruk av tvang fra 12 forskjellige land innhentet og analysert. Denne undersøkelsen, som var en kombinasjon av litteratursøk og epidemiologiske data, viste at det var kun to land som hadde registrert data på nasjonalt nivå. Dataene for de andre landene dekket mindre regioner eller enkelte enheter. Dette gjorde det vanskelig å kunne vise til en utvikling per land når det gjaldt bruk av tvang. I tillegg til registrering av ulike data, viste bruk av tvangstiltak også til å være ulik over hele Europa (32). Noen tiltak er ikke tillatt i enkelte land, for eksempel har bruk av belter vært forbudt i Storbritannia siden 1957, mens isolasjonsrom ikke er tillatt i Danmark. Dette i motsetning til Norge, hvor både bruk av belter og isolasjonsrom brukes i tvangsbehandling.

Jacobsen (33) hadde vanskeligheter med å få tak i gyldige data om bruk av alle ufrivillige tiltak, i hvert fall på nasjonalt nivå. Studien omfattet derfor kun sammenligning mellom Danmark og tre andre land, hvor de rapporterte betydelige forskjeller mellom land, uten at det lot seg gjøre å påvise noen klar grunn til forskjellene eller hvilken retning utviklingen hadde

gått. Det de kunne konkludere med var at forskjeller i kriterier for ufrivillig innleggelse førte til ulik prognose for pasientene, og at de store variasjonene mellom landene gjaldt både frekvensen av ufrivillig innleggelse og utfall.

En annen dansk studie (19) sammenlignet bruk av tvang i psykisk helse mellom 10 forskjellige land i Europa. Studien hadde noen interessante funn, blant annet at antall tvangsinnmeldinger per 100 000 innbyggere var 31 i Italia og 218 i Finland, og at Norge gjennomførte dobbelt så mange tvangsinnleggelser som Danmark. Et annet interessant funn var at de fant generelt få tall og oversikter over forekomst av tvang, og at de europeiske landene de undersøkte hadde lite offentlige data om tvang på nasjonalt nivå.

Som studiene viser, er det forskjell mellom de ulike landene når det gjelder bruk av tvang. Samtidig er det få land som registrerer tvangsdata på nasjonalt nivå, og finnes det ikke noe strukturert system som gjør det mulig å registrere bruk av tvang. I tillegg er det mangel på overvåkning og standard av retningslinjer. Dette gjør at det er vanskelig å si noe generelt om utviklingen av bruk av tvang. Det studiene viser derimot er at Norge bruker generelt mer tvang enn øvrige land som ligger til grunn i studiene.

5.4 Utvikling av tvangsinnleggelser på RASP

I denne oppgaven brukes RASP som case og dermed som utgangspunkt for å forsøke å gi en forklaring på utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern.

RASP er landets største avdeling for behandling av spiseforstyrrelser og har Helse Sør Øst som primæropptaksområde, med til sammen 2,9 millioner innbyggere. Ved kompliserte og langvarige sykdomstilstander kan pasienten bli henvist til RASP. Dette medfører at pasienter med behov for tvangsinnleggelse og -behandling i større grad blir søkt innlagt på RASP eller overført i henhold til lov om psykisk helsevern fra annen behandlingsinstitusjon til RASP på tvangsparagraf.

Data fra alle 356 pasienter innlagt på RASP fra 1.1.2007 fram 1.1.2018 vil inngå i denne studien ved at samtlige journaler gjennomgås for å få et fullstendig bilde av antall pasienter som har blitt tvangsinnlagt for behandling av AN.

Tabell 1 – forekomst av antall pasienter innlagt på tvang på RASP fra 2007-2017

Årstall	Total antall pasienter innlagt	Andel % innlagt på tvang
2007	20	10 %
2008	24	9 %
2009	20	25 %
2010	28	20 %
2011	27	12 %
2012	33	3 %
2013	35	20 %
2014	43	23 %
2015	40	18 %
2016	49	29 %
2017	37	30 %

For å se om det har vært en økning i bruk av tvang, og om denne økningen er statistisk signifikant eller om det er bare tilfeldige svingninger, har det blitt brukt en regresjonsanalyse. En regresjonsanalyse er en kvantitativ analyse av sammenhenger mellom en eller flere uavhengige variabler og en avhengig variabel, dvs. i denne studien årstall og andel % som er innlagt på tvunget psykisk helsevern. Regresjonsanalysen viser i hvilken grad en variabel samvarierer med en annen variabel. I denne oppgaven brukes regresjonsanalysen kun for å se en trend.

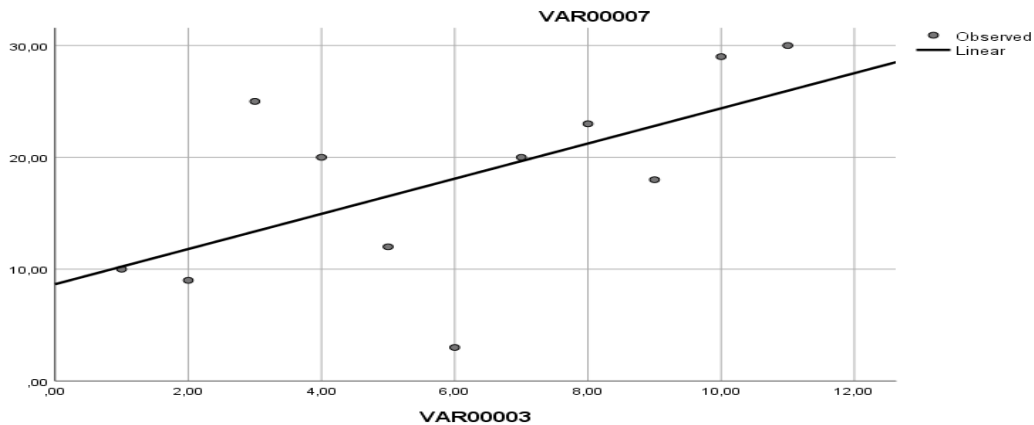
Tabell 2 – Regresjonsanalyse

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	272,082	1	272,082	5,093	,050 ^b
	Residual	480,827	9	53,425		
	Total	752,909	10			

a. Dependent Variable: VAR00007

b. Predictors: (Constant), VAR00003

Figur 1 – Regresjonsanalyse



Resultatet ved regresjonsanalysen er grensesignifikant med $p=0.05$. Hovedfunnet viser en tendens til økning i bruk av tvang i behandling av pasienter med AN på RASP de siste 10 årene.

Forekomst av bruk av tvang på RASP har dermed vist seg til å ha økt de siste 10 årene. Dataene som har blitt analysert er kun fra ett behandlingssted i Norge, og sier derfor ingenting om bruk av tvunget psykisk helsevern i resten av landet. Samtidig er RASP er landets største region opptaksområde for RASP. Både litteraturen som sier noe om forekomst av tvangsinnleggelser og – behandling av AN og andre type psykiske lidelser i Norge og i øvrige land, konkluderer også med at bruk av tvang har økt. Litteraturen gir ikke noen entydige forklaringer, men viser til faktorer både utenfor og innenfor organisasjoner som behandler pasienter på tvang, så vel som forhold som kan knyttes til den enkelte behandler som fatter vedtak.

I neste kapitlet vurderes relevansen av forklaringsfaktorene på ulike nivåer som er presentert i kapittel 3, for den utviklingen som er presentert i dette kapitlet. Formålet er å generere noen antakelser om hva som kan forklare det paradokset som er presentert i denne oppgaven, nemlig at, til tross for Regjeringens sitt mål om å redusere tvang, viser det seg å være en økning i tvang.

6 Diskusjon

Målsettingen med oppgaven har vært å undersøke hvordan antallet på tvangsinnleggelses har utviklet seg fra 2007 til 2017. I kapittel 4 viste jeg hvordan utviklingen i bruk av tvang har økt over tid – stikk i strid med intensjonen om å redusere bruk av tvang som har preget utviklingen av lovverket i samme periode. Antall tvangsinnleggelses – og tvangsbehandlinger – har økt de siste årene. Denne økningen bekreftes av egne observasjoner på RASP, og gjennom den kvantitative analysen av alle tvangsinnleggelses på RASP fra 2007 til 2017. I tillegg viser litteraturgjennomgangen også at det har vært en økning i bruk av tvang.

Utviklingen har på denne måten gått i motsatt retning av hva lovgiverne har ønsket, noe som gjør det ekstra interessant (og viktig) å se nærmere på hva som kan forklare utviklingen. I dette kapitlet vurderes alternative forklaringer på denne utviklingen. Faktorene som beskrives er basert på en litteraturgjennomgang, og jeg vil vurdere hvorvidt og eventuelt på hvilken måte, de ulike forklaringsfaktorene kan være relevante for å forklare utviklingen på RASP. Med dette som utgangspunkt kan jeg så utlede noen generelle antakelser om faktorer som påvirker bruk av tvang.

Mange av beskrivelsene av RASP er basert på mine egne erfaringer som ansatt derfra fra 2010 til 2020.

6.1 Hvordan kan økning i bruk av tvang på RASP forklares?

RASP oppstart i 2007

Selv om den første detaljerte beskrivelsen av det medisinske fenomenet anoreksi ble laget av Richard Morton i 1689 (34), er det ikke før 1980-årene at spiseforstyrrelser ble allment kjent i vår kultur. Og da RASP ble opprettet i 2007, fantes det fortsatt lite litteratur og konkrete retningslinjer for hvordan man best kunne behandle disse pasientene. En stor gruppe pasienter som ble søkt inn på RASP, hadde levd et liv med alvorlig undervekt uten å få tilstrekkelig behandling. Flere hadde fått noen polikliniske samtaler hos behandlere som var usikre på hva de skulle gjøre, og noen hadde fått noen dager eller uker på sykehuset grunnet somatiske komplikasjoner i et somatisk miljø uten kunnskap om de psykiske aspekter ved lidelsen. RASP var den første institusjonen i region Helse Sør-Øst hvor alvorlige syke voksne pasienter med AN kunne legges inn, og hvor de skulle få en psykologisk behandling med fokus på de somatiske aspektene.

6.2 Utvikling på bruk av tvang på RASP – Forklaring på makro-nivå

Utvikling av tvang på RASP vurderes her utefra en forklaring på makro nivå, nemlig innenfor de rammene som ligger utenfor organisasjonenes kontroll i ulike tidsperioder. Da nevnes det rammer som ressursrammer, sektor, og rettslige rammer som Høyesterettsdommen fra 2015, kontrollkommisjonen, Paulsrud-utvalget og den nye psykiske helsevernloven.

Ressursrammer

For hvert år som har gått siden RASP åpnet sine dører, har budsjettet blitt mindre og man måtte stramme inn bemanningsplanen, som gjorde at man ikke kunne ansette like mange miljøterapeuter som før. Samtidig ble RASP mer kjent, og pågang på nye pasienter ble større. Antall timer, intensitet og kapasitet per pasient ble begrenset, noe som førte til at pasientene måtte følge en felles behandling, en felles kostplan og felles krav om reduksjon av undervekt. Man innførte også krav om begrenset innleggelsesopphold. For en pasient med spiseforstyrrelse som er preget av kontroll, egne faste rutiner og egne innarbeidede spiseregler, ble dette svært vanskelig. Pasientene kunne tidligere gjennomføre sin behandling i eget tempo med mange ressurser rundt seg. Grunnet strengere krav rundt rammeverk og økonomi, så man at de motiverte pasientene nyttiggjorde seg behandlingen, mens de mindre motiverte pasientene ble stadig mer tvunget til å spise. Dette førte til flere tvangsvedtak, noe som kom til uttrykk i utviklingen av bruk av tvang.

Sektorrammer

Paulsrud-utvalget (17) hadde rett da de påpekte at det er en rekke andre virkemidler enn lovgivning som har stor betydning, og at lovgivning og andre styringsmidler må virke sammen, dersom tvangsbruken skal reduseres. Ikke minst er innsatsen fra den kommunale helse- og sosialtjenesten av avgjørende betydning for mennesker med langvarige og sammensatte lidelser (17).

RASP ser at mange kommuner har blitt gode til å behandle pasienter med spiseforstyrrelser. Samtidig sliter flere kommuner med å etablere et godt tilbud for sine langtidspasienter; pasienter som har gjennomgått mange og lange behandlinger, men som ikke klarer å bli friske av sin spiseforstyrrelse. De som kan leve et godt liv med sin sykdom, men som trenger hjelp fra kommunen på lik linje med en pasient med schizofreni. Disse pasientene trenger en

omsorgsbolig eller kommunal leilighet hvor de kan få besøk av en helsearbeider som spiser et måltid med dem eller hjelper dem ut av isolasjon. De trenger en koordinator i kommune som de kan kontakte dersom de trenger en kort og rask somatisk innleggelse pga. somatiske komplikasjoner. Disse pasienter har som regel ikke krav på spesialisthelsetjenesten lenger, men trenger et langsiktig godt kommunalt tilbud. Dette tilbudet er vanskelig å få etablert, og har blitt stadig vanskeligere pga. økonomiske innstramminger innenfor kommunene. En stor utfordring på RASP de siste årene er pasienter som er «ferdig» behandlet og som trenger nettopp et slikt tilbud, men der dette ikke finnes i hjemkommunen. Dette har ført til mange ferdigbehandlede pasienter innlagt på tvunget psykisk helsevern som venter på bolig eller et psykiatrisk team før de kan skrives ut. Dette har medført at det har vært flere pasienter innlagt på tvang på RASP som har vært nødvendig, og som kommer til uttrykk i utviklingen av bruk av tvang på RASP.

Rettslige rammer: Høyesterettsdommen 2015, kontrollkomisjonens rolle, og lovverket

I 2015 fastslo en dom fra Høyesterett at AN med svært alvorlig undervekt er å regne som alvorlig sinnslidelse. Pasienter med denne diagnosen kan dermed, ved nærliggende og alvorlig fare for eget, liv bli innlagt mot egen vilje i henhold til lov om psykisk helsevern (35). Denne dommen kan ha gitt tvangsvedtak ved AN godkjentstempel i Høyesterett, slik at det ble en økt legitimitet for bruk av tvunget psykisk helsevern ved pasienter med AN. Dommen ble diskutert mye blant spesialistene på RASP og med kontrollkomisjonen, og ved tvil kunne man referere til dommen som bekreftet en vanskelig vurdering. Man opplevde også at Kontrollkomisjonen brukte denne som et bakgrunnstykke, og spesialistene fikk god støtte av Kontrollkomisjonen til å etablere eller forlenge det tvungne psykiske helsevernet.

Utvalgets flertall (17) som mener at en person som tar en «spiseforstyrret beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket ved overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes ikke beslutningskompetent» kan anses som svært forenklet. Som tidligere beskrevet kan pasienter med en alvorlig spiseforstyrrelse ikke være samtykkekompetent på noen områder, mens de kan være samtykkekompetent på andre områder. Dersom man vurderer alle pasienter med en 'spiseforstyrret beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket' som ikke samtykkekompetent, kommer man ikke i mål med å redusere bruk av tvang ved pasienter med en alvorlig spiseforstyrrelse.

Den 1. september 2017 trådte endringene i psykisk helsevernloven i kraft (17), og en av de viktigste endringene er at pasienter som er samtykkekompetente, får rett til å avslutte

tvangsbehandling og rett til å nekte å ta imot tilbud om behandling.

En gjennomgang av tvangsinnleggelse på RASP i 2018, dvs. etter at loven trådte i kraft, viser at 28 % av pasientene var innlagt på tvunget psykisk helsevern. Dette er omtrent det samme antallet som året før. Det er for tidlig å trekke noen konklusjoner ut av dette, men det er ikke sikkert om endring i loven har bidratt til reduksjon i bruk av tvang, hvilket er formålet med endringen.

En av hovedgrunnene til dette er at samtidig som en pasient som vurderes samtykkekompetent har rett til å avslutte sin behandling, har en pasient som *ikke* vurderes samtykkekompetent *ikke* rett på en frivillig behandling. Dette har blitt en utfordring, særlig hos pasienter med AN. Som tidligere påpekt kan pasienter med AN ha vrangforestillinger rundt matinntak og egen kropp, men kan være høyt fungerende på andre områder i livet. Det finnes en del pasienter som har forståelse og innsikt i at de trenger en behandling, men som allikevel ikke vurderes samtykkekompetente. Tidligere kunne disse pasientene bli innlagt frivillig, fordi man vurderte at de var i stand til å ta imot en frivillig behandling. Etter den nye PHVL er ikke det mulig lenger. Disse pasientene kan kun tas imot under tvunget psykisk helsevern.

Om dette er en av grunnene til at man så langt ikke ser en reduksjon i bruk av tvang er enda usikkert, men et viktig moment.

Formålet med endringen av lov om psykisk helsevern er å styrke selvbestemmelsesretten for mennesker med alvorlige psykiske lidelse, og med det en reduksjon i bruk av tvang. Baksiden av medaljen er at det også er en viktig rettighet å motta adekvat helsehjelp. Når denne pendelen svinger for langt, vil det kunne føre til at pasienter ikke får den hjelpen de skal ha. Det viktigste er å kunne bruke faglig skjønn og gi den beste helsehjelpen ikke forsvinner pga en stor kontekst med regler.

6.3 Utvikling på bruk av tvang på RASP – Forklaring på meso-nivå

Utvikling av tvang på RASP vurderes her utefra en forklaring på meso-nivå. Med denne beskrivelsen ligger forklaringene innfor RASP som organisasjon, nemlig sammensetning av personalet, organisering, organisasjonskultur, prosedyrer og rutiner..

Sammensetting av personalet

De første årene hadde RASP en høy bemanningsplan og få pasienter. Da RASP åpnet sine dører på Ullevål Sykehus i 2007 var budsjettet stort, og man hadde en mulighet å ansette en stor gruppe med miljøterapeuter. Samtidig var det lite pågang på nye pasienter grunnet lite kjennskap om RASP blant helsepersonell i helse Sør Øst. Dette innebar mange miljøterapeuter per pasient, og mye av tiden ble brukt på gjennomføring av kostlisten og motivasjonsarbeid. Hver pasient fikk nærmest en individuell skreddersydd behandling uten et begrenset behandlingsopphold. Denne høye bemanningsplanen ble etter hvert redusert, og stillinger ble tatt bort. Dette innebar færre miljøterapeuter per pasient som førte til en mer standardisert behandling. For pasienter preget av kontroll, egne faste rutiner og egne innarbeidede spiseregler, ble dette svært vanskelig. En mer standardisert og rigid behandling, hvor pasienter hadde mindre frihet og påvirkning i sin egen behandling, førte til mer motstand og flere tvangsvedtak.

Spesialister med vedtakskompetanse

RASP utviklet seg til å bli den største seksjonen med flest senger for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse i Helse Sør Øst, og ble dermed en høykompetent spesialenhet. RASP ble derfor et attraktivt arbeidssted og tiltrakk seg flere spesialister med mye erfaring, kompetanse og trygghet, og også flere behandlere med vedtakskompetanse. En utvikling av flere spesialister med vedtakskompetanse kan ha ført til at flere vedtak ble fattet.

I Helse Nord ser man at tallene på tvang er lavere enn i Helse Sør Øst (30), og at det finnes færre spesialister med vedtakskompetanse og færre instanser som er godkjent for bruk av tvang i Helse Nord. En mulig forklaring kan være at dersom man ikke har tilgang til å legge inn på tvang, at man også bruker mindre tvang. I RASP sitt tilfelle kan utviklingen på bruk av tvang ses i sammenheng med en økning av spesialister med vedtakskompetanse.

Organisering

Som nevnt ble bemanningsplanen redusert og økonomien strammet inn. Dette førte til et mer strukturert arbeid rundt miljøterapi. Miljøterapeutene fikk systematisk opplæring i fastholdning, og sykepleierne fikk systematisk opplæring i å legge ned sonde hos pasienter som ikke ønsket det. Det ble stort fokus på debriefing, og det ble etablert ukentlig samhandlingstrening. Miljøet ble stadig tryggere på å jobbe med pasienter på tvunget psykisk helsevern, og til å gjennomføre tvangssonding. Denne systematiske organiseringen har gitt

teamet rundt pasienten, som består av miljøterapeuter og spesialist med vedtakskompetanse, en større trygghet til å gjennomføre en tvangsbehandling. Tvil og usikkerhet kan tidligere ha vært grunn til å utsette bruk av for eksempel tvangsernæring, mens tryggheten kan ha ført til en høyere bruk av tvang.

Organisasjonskultur

Spiseforstyrrelse ble stadig en mer anerkjent diagnose, og flere kommuner fikk store summer til å lære opp egne helsepersonell, og til å etablere egne spiseforstyrrelsesenheter. På denne måten fikk mange pasienter med spiseforstyrrelse et godt og tilstrekkelig tilbud. De pasientene som var «vanskelige» å behandle, og hvor det lokale behandlingstilbudet ikke strakk til, ble henvist til RASP. Få av de lokale behandlingstilbudene var og er godkjent for bruk av tvang, så når den lokale behandlingstilbudet vurderte pasienten til å være i behov for tvunget psykisk helsevern henviste de videre til RASP. RASP fikk derfor stadig flere pasienter henvist på tvunget psykisk helsevern, og ble stadig flinkere til å behandle disse pasientene.

Den posisjonen RASP opparbeidet seg mht. vanskelige pasienter, gjorde noe med organisasjonskulturen på RASP. RASP ble den institusjonen som tok de «vanskelige», og samtidig var sannsynligheten for bruk av tvang på disse pasienter relativt stor. Det oppsto en ‘dette med tvang kan vi på RASP’ kultur, som igjen kan ha ført til flere henvisninger til RASP av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse og i behov av tvangsbehandling. ‘Dette med tvang kan vi på RASP’ kultur kan også ha ført til mer bruk av tvang pga en felles kultur og holdning.

Inntaksprosedyre

Som man ser i tabell 1, økte antall pasienter innlagt på RASP fra 2010. Dette var grunnen til at RASP valgte å stramme inn inntakskriteriene sine fra 2015. Endringene innebar konkrete kriterier som for eksempel krav om at behandling for spiseforstyrrelse hadde blitt forsøkt på lokalt nivå, og et etablert samarbeid med førstelinje i hjemkommune. Endringene i inntaksprosedyrene bidro til en skjev seleksjon av pasienter, der de sykeste ble prioritert. De pasientene som fikk et tilbud var som regel de som hadde vært syke over lang tid, og som var svært underernært. RASP prioriterte de sykeste, og de som regel var underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette kan ha medført til en økning i bruk av tvang.

6.4 Utvikling på bruk av tvang på RASP – Forklaring på mikro-nivå

Utvikling av tvang på RASP vurderes her utefra en forklaring på mikro nivå, nemlig faktorer som ligger på individuelt nivå. Da nevnes det holdning og ulik praksis ved vurderinger blant spesialistene og 'Fear factor'.

Holdning og ulik praksis ved vurderinger blant spesialistene

Reguleringene og prosedyrene rundt lovverket diskuteres stadig i diverse behandlingsmøter på RASP, og som behandler og enhetsleder har jeg observert forskjeller i holdning blant spesialistene når det gjelder bruk av tvang. I praksis er det litt ulike syn i fagmiljøet på når farekriteriet i forhold til grad av undervekt og andre somatiske forhold er oppfylt i forhold til tvangsinnleggelse, og når i et behandlingsforløp pasienten skal overføres til frivillig innleggelse. I tillegg er det ulik praksis ved vurderingen av når vedtak om tvunget ernæring skal fattes og omfanget av tvangsbehandling for å gjennomføre re-ernæring.

Vilkåret om at det er stor sannsynlighet for at 'pasienten i nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret' er vanskelig å vurdere. Begrepet 'nær fremtid' diskuteres stadig; Kommer pasienten til å slutte å spise i nærmeste fremtid? Og dersom pasienten gjør det, vil tilstanden forverres og utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse? Pasienter med AN er som regel svært påvirket av sykdommen, men kan ha full realitetsforståelse på andre livsområder. Dette gjør vurderingen om pasienten 'har blitt frisk og kommer til å fortsette å spise i nær fremtid' vanskelig. Man ser at spesialistens egne holdninger og erfaringer kan spille en rolle. Noen spesialister har «tro» på pasientens evne til å fortsette med den gode utviklingen, mens andre spesialister er mer skeptiske. I verste fall kan sistnevnte vurdere å ikke opphøre den tvunget psykiske helsevernet som et preventivt virkemiddel.

Lov om psykisk helsevern har detaljerte og omfattende kriterier for tvangsinnleggelse og – behandling som er vanskelige å omsette i praksis. Fortolkningen av lovverket er ikke entydig i møtet med den enkelte pasient med AN., og det må gjøres individuell vurdering i hver enkelt pasientsak. På denne måten finnes det et stort rom for faglig skjønn i vurderingen av bruk av tvang, og dette åpner for at ulike holdninger kan gi ulik praksis.

Noen pasienter på RASP har vært syke lenge, og har funnet en måte å leve et rimelig godt liv med sin spiseforstyrrelse. Andre pasienter derimot er unge, har et kort sykdomsforløp, og har et langt liv foran seg. Pasientens alder, sykdomshistorie og behandlingshistorie er viktige

momenter i en vurdering om etablering eller forlenging av tvunget psykisk helsevern. Også her finnes det en del ulike holdninger blant spesialistene. Noen mener at alle pasienter burde få en tvangsbehandling for å få en reell sjanse til å bli frisk, mens andre spesialister skiller mellom de nysyke og de kronifiserte. Ved nysyke pasienter kan tidlig bruk av tvang i et behandlingsforløp være en riktig vurdering for å unngå behandlingstretthet og mange mislykkete behandlingsforsøk. Mens hos kronifiserte eller langtidssyke pasienter kan behandling med fokus på livskvalitet være det beste. Det finnes ingen gode retningslinjer for å vurdere denne grensen, og dette kan skape usikkerhet blant spesialistene.

Når er en pasient kronifisert? Etter 5 års sykdom? 10 år? Hvordan defineres sykdomsdebut? Ved første spisevegring? Eller ved første kontakt med psykisk helsevern? Og dersom en kronifisert / langtidssyk pasient vurderes til å være i behov for behandling under tvunget psykisk helsevern, skal det være ubestemt (så lenge det tar å komme seg til en sunn vekt) eller tidsbegrenset? Og hvis begrenset, i hvor lang tid? Hvilke behandlingsforventninger skal være akseptable? Stabilisering eller bør man sikte på full nærings- og psykisk helse?

Disse skjønnsmessige vurderingene er mange og kompliserte, og vurderes ulikt av ulike spesialister avhengig av spesialistens livs- og arbeidserfaring, egne holdninger og personlighet. Dette kan bli problematisk, og i verst fall kan medføre ulik behandling av lik pasient.

Disse vurderinger innebærer såpass stor grad av skjønn at det åpner for at individforklaringer har stor betydning, og at det finnes rom for individuell praksis.

Fear factor

Overstående beslutninger om etablering av tvunget psykiskhelsevern er krevende å ta, hvor 'fear factor' kan spille en rolle. 'Fear factor' viser til at man heller holder pasienten lenger på tvunget psykisk helsevern enn å opphøre den. At man heller etablerer tvunget psykisk helsevern enn å ha 'is i magen'. Og at det raskere fattes vedtak om tvunget ernæring enn å vente noen dager for å se om pasienten klarer å motivere seg selv til å begynne å spise igjen. Har samfunnet fått en holdning hvor folk skal holdes i live for enhver pris? Og hvordan finner vi skjæringspunktet "nok er nok"?

Frykt kan styre våre handlinger, og det finnes en fare om at det er frykten som styrer vedtaket og ikke lovverket.

Det har også vært større fokus på spiseforstyrrelser i media de siste årene. Pasienter som blogger kritisk om behandling og navngir deres behandler, og kjente aviser som gjengir historier fra pasienter og pårørende om dødsfall og feilbehandling, Dette kan påvirke beslutninger i forhold til bruk av tvang., og i verste fall kan øke 'fear factor' blant spesialistene.

Mange av de tyngste pasientene med høy risiko behandles på RASP, noe som kan påvirke behandlerne til å foreta overdrevne beslutninger om bruk av tvang - nettopp fordi de vet at dette er en pasient, der risiko for alvorlige konsekvenser (død) kan være stor. Frykten for verst tenkelige utfall (død) kan dermed overskygge det å veie ulike hensyn og ta en rasjonell beslutning.

6.5 Oppsummering

Som det vises i kapitlet kan alle tre nivåer (makro-, meso- og mikronivå) påvirke bruk av tvang. Samtidig framstår forklaringer på mikronivå som spesielt interessante, ikke minst på grunn av det rommet for faglig skjønn som finnes i denne sektoren. Videre er trekk ved pasientgruppen -alvorlige syke med selvdestruktiv atferd – viktig for å forstå hvordan «fear factor» kan påvirke beslutninger i retning av tvangsbruk.

7 Oppsummering og konklusjon

Til tross for det fokuset Regjeringen har hatt de siste 10 årene på å redusere bruk av tvang, ser man et sprik mellom intensjon og utfall. Det ser ut som om utviklingen av bruk av tvang de siste årene har gått oppover. Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke om dette stemmer, og i så fall forklare dette paradokset.

Det har vært en trend om et ønske om å redusere bruk av tvang gjennom lovverket og debatter, men denne oppgaven har vist at utviklingen går motsatt vei; bruk av tvang på RASP har hatt en økende tendens de siste 10 årene. Andre studier av tvangsinnleggelse og -behandling av AN og andre type psykiske lidelser i Norge og i øvrige land konkluderer også med at bruk av tvang har økt.

Det finnes ikke en entydig forklaring på denne utviklingen, men man kan påpeke flere relevante forklaringer på ulike nivåer. I denne oppgaven har jeg trukket fram forklaringsfaktorer både i behandlingsinstitusjonenes omgivelser og trekk ved selve behandlingsinstitusjonen, så vel som forklaringsfaktorer på individnivå – forhold knyttet til den enkelte behandler. Av disse forklaringene framstår individforklaringene som kanskje mest interessante å studere nærmere, ikke minst på grunnlag av den autonomien den enkelte behandler ved beslutninger om bruk av tvang.

Litteraturen beskriver store variasjoner i bruk av tvang hos psykisk syke pasienter, både innenfor og mellom forskjellige land og regioner, og viser til at disse variasjoner kan forklares på ulike måter. I denne oppgaven har jeg vurdert hvorvidt ulike forklaringsfaktorer som trekkes fram i andre studier, kan være relevant for å forklare utviklingen i Norge generelt og på RASP. Spesielt, som ulike kulturelle og juridiske rammer, økonomiske rammer, helsevesenets organisering, faglige normer, personlige erfaringer og generelle holdninger. Disse faktorene har også blitt sett i sammenheng med utviklingen på RASP. Jeg har undersøkt hvordan de ulike faktorer kan påvirke bruken av tvang, og diskutert mulige årsaksforhold.

Både ressursrammer, sektor og rettslige rammer som høyesterettsdommen fra 2015, kontrollkommissjonen, Paulsrud-utvalget og den nye psykiske helsevernloven er relevante for bruken av tvang på RASP. På meso-nivå kan det vises til at økning av spesialister med vedtakskompetanse, sammensetning av personalet, organisering, organisasjonskultur, prosedyrer og rutiner har vært viktige faktorer som har påvirket det endelige utfallet. Det er

likevel det siste settet av faktorer – forklaringer på mikronivå som 'fear factor' og holdning og ulik praksis blant spesialistene, som framstår som spesielt relevante, og som egner seg godt for videre studier.

Høyesterett har et ordtak som lyder omtrent slik 'Loven har aldri vært til hinder for å komme til et rimelig resultat'. Dvs. de aller fleste beslutninger man tar, tar man intuitivt og påvirkes av mange faktorer. Deretter rasjonaliserer man og lager en begrunnelse som kan rammes inn i lovverket. Kanskje er ikke lovverket tydelig nok, slik at øvrige faktorer får en større påvirkning i hva som blir resultatet. Et slik mulig behov for å stramme inn lovverket – gjøre det tydeligere – innebærer samtidig en risiko for at den faglige autonomien svekkes, at behandlingen standardiseres, og at det blir vanskeligere å tilpasse bruken av tvang til den enkeltes behov i det enkelte tilfelle. Det foreligger på denne måten noen viktige avveielser mellom bruk av lovverk og styring ovenfra og behovet for klinisk autonomi og bruk av faglig skjønn.

Klinisk/faglig autonomi er en forutsetning for gode vurderinger, og dersom lovverket strammes for mye inn er det fare for at autonomien forsvinner, og kan ikke behandleren ta en selvstendig individuell vurdering lenger. Et for stramt lovverk kan true friheten til å ta gode autonome vurderinger.

Tvangsinnleggelse og -behandling av pasienter med spiseforstyrrelser og særlig AN er omdiskutert, og reiser flere etiske problemstillinger. Noen hevder at AN er et sosiokulturelt fenomen og at individets autonomi må respekteres (36). Andre påpeker at AN ikke er et fritt selvstendig valg personen tar, men et symptom på en alvorlig mental lidelse og er å sammenligne med psykoser med brist i virkelighetsoppfatningen (37). Det er blitt hevdet at tvangsinnleggelse og -behandling burde brukes mer for å hindre dødsfall av pasienter med AN (38), mens andre hevder at ved svært langvarig og alvorlig AN med mange tidligere langvarige behandlingsforsøk uten særlig effekt, bør tvangsinnleggelse og – behandling unngås selv med risiko for dødelig utgang (38).

Det ser ut som at det finnes mange ulike holdninger blant ulike spesialister. Noen mener at pasientens autonomi må respekteres til tross for store konsekvenser, og noen mener at tvang bør iverksettes dersom pasienten ikke vet sitt eget beste. Det er ulikt syn på når farekriteriet er oppfylt (som er et av kriteriene lovfestet i loven) eller når tvunget vern bør opphøres.

Begrepet 'nær fremtid' er diskutabel, og også her ser man at spesialistens egne holdninger,

erfaringer og alliansen med pasienten kan spille en rolle. Noen spesialister mener at alle pasienter burde få en tvangsbehandling for å få en reell sjanse til å bli frisk, mens andre skiller mellom de nysyke og de kronifiserte.

Høyesterettsdommen fra 2015 (35) viste til at pasienter med AN med svært alvorlig undervekt er å regne som alvorlig sinnslidelse. Det er derfor vanskelig å vurdere utfallet dersom en pasient med en alvorlig sinnslidelse viser å ha en innsikt i forhold til håndtering av egen sykdom. Dette skal i praksis fanges opp av en rimelighetsvurdering, som viser hvor komplisert dette kan være. Fravær av beslutningskompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling var sentrale forslag fra utvalget (17). Legeforeningen var blant annet skeptisk til forslaget og mente at beslutningskompetanse kan vise seg å svinge i løpet av et døgn, og ikke minst i akutte situasjoner, og derfor kan forbigående og situasjonsutløst svekkelse av beslutningskompetansen føre til uønsket etablering av tvang. De nevnte også at det er en mulighet for at forslaget kunne føre til økt bruk av tvang.

Dette er eksempler på at vurderingene er individuelle, utfordrende og kompliserte og innebærer stor grad av skjønn. Dette åpner igjen for at individforklaringer, lik de som er studert i denne oppgaven, vil kunne ha stor betydning. Det finnes rom for individuell praksis, og dette gjør det viktig og interessant å studere hva som påvirker denne praksisen.

Paulsrudutvalgets flertall foreslo nye bestemmelser i Psykisk helsevernloven som gikk ut på et faglig ansvarlig med plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern eller behandling uten eget samtykke (17). Flertallet viste videre til at bruk av tvang er et alvorlig og inngripende tiltak overfor pasienten, og at det er viktig å sørge for at en beslutning om å bruke tvang er kvalitetssikret i størst mulig grad. Som det senere viste seg, unnlot mange høringsinstanser å kommentere forslaget om plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak. Halvparten av de som uttalte seg, støttet forslaget, mens den andre halvparten uttalte seg mot forslaget (17). Det er vanskelig å forklare med sikkerhet denne variasjonen i holdninger, men det er nærliggende å knytte det til at enkelte høringsinstanser anså en plikt om å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell som en trussel mot klinisk autonomi og mulighet for den enkelte til å utøve faglig skjønn.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) argumenterte med at forskjellige leger kan komme frem til forskjellige diagnoser eller vurderinger (17). Når legens vurdering

kan føre til bruk av tvang og pasientens tap av styring over deler av sitt liv, er det riktig å få frem flere begrunnede meninger om saken. De påpekte i tillegg at dette kan føre til et økt behov for kvalifisert personale i psykiatri. Legeforeningen og St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern viste derimot til at et eget krav om dette vil bidra til økt byråkratisering og muligheten for pulverisering av ansvar (17). Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag mente at kravet om at «ansvarlig for vedtak» skal rådføre seg med andre, er ulogisk både faglig og ansvarsmessig, og at en som har vedtaksrett, må kunne ta denne beslutning alene (17). Når det viser seg at vurdering rundt vedtak om tvunget psykisk helsevern er individuelle, utfordrende og kompliserte, kan en slik holdning som tilsier at det ikke trengs å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell, ha store konsekvenser. I forlengelse av det som er nevnt her er min refleksjon at det er viktig å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell i vanskelige og kompliserte vurderinger. Dersom de som fatter vedtak om tvang opplever seg selv som ekspert og har mistet det ydmyke blikket og den nysgjerrige holdningen kan det føre til feilvurderinger.

Ufrivillig behandling for pasienter med AN er kontroversielt. Noen pasienter rapporterer at de ikke ville være i live i dag hvis de ikke hadde blitt behandlet ufrivillig. Andre rapporterer imidlertid ufrivillig behandling som en traumatisk opplevelse, og noe som ikke har vært nyttig i løpet av sykdomsforløpet. Studier skildrer et sammensatt bilde: pasienter opplever ufrivillig psykiatrisk omsorg både som 'gode muligheter og store tap' (39,40).

Det er et presserende behov for å øke vår forståelse av oppfatninger og erfaringer fra pasienter som har blitt utsatt for ufrivillig behandling av AN. I tillegg er det et like presserende behov for å identifisere årsakene til at klinikere tar visse valg, ettersom det er liten konsistens mellom ulike klinikere mht. hvordan og når disse valgene tas.

Det å belyse tolkningen av loven og undersøke erfaringer og etiske betraktninger hos terapeuter som er ansvarlige for ufrivillig innleggelse, -behandling og bruk av tvang, kan være en måte på å forstå hvordan valgene tas. Hva ligger til grunn for at det fattes et vedtak og hvilke oppfatninger og opplevelser av ufrivillig innleggelse og behandling har terapeuten? Og hvordan påvirker ufrivillig behandling den terapeutiske alliansen? Ved å fremheve erfaringene til pasientene som får ufrivillig behandling og fysisk tvang, og ved å få en bedre forståelse av dilemmaene rundt det å fatte et vedtak, kan generell kunnskap om ufrivillig behandling økes. I tillegg kan det bidra til en adekvat bruk av tvang, og til at kvaliteten på

tilbudet forbedres slik at det skapes rom for etisk og profesjonell refleksjon rundt bruk av tvangsbehandling i daglig klinisk praksis.

Referanser

1. Tan, J.O., Stewart, A., Fitzpatrick, R. and T. Hope (2010). "Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion." *International Journal of Law and Psychiatry* 33(1): 13-19.
2. Helse og omsorgsdepartementet. (2017). "Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)." <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed.* Arlington, VA, US. American Psychiatric Publishing, Inc.
4. Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A.M., Albert, U and P. Monteleone. (2016). "Eating disorders: What age at onset?" *Psychiatry Research* 238: 225-227.
5. Mitchison, D. and J. Mond (2015). "Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review." *Journal of Eating Disorders* 3(1): 20.
6. Keski-Rahkonen, A. and L. Mustelin (2016). "Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors." *Current Opinion in Psychiatry* 29(6): 340-345.
7. Rosenvinge, J. H. and K. G. Gotestam (2002). "[Eating disorders--how should treatment be organized?]." *Tidsskrift for den Norske Laegeforening* 122(3): 285-288.
8. Keel, P.K. and T.A. Brown (2010). "Update on course and outcome in eating disorders." *International Journal of Eating Disorders* 43(3): 195-204.
9. Chesney, E., Goodwin, G.M. and S. Fazel (2014). "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review." *World Psychiatry* 13(2): 153-160.
10. Keshaviah, A., Edkins, K., Hatings, E.R., Krishna, M., Franko D.L. et al. (2014). "Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux." *Comprehensive Psychiatry* 55(8):1773-1784.
11. Tan, J.O., Stewart, A., Fitzpatrick, R. and T. Hope (2010). "Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion." *International Journal of Law and Psychiatry* 33(1): 13-19.
12. Geller J, Srikaneswaran S. Treatment non-negotiables: Why we need them and how to make them work. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association.* 2006;14(4):212-7.
13. Psykisk helsevernloven : med forskrifter : lov 2 juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern : sist endret ved lov 10 februar 2017 nr. 6 fra 1 september 2017. Bergen: Fagbokforl.; 2017
14. Syse A. Tvungent psykisk helsevern–enkelte kommentarer. *Kritisk juss.* 2016;42(04):278-300.
15. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser
16. <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/kontrollkommisjonen>
17. Prop. 147 L(2015–2016) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)
18. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/?ch=1>
19. Bak J., Aggernæs H. (2012) Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries.
20. Salize HJ, Dressing H., Peitz M (2002). Compulsory admission and involuntary treatment of mental ill patients – legislation and practice WU-member states.
21. Feiring E., Ugstad K.N. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission:

a qualitative analysis.

22. Yager J., Carney T., Touyz S. (2016). Is involuntary treatment ever justified in patients with SE-AN: An International perspective.
23. Silva B., Golay P., (2018). Factors Associated With Involuntary Hospitalisation for Psychiatric Patients in Switzerland: A Retrospective Study
24. Raboch J, Kalisova L, Nawka A (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries.
25. Berge T., Bjøtegård K.S. (2018). Coercive mental health care-dilemmas in the decision-making process.
26. Støkken, AM., Nylehn B. (2002). De profesjonelle- relasjoner, identitet og utdanning
27. Furre, A., Sandvik. L., Friis. S., Knutzen M. and K. Hanssen-Bauer (2016). "A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint." *Psychiatry Research* 237: 60-66.
28. Blixhavn, T., Rø, Ø. and I. Halvorsen B.(2018). "Physical coercion during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up." *International Journal of Eating Disorders*. Submitted.
29. Clousen L., Larsen J.T.: A Danish register-based study on involuntary treatment in anorexia nervosa).
30. Health and Social Care Information Centre (2012)
<http://www.hscic.gov.uk/article/2239/Eating-disorder-hospital-admissions-rise-by-16-percent-in-a-year> Accessed 2/3/15.
31. Statistisk sentralbyrå. "Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser."
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/geografiske-forskjeller-i-tvangsinnleggelser>
32. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R. (2010). Incidence of seclusion and & restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends.
33. Jacobsen T.B. (2012) Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices
34. Pearce JMS (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia Nervosa
35. Norges Høyesterett. (2015). "Tvangsbehandling av person med spiseforstyrrelser."
<https://www.domstol.no/no/Enkelt-domstol/-norges-hoyesterett/avgjorelser/Avgjorelser-2015/Avdeling---Sivile-saker/tvangsbehandling-av-person-med-spiseforstyrrelser/>
36. Dresser, R. (1984). "Feeding the hunger artists: legal issues in treating anorexia nervosa." *Wisconsin Law Review* 1984(2): 297-374.
37. Marc, S. and M. Sara (1998). "Compulsory treatment of anorexia nervosa and the moribund patient." *European Eating Disorders Review* 6(1): 27-37.
38. Holm, J.S., Brixen, K., Andres, A., Hørder, K. and R.K. Støving (2012). "Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: A review of five cases." *International Journal of Eating Disorders* 45(1): 93-100.
39. Hem M.H., Gjerberg E., Lossius T., Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review (2018).
40. Johansson IM and Lundman B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *J Psychiatr Ment Nurs* (2002).

