

Kapittel 2

Tvangsproblematikken

Tvangsinnleggelse – tvangsbehandling

Omfang av tvang i psykisk helsevern i Norge har vært gjenstand for betydelig debatt og rapportering. Likevel har det vist seg vanskelig å skaffe pålitelige tall for omfanget av formell tvang i psykisk helsevern. Vanlige mål på omfang av tvangsinnleggelse er antall tvangsinnleggelse og antall tvangsinnlagte sammenlignet med befolkningstallet og andel av innleggelse til psykisk helsevern som skjer med hjemmel i bestemmelser om tvang sammenlignet med andre innleggelse. Rapporter peker på en rekke problemer med registreringen. Tvang blir registrert på ulike måter i ulike avdelinger, og det er derfor vanskelig å hente ut og systematisere tallene. Med utgangspunkt i data som dekker 81 prosent av døgnoppholdene, beregnet Helsedirektoratet at i 2009 var 5050 personer innlagt ved tvang til sammen 7203 ganger. Beregninger tyder på at antall vedtak om tvang økte fra 2001 til 2005, og at endringene fra 2005 til 2009 har vært små.¹⁹ Ifølge Aftenposten (NTB) 12.3.2016 ble i 2014 rundt 5600 pasienter tvangsinnlagt til sammen 8000 ganger i det psykiske helsevern for voksne. Helsedirektoratet melder samme sted at tallet på tvangsinnlagte har økt med 4 prosent i forhold til 2013, og antall tvangsinnlagte har økt siste år (2015).

Men for å kunne redusere denne tvangsbruken, trenger vi å vite mer om de faktorer og prosesser som leder til det mest radikale inngrep i personlig frihet som vi har.

Bruken av tvang og fokus på hva som skjer med mennesker som blir utsatt for tvang innenfor psykisk helsevern har vært et viktig tema for bruker- og pårørendeorganisasjoner gjennom flere år. Mange har fortalt om overgrep og krenkende behandling, og det har lenge vært uttrykt bekymring knyttet til høye tvangstall og til dels store geografiske variasjoner.

¹⁹ NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. Norges Offentlige Utredninger: Helse- og Omsorgsdepartementet 2011.

Hvordan kommer man så ved akutte psykiatriske tilstander i kontakt med det psykiske helsevesen? En allmennlege kan bli kontaktet per telefon av pasienten selv, pårørende, naboer eller offentlig myndighet (politi). Det første skritt frem mot tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende. Hvis vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommende nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedkommende kan om nødvendig avhentes og undersøkes med tvang. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

Tidligere lovverk om psykisk helsevern hadde også regler om tutor og tutorerklæringer. Med tutor menes personer som var pålagt å dra omsorg for en sinnssyk eventuelt ved innleggelse i psykiatrisk institusjon. Ved tvangsinnleggelse skulle det foreligge tutorerklæring som i utgangspunktet skulle undertegnes av pasientens nærmeste, det vil si: ektefelle, myndige barn, foreldre eller søsken med mindre det var et vanskelig forhold mellom pasienten og den aktuelle tutor. I nåværende lov er prosedyren ved tvangsinnleggelse forenklet ved at kravet om å ha en tutor ved tvangsinnleggelse er fjernet.

Videre tiltak er avhengig av hva man har kommet fram til etter å ha vurdert pasienten. Noen ganger henvisning til DPS (Distriktpsikiatrisk Senter) eller hvis pasienten tilfredsstillt kravene til øyeblikkelig hjelp, må pasienten legges inn på en psykiatrisk avdeling i sykehus. Vakthavende lege ved den aktuelle avdeling må da kontaktes. Skal pasienten legges inn til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, er det bestemte krav til dokumentasjon.

Transport til sykehus kan skje på vanlig måte ved privatbil, drosje eller ambulanse. Hvis det er behov for å bruke fysisk makt, har politiet plikt til å bistå med å transportere pasienten til sykehuset. Dette bør skje på mest mulig skånsom måte. Utgjør pasienten en sikkerhetsrisiko, kan politiet bruke håndjern og fotlenker. Dette oppleves som svært krenkende og er ofte ikke nødvendig, idet svært få av disse pasienter kan regnes som farlige. Det er nødvendig å foreta en konkret vurdering av forholdsmessighet og nødvendighet av å bruke håndjern. Den europeiske torturkomité har bemerket at bruk av håndjern og fotlenker må opphøre, da dette stigmatiserer og kriminaliserer pasientene.

Videre prosedyre er at på bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen, foretar den faglige ansvarlige (lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning) ved insti-

tusjonen en vurdering om vilkår for tvungen observasjon eller tvangsinnleggelse er oppfylt.

Tvungen observasjon kan bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for vedkommende med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende, og at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at dette har ført fram. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg.

Institusjonen har plikt til å gi pasienten den informasjon som er nødvendig, bl.a. om «husregler», klageadgang osv. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å kunne ivareta sine rettigheter. Personalet skal så langt som mulig sikre seg at mottageren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og tilpasses pasientens individuelle forutsetninger.

Men statistikken har også avslørt sosiale problemer i forbindelse med tvangsinnleggelse. Mange pasienter hører til det lavere sosiale hierarki, og av den grunn har vanskelig for å forstå sine juridiske posisjoner og rettigheter. De mangler kanskje informasjon om eller er gitt ufullstendig informasjon om klageprosessen.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over ti dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Vedtaket kan påklages til Kontrollkommisjonen.

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen og eventuell tvungen observasjon foretar den faglige ansvarlige en vurdering av om vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, blant annet:

Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har fremsatt begjæringen, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen.

Ifølge loven kan pasienter behandles med legemidler uten at de samtykker til det²⁰:

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke.

20 Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999-07-02 nr 62 §4-4, 2.ledd.

Når det ikke lenger er hjemmel for tvungent psykisk helsevern, skal tvangsvedtaket oppheves umiddelbart.

Innføringen av psykofarmaka i psykiatrien har vært et fremskritt for å kunne behandle psykotiske tilstander. Bruk av disse legemidlene kan være en helt nødvendig forutsetning for å få andre behandlingstiltak til å virke²¹. Det er grunnen til at det åpnes for behandling med legemidler uten pasientens samtykke til tross for at slik tvangsbehandling isolert sett må betraktes som et alvorlig inngrep overfor pasienten. Mange pasienter reagerer svært sterkt på tvangsmedisinering og ser dette som et større inngrep enn selve tvangsinnleggelsen. Bruken av legemidler vil ikke sjelden ha sjenerende bivirkninger, og det stilles strenge krav til kvaliteten av det medisinske skjønn som ligger til grunn for en beslutning om behandling med legemidler.

Pasienter som blir tvangsinnlagt klager på at de på grunn av tvangsmedisinering, er neddøpet og ute av stand til å argumentere for seg når klagen behandles for kontrollkommisjonen. Dette er et rettssikkerhetsproblem som henger sammen med at to ulike klageinstanser (Fylkesmann og kontrollkommisjon) er inne i bildet. Få pasienter klager og få pasienter får medhold i klager til Fylkesmannen på vedtak om tvangsbehandling. Mange opplever dette som en illusorisk mulighet og lar være å klage av den grunn. I noen tilfeller blir medikamentell tvangsbehandling iverksatt før klagen er behandlet.²² Pasienter som mottar tjenester fra tvungen psykisk helsevern er en svært sårbar gruppe. Gruppen stiller langt svakere enn befolkningen for øvrig med hensyn til å ivareta egne interesser og rettigheter. Klageordningene passer kanskje best for velutdannede, kompetente og friske borgere. Klageordningene for tvangsbestemmelsene i psykisk helsevern er svært viktige, og institusjonen har en viktig oppgave i å informere pasientene om disse. Pasientrettighetene ble styrket gjennom Pasientrettighetsloven²³. I denne loven ble brukervedvirkning hjemlet, slik at et klart fokus på dette ble nå uttrykt i helselovgivningen. Myndighetenes overordnede mål for brukervedvirkning er at brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene. Videre skal brukernes erfaring med og forståelse av psykiske lidelser være en del av fagkunnskapen og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak og behandlingsveiledere.

I min doktorgrad undersøkte jeg fordeler og ulemper ved bruk av tvang under behandlingen. Jeg fant da at det er få studier om dette emnet i hvert fall i Norge. Resultatene av de undersøkelsene jeg leste, peker i forskjellige

21 Syse A. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.

22 Blesvik S, Diseth R, Husum TL, Kogstad R, Orefellen HJ, Thune GH. Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? *Tidsskr Nor Legefor* 2006;12:125.

23 Pasient- og brukerrettighetsloven 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63.

retninger. Vi mangler altså sikker kunnskap om effektene av tvang for behandlingsresultatene. Et stadig tilbakevendende spørsmål vil være om det inngrepet som tvunget psykisk helsevern innebærer står i forhold til det gode som oppnås. Forholdsmessighetsprinsippet må her vurderes. Vi må veie forholdsmessigheten mellom sannsynligheten av positiv effekt av tvangsbehandlingen og de negative effektene på kort og lang sikt. Vi har svært lite kunnskap om den behandling personer som tvangsinnlegges får, faktisk fører til det bedre. Vi må få bedre studier på dette området før vi kan vite noe mer sikkert.

Det er så langt ikke vitenskapelig bevist at tvangsbehandling har bedre effekt enn frivillig behandling. Tatt i betraktning den kontrovers som tvangsbehandling har forårsaket i psykiatrien og lovverket, er det forbausende at det ikke finnes mengder av data og studier i forbindelse med resultater av tvangsbehandling. Men det er vanskelig å gjennomføre metodisk holdbare studier på feltet, både fordi det er uklart hvordan tvang skal defineres, og hvordan tvang kan måles. Det er vanskelig, om ikke umulig, å komme til en konklusjon om bruk av tvang i behandling av psykiske lidelser fordi vi mangler kontrollerte, randomiserte studier. Det er ikke mulig å kunne lage et «ideelt» eksperiment som ville innbefatte en dobbel-blind randomisering i to grupper. Det er vanskelig å tenke seg at en gruppe pasienter som blir henvist til tvungent psykisk helsevern, ved innleggelse ved loddtrekning skulle deles slik at for den ene gruppen ble tvangen opphevet og for den andre gruppen ikke. Hjelpetrengende pasienter ville da stå uten behandlingstilbud. Dette ville være spesielt ugunstig og uansvarlig for pasienter som ansees farlige for seg selv eller andre.

Men ved utprøving av nye legemidler ligger derimot forholdene godt til rette for å gjennomføre randomiserte studier: en pasientgruppe får det aktuelle legemidlet, mens den andre gruppen ikke får det, men får placebo. Det er derfor gjort mange randomiserte studier av psykofarmaka.

Det trengs flere og bedre studier, gjerne kontrollerte og randomiserte, hvis mulig, for å få kunnskap om hvilke effekter bruk av tvang har på behandlingsresultatene. Det er et alvorlig problem med forskningsmetodene i området tvangsbehandling i psykiatri. Dette er et tema som må forfølges og arbeides videre med.

Mye av utenlandsk faglitteratur skiller ikke mellom frihetsberøvelse og tvangsbehandling. I mange land skiller heller ikke lovgivningen mellom disse tvangsformer, da det tas for gitt at dersom man først etablerer tvungent psykisk helsevern, foreligger det implisitt hjemmel også for tvangsbehandling. Men vårt lovverk skiller mellom etablering av tvungent psykisk helsevern og tvungen behandling.

Et viktig grunnleggende spørsmål er hvorfor det er tillatt med tvang når det gjelder såkalte psykiske lidelser, men som regel ikke ved somatiske lidelser. Det finnes noen få unntak i de tilfeller der pasienter motsetter seg helsehjelp. Det kan da treffes vedtak om tvungen helsehjelp dersom en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp. Ifølge loven om pasientrettigheter har en pasient rett til i noen få tilfelle hvor det står om livet, å nekte blodoverføring og å nekte å avbryte en sultestreik når dette har bakgrunn i en seriøs overbevisning. I de fleste tilfeller dukker ikke spørsmålet opp, fordi folk med livstruende somatiske tilstander ofte ikke er i stand til å gi samtykke eller nekte behandling, som for eksempel ved ulykker, hjerneslag, diabetisk koma med mer.

Straffelovens §18 (tidligere §47) om nødrett har også vært benyttet som hjemmel for helsehjelp uten samtykke i akutte nødssituasjoner. Villkårene for nødrett er at det foreligger en uavvendelig fare for pasientens liv, eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Den foreliggende fare må heller ikke kunne avverges på annen, mindre inngripende måte. Bruk av §18 må anses av særlig betydning i forhold til det inngrep som elektrobehandling (ECT- elektrokonvulsiv terapi) uten samtykke utgjør. Uten samtykke kan behandlingen bare utføres i en akutsituasjon, for eksempel ved overhengende fare for selvmord på grunn av alvorlig depresjon, og som ikke kan avhjelpest med andre midler.

Også ifølge Psykisk helsevernloven §4-4 annet ledd skal denne behandling som hovedregel bare gis etter samtykke fra pasienten.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep...

Elektrobehandling har lenge vært en omstridt behandlingsform. Mange myter og oppfatninger om behandlingen ble understøttet av filmen «Gjøkredet» på 70-tallet. Filmen viste pasienter som ble påført så kraftige støt at de førte til muskelkramper så kraftige at de kunne få bruddskader.

Filmen viste også tilfelle hvor pasientene ble lobotomert. Dette var en utbredt og anerkjent psykiatrisk behandlingsform i Norge på midten av 1900-tallet. Man fant ut at pasienter med alvorlig depresjon og angst hadde størst utbytte av behandlingen. Likevel ble metoden i stigende omfang også standardbehandling ved schizofreni.

Metoden besto i at man skar over ledningsbanene mellom frontallappen og de basale delene av hjernen. En sonde ble stukket inn i hjernemassen, og denne ble ført opp og ned i frontalplanet. Inngrepet ble foretatt «i blinde»,

idet kirurgen hadde liten oversikt over operasjonsfeltet. Hjernevevet ble ødelagt med et stumt instrument²⁴.

Denne behandling er i ettertid blitt sterkt fordømt. Den ble utviklet av den portugisiske nevrologen Moniz som fikk Nobelprisen for denne. Erfaringene ble vurdert som positive i den første fasen. Men etter hvert ble skepsis mer dominerende. Mange pasienter døde eller fikk skader av behandlingen. Fram til 1974 ble minst 2500 psykiatriske pasienter lobotomert i Norge. I forhold til folketallet hadde Norge verdens nest høyeste andel lobotomerte i befolkningen etter Danmark. Fra slutten av 1950-årene ble stadig færre pasienter lobotomert. Nedgangen skyldtes først og fremst at lobotomien ble erstattet med psykofarmaka. Virkningen av de første psykofarmaka ble sammenlignet med lobotomi, og medisineringen ble omtalt som en «kjemisk lobotomi».

Lobotomiene må sees i et historisk perspektiv. De psykiatriske sykehusene hadde et betydelig overbelegg, og forholdene de fleste steder var svært vanskelige. Det var i 1980–1990 årene mye debatt om de etiske aspekter ved denne metoden.

En svært kritisk forskningsrapport fra Joar Tranøy i 1991 førte til at et offentlig utvalg utredet norsk lobotomipraksis i 1992. I 1996 vedtok Stortinget at alle gjenlevende lobotomerte kunne tildeles erstatning på generelt grunnlag²⁵. Dette var som følge av moderne behandlingsmetoder og kunnskap om langtidsfølgene av lobotomi.

Når det gjelder elektrobehandling er den behandling som gis i dag, svært skånsom, og resultatene av behandlingen viser at så mye som 80-90 prosent av personer med alvorlig depresjon²⁶ har god virkning av denne behandlingen.

Ved Ørebro universitet er det gjort en studie av pasienter som har fått elektrobehandling (ECT) ved åtte forskjellige sykehus i Sverige siden 2008. Denne forskningen viser at serier av ECT behandling gir en overraskende bra effekt. I gjennomsnitt viste resultatet at 80 prosent av pasientene som deltok i undersøkelsen hadde bra effekt av denne behandlingen og ble bedre. Dette gjaldt spesielt for pasienter med alvorlig depresjon. I tillegg viste det seg at serier av ECT behandling også forhindret tilbakefall hos pasientene. Det er vanlig å få en grad av hukommelsesforstyrrelser i forbindelse med behandlingen, men omfanget er avhengig av hvor kraftig man stimulerer under behandlingen.

24 Kringle E. *Norsk psykiatri gjennom tidene*, N.W. Damm & Søn AS 2007.

25 Haave P. Lobotomi i psykiatrien. <http://www.google.com>: 25.11.2015.

26 ECT-klinikken ved Gjøvik sykehus 2014.

Følgende kasuistikk er omtalt i *HELSERET-INFO*, nr 1/01 august 2001 utgitt av Statens Helsetilsyn:

En eldre kvinne ble innlagt i sykehus pga depresjon og vekttap, og fikk diagnosen «tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer». Etter innleggelsen ble det forsøkt medikamentell antidepressiv behandling, men den kliniske tilstanden bedret seg ikke. Hun var i en nærmest stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) psykotisk tilstand. ECT ble vurdert og ansett som nødvendig, ettersom det sto om pasientens liv.

Pasienten samtykket imidlertid ikke til ECT-behandling, men behandlingen ble likevel iverksatt under henvisning til nødrett. Det ble gitt totalt 11 ECT – behandlinger i løpet av to måneder. En sykepleier klaget på forholdet til Fylkeslegen. Hun viste til at pasienten tross flere forespørsler hadde nektet behandling med ECT.

Fylkeslegen fant at legen hadde en sviktende journalføring av den medikamentelle behandlingen, og påpekte at opplysninger i journalen ikke stemte med den som var ført på pasientens kardex. Det ble også konstatert at etter 4. behandling med ECT var ikke pasientens liv lenger i fare, slik at nødrett ikke lenger kunne begrunne videre behandling med ECT mot pasientens ønske. Legen og avdelingsoverlegen fikk kritikk for forholdet. Avdelingsoverlegen påklaget vedtaket til Helsetilsynet.

Helsetilsynet fant ikke grunnlag for å kritisere at ECT ble iverksatt, ettersom pasientens tilstand var svært alvorlig. Vilkårene for nødrett er at det foreligger en uavvendelig fare for pasientens liv eller at vedkommende kan få alvorlig helseskade. Risikoen må være særdeles betydelig i forhold til det meget inngripende tiltak som bruk av ECT uten samtykke er. Den foreliggende faren må heller ikke kunne avverges på annen, mindre inngripende måte. Behandling med hjemmel i nødrett kan kun iverksettes for å kunne avverge en akutt krisefaresituasjon.

Helsetilsynet uttalte videre at i saker hvor behandling er gitt mot pasientens ønske og med hjemmel i nødrett, skjerpes kravene til dokumentasjon av grunnlaget for at behandlingen ble iverksatt. Helsetilsynet så svært alvorlig på at dette ikke ble gjort i denne saken.

I dette tilfelle ble det etter min mening begått en stor feil. Det ble gitt 11 ECT behandlinger med tvang under henvisning til nødrett. Etter fire behandlinger med ECT ble det fastslått av fylkeslegen at pasientens liv ikke lenger var i fare. Nødrett kunne derfor ikke lenger begrunnes med videre behandling mot pasientens vilje. Nødrett kan kun begrunnes med å avverge en akutt krisesituasjon. Det står ingen ting i dette tilfelle om legen og avdelingsoverlegen fikk rett i sin klage til Helsetilsynet, men etter min mening var det god grunn til kritikk for dette forholdet.

Straffelovens §287 og straffelovens §288 som omhandler forsømmelse av hjelpeplikt, må også kunne brukes ved manglende samtykke. Det er straffbart ikke å handle: «Med bot eller fengsel inntil 6 måneder straffes den

som unnlater etter evne å hjelpe en person som er i åpenbar fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade på kropp eller helse...»

«Med fengsel inntil 3 år straffes den som hensetter en annen i hjelpeløs tilstand med fare for liv, kropp eller helse. På samme måte straffes den som unnlater å gi hjelp til noen i hjelpeløs tilstand som vedkommende har en plikt til å dra omsorg for».

I en studie konkluderes det med at innleggelsespraksis når det gjelder tvungen psykisk helsevern synes å være styrt mer av helsepersonellens overbevisning og verdier enn av krav i lovverket. Dette er i samsvar med empiriske funn som tyder på at de samme pasientgruppene vil bli innlagt i det psykiske helsevernet uavhengig av hvordan lovverket er utformet. I en rapport fra Statens Helsetilsyn har SINTEF Helse²⁷ avslørt sosiale problemer i forbindelse med tvangsinnlegging. Denne undersøkelsen viser at pasientene i psykisk helsevern som gruppe generelt stiller svakere økonomisk og sosialt enn befolkningen for øvrig. Ifølge denne rapporten er bruk av tvang i det psykiske helsevernet forbundet med fattigdom og mangel på bolig i mer enn 40 % av tilfellene. De fleste pasienter i psykiatriske institusjoner tilhører det lavere sosiale sjikt. Mange pasienter har minimale nettverk og få ressurser utenfor sykehusene.

Pasientene som det anvendes tvang overfor, stiller altså svært svakt med hensyn til utdanning, inntekt, sosial forankring og bolig. Det finnes både nasjonal og internasjonal forskningslitteratur som viser at sosial og økonomisk fattigdom kan være medvirkende faktorer til sykdom, både kroppslig og mentalt. For eksempel omtales dette i Sosial- og helsedirektoratets rapport i 2005 om «Handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse».

Dette understøtter mitt syn på at psykotiske lidelser i mange tilfeller er meget invalidiserende.

Ifølge ovennevnte rapport fra Helsetilsynet var det stor geografisk variasjon når det gjelder antall innlagte under tvungen psykisk helsevern med døgnopphold per 10 000 innbyggere. Variasjonen var fra 0,5 personer i Helgeland Helseforetak område til 6,1 personer i Asker og Bærum Helseforetak område. For landet som helhet var tre personer per 10 000 innbyggere innlagt under tvungen psykisk helsevern med døgnopphold. Det er mer enn ti ganger så mange personer innlagt under tvungen psykisk helsevern med døgnopphold i Asker og Bærum Helseforetaks område som i Helgeland Helseforetaks område. Når det gjelder andel tvangsinnlagte av alle innlagte, finner vi også stor geografisk variasjon på ulike helseforetak

27 Helsetilsynet Rapport 4/2006.

nivå. Her finner vi forskjeller fra 40 prosent i Asker og Bærum HF til syv prosent i Blefjell HF.

Hva skyldes denne store forskjellen? Det er en utfordring å forstå disse forskjellene bedre. Det kan være forskjeller i regelverksforståelse og behandlingkultur mellom ulike institusjoner og helseforetak. Det kan være lokale kulturforskjeller, paternalisme, toleranse for avvik og annerledes atferd. Det er nærliggende å tenke seg at det er større toleranse for avvik i Helgeland området enn i Asker og Bærum. Geografisk og fysisk tilgjengelighet er en faktor, nivå og utforming på kommunale tjenester, inklusive boligtilbud, en annen. Det å følge opp pasienter med bosted i nærheten av en poliklinikk er for eksempel en helt annen utfordring enn å gi tilbud til pasienter som bor langt unna helsetilbudet. Det er flere psykiatere/psykologer i Asker og Bærum, slik at det er lettere adgang til behandling. I Helgeland kan det være større reiseavstander. Det kan også være forskjell i praksis blant psykiatere/psykologer. Det er sannsynlig at noe av forskjellen må forklares med at det er ulike holdninger til bruk av tvang, og ulik forståelse og fortolkning av regelverket på ulike nivåer i helsetjenesten.

I en studie fra 2006²⁸ ble det foretatt en sammenligning av befolkningen i et landdistrikt og Oslo når det gjaldt funn fra epidemiologiske studier i psykiatri. Sogn og Fjordane ble valgt for undersøkelsen fordi dette landdistriktet skilte seg ikke bare vesentlig ut fra Oslo, men var også svært forskjellig fra andre landdistrikter i Norge. Distriktet hadde en populasjon på omkring 100.000 innbyggere. Jordbruk og fiske var hovedkilden til inntekt de siste tiår. Innbyggerantallet hadde vært relativt stabilt, og arbeidsløsheten var lav. Innbyggernes livsstil var karakterisert som moderat og overholdelse av tradisjonelle verdier. Sammenlignet med andre distrikter var skilsmisseraten lav. Konsumering av alkohol var lav og rapportert kriminalitet var også meget lav. Vanlig dødlighetsrate var meget lav. Dødsårsak på grunn av blodpropp i kransarteriene var den laveste i hele regionen. Sammenlignet med Oslo var det betraktelig lavere rater med psykiske sykdommer i Sogn og Fjordane enn det var i Oslo. Den del av populasjonen med alvorlig psykopatologi, det vil si at de hadde tre eller flere diagnoser, var betraktelig større i Oslo enn i Sogn og Fjordane.

Denne undersøkelsen konkluderer med at det å få en mental forstyrrelse i løpet av sitt liv i et landsens miljø, er betraktelig mindre enn i Oslo. Men alkoholavhengighet/misbruk og depresjoner er de mest vanlige sinnslidelser i både urbane og rurale distrikter. Landlige miljøer definert som ikke-bymiljøer kan ikke bare forklare den store forskjellen i mentale lidelser. Sosioøko-

28 Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:713-719.

nomiske og kulturelle forklaringer er mer sannsynlig. Det synes som om et stabilt samfunn uten hurtige sosiale forandringer, med lav skilsmisserate, moderat alkoholbruk, lav rate med kriminalitet og overholdelse av tradisjonell moral og religiøse verdier fremmer mental helse både hos voksne og barn.

Helsetilsynets rapport og ovennevnte undersøkelser støtter hverandre og gir en forklaring på forskjeller mellom bymiljø og miljø utenfor store byer. Det kan tenkes at dette vil endre seg i fremtiden med innvandring, internett og TV hvor man får hele verden inn i stuen og moralske verdier endrer seg. Vårt nåværende samfunn er i stadig endring.

Pasienters oppfattelse av tvang

Vi mangler kunnskap om virkningen av å bruke tvang overfor pasienter i det psykiske helsevern, og særlig av langtidseffektene av tvangsbruken. Tvang er vanskelig å definere, fordi det har både en objektiv og subjektiv dimensjon. Objektiv tvang omfatter ofte den aktuelle berøvelse av frihet, bruk av isolasjon, tilbakeholdelse og tvungen medisiner. Subjektiv tvang refererer seg til pasientens egen opplevelse av tvang.

Tidligere undersøkelser har vist at pasientens juridiske status (innlagt frivillig eller innlagt under tvang) er en dårlig målestokk på tvang, da det ikke alltid samsvarer med pasientens følelse av tvang.

For å prøve å få mer kunnskap om hvordan pasienter i psykiatriske akuttavdelinger opplever tvang, er det derfor foretatt en studie av pasienter innlagt på to forskjellige psykiatriske sykehus i Nord-Norge²⁹: 173 pasienter fra Tromsø Universitetssykehus og 50 fra Nordland Psykiatriske sykehus. Denne studien, pluss flere andre utenlandske studier³⁰ tyder på at pasienter som blir tvangsinnlagt eller tvangsbehandlet, ikke alltid forstår eller kjenner til sin juridiske status eller sine rettigheter. Snarere tyder det på at pasienter oppfatter tvang som det å ha opplevd maktutøvelse og følelsen av at deres synspunkter ikke blir tatt hensyn til i beslutningsprosessen.

I Nord-Norge studien rapporterte mange pasienter om stor grad av opplevd tvang i innleggelsesprosessen. Pasientene har hatt følelsen av å være presset og/eller at de opplevde mangel på en rettferdig prosess.

Forskningsresultater viser at pasienter i ulike land og under forskjellige jurisdiksjon synes å ha liknende erfaringer under innleggelsesprosedyren i psykiatriske sykehus. Rapportene indikerer også at det er lite samsvar mellom

29 Iversen K, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nord J Psychiatry* 2002;56:433-439.

30 For eksempel: Hiday VA, Schwartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perception of coercion in mental hospital admission. *Int Journal Law Psychiatry* 1997;20:227-241.

formell juridisk tvang og opplevelse av tvang under prosessen. Det gjelder også norske pasienter. I den norske undersøkelsen rapporterte mange pasienter at noen psykiatere hadde fortalt dem at plass-situasjonen var så vanskelig at det var nesten umulig å få en seng uten tvangsinnleggelse. I og med at en pasient har rett til å bli innlagt, innebærer dette også at pasienten har rett til å avslå innleggelse. Klinisk sett kan dette bli et dilemma. Av praktiske årsaker kan psykiateren bestemme at så lenge de juridiske kriterier for innleggelse er oppfylt, det vil si at pasienten er psykotisk eller representerer en fare for seg selv eller andre, kan pasienten tvangsinnlegges selv om han aksepterer det eller ikke, eller setter seg imot å bli innlagt. Dette reflekteres også i loven, som ikke tillater at frivillig innlagte pasienter blir holdt tilbake ved tvang. Dermed kan psykiateren ikke nekte dersom frivillig innlagte pasienten ber om å bli utskrevet. Denne regel kan medføre at psykiatere foretrekker at pasientene blir tvangsinnlagt for å unngå at pasientene utskriver seg selv mens de fremdeles har behov for behandling.

Noen pasienter kan likevel se på tvangsbehandling som eneste vei ut av en vanskelig livssituasjon. Tvang kan være nødvendig for overlevelse. Men mitt spørsmål er om tvangen kan utføres på en annen måte; ved at behandlerne skaper trygghet, gir ro og tillit og «ser» pasienten.

Tydeligvis bruker derfor psykiaterne noen ganger tvangsparagrafen også i de tilfelle hvor pasienten selv ønsker behandling. Det er liten tvil om at denne bruken av tvang ikke er i tråd med lovens intensjon. Akuttavdelingenes dilemma er at de som regel må skrive ut en pasient for å kunne ta imot en ny på grunn av plassmangel. Det finnes ingen enkel løsning på problemet. Vi må akseptere at det er for få akuttplasser³¹. Min mening er at nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien gikk for raskt og for langt. Det er likevel ingen som ønsker at de store institusjonene skal bygges opp igjen. Det man trenger, er differensierte tilbud av døgnplasser på ulike nivåer, inklusive sykehjem og kommunale boliger. Man må lage et psykiatrisk behandlingstilbud der alle som virkelig trenger det, får et tilpasset tilbud om rask hjelp. Det må særlig satses på å øke oppbyggingen av tjenester i kommunene. Kommunal satsing kan raskt bidra til å frigjøre statlige institusjonsplasser.

Pr. i dag er dette på langt vei nådd: det er etablert flere omsorgsboliger i kommunene og det ytes flere helsetjenesteårsverk. Flere barn og unge får tilbud om psykiske helsetjenester, men det er store regionale forskjeller.

Antakelig er det vide tvangskonseptet i loven, og forbudet mot å tilbakeholde med tvang frivillig innlagte pasienter som gjør at Norge ligger høyt

31 Friis S. Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Legefor* 2001;121(29):3365-3365.

på statistikken over tvangsinnleggelse. Det forklarer også delvis gapet mellom juridisk status og pasientenes opplevelse av tvang.

Tvang er det motsatte av selvbestemmelse, og flere amerikanske studier har fokusert på at opplevd tvang er fravær av selvbestemmelse.

For å finne ut mer om det, kan vi ganske enkelt spørre pasientene direkte. Når pasientene i Nord-Norge studien ble spurt om sin juridiske status, det vil si om de var tvangsinnlagt eller ikke, var det vanlig med en diskrepans mellom pasientenes oppfatning og sykehusets journal. 10 % av de frivillig innlagte pasientene svarte at de var innlagt mot sin vilje, det vil si tvangsinnlagt, mens 40 % av de tvangsinnlagte svarte at de gjerne ville bli innlagt og følgelig følte at de var innlagt frivillig. Bare 4 % svarte at de ikke visste noe om sin juridiske status: om de var frivillig innlagt eller tvangsinnlagt.

Å ha følelse av tvang i innleggelsesprosessen betyr at vedkommende ikke har innflytelse, kontroll, frihet eller valg og kan ikke selv bestemme over innleggelsen. Funnene fra Nord-Norge studien fremhever betydningen av personalets holdninger under innleggelsen. Hvis det var mulig å redusere nivået av makt og gi pasientene mer følelse av å bli tatt hensyn til i prosessen, vil kanskje opplevelse av tvang bli mindre. Men ingen studier har så langt funnet ut av hvordan dette kan gjøres, og heller ikke hvilken effekt det vil ha.

Undersøkelsen fra Nord-Norge konkluderer med at flere pasienter som var innlagt på de nevnte akuttavdelingene rapporterer om en høy grad av opplevd tvang under innleggelsesprosessen. Det ser ut som om informasjonen ikke har nådd fram til pasienten.

En artikkel i *The British Journal of Psychiatry*³² omtaler en undersøkelse av pasienters oppfatning av hvordan de har fått informasjon om behandling med ECT. Sitt samtykke til behandlingen opplevde de som tvang, de følte at de ikke hadde frivillig samtykket selv om de hadde undertegnet samtykkeformularet. Pasientene følte at de var blitt overtalt og presset til behandlingen og mange følte avmakt overfor den medisinske ekspertisen som mente at denne behandlingen var den beste for dem. De hadde heller ikke fått tilstrekkelig informasjon om ECT og bivirkningene.

Holdninger

Selv om nåværende praksis med tvangsparagrafen i psykisk helsevernlov ofte er blitt kritisert, finnes det få systematiske undersøkelser om holdninger til tvang i psykiatrien. Det finnes også lite kunnskap om tvang virkelig reduserer den personlige eller sosiale byrden som mentale lidelser frembrin-

32 Rose DS, Wykes TH, Bindman JP, Fleischmann PS. Information, consent and perceived coercion: patients' perspective on electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry* 2005;186:54-59.

ger, og om tvangsinnleggelse faktisk fører til at pasientene blir bedre. Kanskje tvangsinnleggelse ikke fører til at pasientene blir bedre, men det er mulig at det er et middel til at rammene er til stede for at god behandling kan bli gitt.

Er det så mulig å finne frem til de mest aksepterte holdninger til bruk av tvang i psykisk helsevern?

For å finne svar, foretok jeg en statistisk spørreundersøkelse³³.

Q-sort metoden ble brukt her. Det er en statistisk metode til å få fram folks holdninger. Tilfredsstillende resultater kan oppnås med mellom 30 og 100 forsøkspersoner. I min studie hadde jeg 62 deltakere, som alle hadde forskjellige roller i det psykiske helsevern: tidligere psykiatriske pasienter, pårørende til psykiatriske pasienter, medlemmer av Kontrollkommisjonen, psykiatere, andre leger og jurister. Disse 62 skulle ta stilling til 30 verdiladede påstander som alle omhandlet tvang i psykisk helsevern. Disse påstandene ble omhyggelig valgt ut etter studier av den tilgjengelige forskningslitteraturen. Der fant jeg forskjellige syn på tvangsbruk i psykiatrien. Hensikten med påstandene var at de skulle dekke de mest betydningsfulle områder innom tvang: som paternalisme, autonomi, rettssikkerhet og rettferdighet. Den påstand som flest var enig i, var at et tillitsforhold mellom pasient og terapeut er av større betydning enn rett til advokat. Denne holdning gir delvis støtte til den nåværende psykisk helsevernloven. Som nummer to kom påstanden om at tvangsinnlegging skulle bli bestemt av en domstol og ikke av en psykiater.

Forskjellene i holdningene kunne delvis forklares ut fra deltakernes rolle i det psykiske helsevern. Både psykiatere, leger, medlemmer av Kontrollkommisjonen og pårørende ga støtte til nåværende lov, mens tidligere pasienter og jurister var kritiske. Det var uventet og vanskelig å forklare hvorfor både Kontrollkommisjonen og de pårørende ga mest støtte til den nåværende loven. Kanskje fordi disse informanter er mer i kontakt med den rent konkrete tvangsbehandling? Kan det tyde på at kontrollkommisjonene ikke er uavhengige av den innleggende psykiater? Medlemmene av kontrollkommisjonene tør kanskje ikke gå inn i psykiaterens fagfelt. Det kan tenkes at det er vanskelig for en kontrollkommisjon å overprøve mange av de faglige vurderingene som er gjort av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, særlig fordi mange av kriteriene for tvang i psykisk helsevernlov er upresise og i stor grad åpner for faglig skjønn³⁴. Det ville derfor ha vært en fordel at også en psykiater er medlem av kontrollkommisjonen.

33 Diseth R, Bøgwald KP, Høgland P. Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34:1-6.

34 Høyer G, Dalgard OS. *Lærebok i rettspsykiatri*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2002.

Det ser ut til at psykiatere og andre leger mener det kan være riktig med paternalistiske holdninger når det gjelder psykiatrisk behandling.

Forskjellen mellom medisinerere og jurister reflekterer muligens en profesjonell sosialisering med eventuelle implikasjoner for rettssikkerheten til psykiatriske pasienter. Alle som arbeider i det psykiske helsevern, må være oppmerksom på at deres egne holdninger og etiske argumenter kan være påvirket av deres sosiale rolle. Dette gjelder også pårørende til psykiatriske pasienter.

Rettsikkerhet

Den tvangen som utføres innen det psykiske helsevern, representerer potensielt en av de mest åpenbare begrensninger av personers frihet i vårt samfunn. I vårt land er flere personer berøvet sin frihet i psykiatriske institusjoner enn i fengsler, det vil si ved administrative vedtak uten rettslig avgjørelse, bare basert på faglig medisinsk godkjenning. Tvangsinnleggelse og tvangsbehandling i det psykiske helsevern er ikke underkastet de samme strenge restriksjoner som kreves etter straffeloven, og de faglig ansvarlige i institusjonene er skolert i en annen type tenkning enn jurister³⁵. I andre situasjoner hvor en person kan miste sin frihet, er det stilt klare krav til bevis. Hvis det er snakk om en fengselsstraff, vil en domstol kreve at den aktuelle forbrytelsen er bevist ut over rimelig tvil. Ved dom til tvungent psykisk helsevern er beviskravet ikke like strengt som ved dom til fengselsstraff.

Ifølge vestlig statstradisjon kan man finne minst to definisjoner på borgernes rettsikkerhet:

1. Statens beskyttelse av alle borgeres rettigheter (inkludert retten til helseomsorg) og
2. Borgernes beskyttelse mot misbruk og vilkårlige handlinger fra statens side.

Krenkelse av en persons frihet uten samtykke krever støtte i lov slik man finner det for eksempel i Menneskerettighetskonvensjonene. Disse konvensjonene står over nasjonale lover. Borgerne har ifølge disse konvensjonene krav på at deres rettigheter skal kunne prøves for uavhengige domstoler også i saker hvor Staten er motpart. Psykisk syke personer kan bli berøvet sin frihet uten å ha gjort noe kriminelt. Dette kan skje fordi vi er overbevist om at noen psykisk syke personer er mer farlige, fungerer dårligere i samfunnet og trenger mer støtte og beskyttelse enn folk flest. Samfunnet vil helst beskytte seg mot slike farlige personer. Norsk lov om psykisk helsevern

35 Graver HP. *Bruk av helsepersonell som sakkyndige innen forvaltningen*. Oslo: Fagbokforlaget 2007:49-71.

støtter også opp under dette, og gir tillatelse til at tvangsinnleggelse kan brukes hvis en alvorlig sinnslidende person er til fare for seg selv eller andre. Fra flere av menneskerettighetskonvensjonene er det blitt anbefalt at kompetansen til å ta avgjørelser om frihetsberøvelse i det psykiske helsevern fortrinnsvis bør plasseres hos et judisielt organ. At ikke Norge følger opp dette, vurderer jeg som en alvorlig brist på rettssikkerhetsgarantiene. At vedtak om tvangsbehandling ikke kan bringes inn for rettsvesenet, men til fylkesmannen, som er gjort til klageinstans, styrker heller ikke rettssikkerhetsgarantiene.

Menneskerettighetskonvensjonene er viktige, fordi de legger et sterkt press på myndighetene til å ta konvensjonene på alvor og sørge for at de både blir kjent og praktisert. Vi er her ved kjernen av menneskerettighetsvernet. De mennesker som ikke er i en sterk posisjon til å fremme krav eller protestere, er ofte de som er mest utsatt for dårlig behandling eller misbruk av makt.

Avgjørelser om tvangsinnleggelse av pasienter som motsetter seg behandling, skulle ut fra rettssikkerhetsgrunner bare bli vedtatt etter en rettsprosess hvor jurister, som er vant til å avveie motstridende hensyn, er med i avgjørelsesprosessen. Ved tvangsinnleggelse må den syke personen selv forklare seg overfor den samme personen som avgjør innleggelsen uten at jurist er til stede. Det er en garanti for rettssikkerheten at den som vurderes tvangsinnlagt, får tilbud om juridisk støtte. Muligheten for å kunne avsi feilaktige avgjørelser etter straffeloven øker betraktelig hvis den andre part og hans forsvarer ikke har mulighet til å fremføre sine synspunkter. Man kan derfor godt tenke seg feilaktige avgjørelser når den ene parten er redd for tvang og for «overmakten» og ikke har noen der til å støtte seg. Dette må i aller høyeste grad være et rettssikkerhetsbrudd.

En tvangsinnlagt får ikke juridisk hjelp før han eller hun eventuelt klager til Kontrollkommissjonen. I mellomtiden kan pasienten ha blitt tvangsinnlagt og behandlet mot sin vilje. Men på den annen side er dette et dilemma i og med at dette kan forsinke en innleggelse som haster, i verste fall i situasjoner som er livstruende.

Bare Island har gjennomført en juridisk forhåndskontroll av innleggelsesvilkårene. I noen land er det en domstol som fatter avgjørelsen om tvang innenfor den psykiske helsetjenesten, slik at beslutning om tvang ved psykiske lidelser ikke fattes gjennom administrative vedtak av helsepersonell, men treffes av tingretten, slik tilfellet er i Tyskland. I Nederland er det domstolen etter søknad fra statsadvokaten, i Italia er det ordføreren i kommunen etter begrunnet forslag fra en lege.