

Kapittel 3

Barne- og ungdomspsykiatri

Jannike Engelstad Snoek

Tvang i psykisk helsevern for barn og unge:

Om omsorg, grensesetting og tvang

I debatten rundt bruk av tvang i psykisk helsevern er det lite fokus på den tvangen som utøves overfor barn og unge. En viktig grunn til dette kan være at det tvungne psykiske helsevernet først kommer til anvendelse overfor personer over 16 år, men også at det er vanskelig å skille mellom tvang og oppdragelse når voksne bestemmer over barn. Psykisk helsevernloven har ingen særskilt paragraf om barn, men henviser til pasient- og brukerrettighetsloven, som regulerer samtykke til helsehjelp. Av denne loven fremgår at en person over 16 år selv kan samtykke til helsehjelp, det vil si at det er foreldre, eller barnevernet dersom det har overtatt omsorgen, som samtykker til helsehjelp for barn under 16 år. Barn oppsøker sjelden psykisk helsevern på eget initiativ, og når foreldre eller andre presser på for å få barnet til å følge opp behandling, *oppleves* dette fort som tvang. Å bruke tvang for å påføre andre sin egen vilje er noe av det mest grensekrenkende man kan gjøre mot en annen. Fordi barn først må nå en kognitiv modning for å kunne gjøre selvstendige valg, må foreldre likevel fra tid til annen gå på tvers av sine barns vilje rett og slett fordi det er deres ansvar å ivareta barnets interesser og å ta beslutninger som barnet muligens ikke er enig i eller ikke forstår rekkevidden av der og da, og heller ikke har samtykkekompetanse i forhold til. Derfor må vi, når vi skal belyse tvang i psykisk helsevern for barn og unge både se på den formelle, lovregulerte tvangen og den uformelle, opplevde tvangen, slik den defineres av pasientene.

Formell tvang – psykisk helsevernloven

Som en hovedregel skal psykisk helsevern baseres på frivillighet gjennom et informert samtykke. Og selv om barn skal høres i saker som er av betydning for dem, er det først når de fyller 16 år at de regnes som kompetente til å samtykke i beslutninger som gjelder egen helse. Barn under 16 år kan ha

alvorlige psykiske lidelser som er behandlingstrengende, men det er de foresatte som samtykker til behandlingen på deres vegne. Formelt blir denne behandlingen da basert på frivillighet, uavhengig av hva barnet måtte mene, men hvis behandlingen innebærer innleggelse og et barn over 12 år ikke er enig i dette, skal innleggelsen behandles som klagesak til kontrollkommissjonen på linje med formell tvangsinnleggelse. Barn under 12 år kan ha like sterke meninger, men har ikke samme klagerett.

Den tvangen som det psykiske helsevernet regulerer, er først og fremst tvungen behandling, enten det er med legemidler, med ernæring (ved alvorlig spiseforstyrrelse) eller 'på annen måte'. Vedtak om tvangsbehandling fattes for en nærmere bestemt tidsperiode og kan fornyes. Tradisjonelt har bruk av tvang vært knyttet til innleggelse i psykiatriske institusjoner, og for voksne i noen grad til behandling ved DPS som 'Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold'. Foreløpig er ingen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) godkjent for tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold, noe som innebærer at det bare er ungdomspsykiatriske døgnavdelinger som forvalter bruken av tvang overfor barn og unge. Med en økende vekt på ambulant og arenafleksibel behandling har det vært reist spørsmål om bruk av tvang overfor barn og unge også utenfor institusjon. Er det for eksempel tvangsbehandling når ambulant team følger en 15-årig skolevegrer til skolen? Han har skoleplikt og foreldrene ønsker teamet velkommen og samtykker til tiltaket, den unge selv er neppe like begeistret. Så lenge barnet blir med 'frivillig' er dette uproblematisk, men Helsedirektoratet har i Rundskriv IS-9/2012 stadfestet at behandlingspersonalet kan ikke utføre fysiske grensesettingstiltak utenfor institusjonen, heller ikke på skolen med mindre det dreier seg om nødverge. Det er bare politiet som har myndighet til fysisk grensesetting i det offentlige rom. Men behandlingspersonalet kan støtte foreldrene i deres grensesetting, så lenge grensesettingen er innenfor rammene av foreldreansvaret slik det er definert i Lov om barn og foreldre § 30:

Barnet må ikke bli utsett for vald eller på annen vis bli handsama slik at den fysiske eller psykiske helse blir utsett for skade eller fare. Dette gjelder også når valden brukast som ledd i oppsedinga av barnet. Bruk av vald og skremmande eller plagsam framferd eller annan omsynslaus åtferd overfor barnet er forbode.

Det kan også gjennomføres atferdsregulerende tvangstiltak overfor barn etter andre lovverk. Sterkt psykisk utviklingshemmede barn i institusjon må ofte holdes eller ved andre tiltak få hjelp til å hindre skade på seg selv eller andre. I pleie og omsorgssektoren vil slike tiltak være hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 9. 'Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning', og det er fylkesmannen som da

er tilsynsorgan. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige er hjemlet i samme lov, kapittel 10.

Også overfor pasienter under frivillig psykisk helsevern kan man utøve tvang med hjemmel i lovverket, ved å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler. Slike vedtak er enkeltvedtak og gjelder bare i den foreliggende situasjonen. Lempeligere tiltak skal være forsøkt. Loven hjemler fire typer tvangsmidler: mekaniske tvangsmidler (belter), isolering bak låst dør, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding. Overfor barn under 16 år har en imidlertid kun lov å benytte korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding, og for denne aldersgruppen er det kortvarig fastholding ved utagering som er det hyppigst brukte tvangsmiddelet. Andre former for lovregulert tvang eller rettighetsinnskrenkning kan være skjerming, begrenning av forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon, beslag av rusmidler eller farlige gjenstander og urinprøver. For alle typer av lovregulert tvang skal det fattes vedtak. Dette er en viktig rettssikkerhetsgaranti for barnet, et formelt vedtak innebærer at barnet, eller de pårørende på barnets vegne kan klage på vedtaket, selv om det ikke har oppsettende virkning. All bruk av lovhjemlet tvang skal dokumenteres og forelegges kontrollkommisjonen, som også følger opp eventuelle klager.

Tvang er ikke nødvendigvis et onde og er ikke ment som en straff, men som et hjelpemiddel for en som ikke klarer å ivareta sin egen sikkerhet eller sitt hjelpebehov. Ved sykdommer med svært svingende forløp, som for eksempel bipolare lidelser, er det mulig også for en ungdom å kjenne seg selv godt nok til å vite at tvang er nødvendig for å gi tilstrekkelige rammer og hindre en i å gjøre alvorlige og farlige ting når manien går over i en psykotisk fase.

En 17 årig gutt ble innlagt for tredje gang, denne gangen manisk, men ikke psykotisk. Han ba selv om å bli lagt inn med tvang, for han visste av erfaring at når han var i ferd med å 'miste bakkekontakten' kom psykosen raskt slik at han ble aggressiv, utagerende og selvdestruktiv. Kontrollkommisjonen tok opp med ham at med så mye innsikt kunne han jo legges inn frivillig? Gutten svarte kontant at «for meg er tvang en rettighet», han visste av erfaring at verken innsikten eller frivilligheten holdt når psykosen kom og medisinvirkningen ennå ikke hadde rukket å slå inn.

Omfanget av tvangsbruk

Alvorlig psykisk lidelse kan føre til at en person ikke makter å ivareta sine egne behov eller kan være til fare for seg selv eller andre, slik at samfunnet har et moralsk ansvar for å gripe inn. Historisk sett vet vi imidlertid at et slikt samfunnsansvar kan føre til overgrep både overfor enkeltpersoner og grupper, og en lov som legitimerer tvang må derfor baseres på fire viktige

prinsipper, *forsvarlighet, rettssikkerhet, individets behov og menneskeverd*. Som regel oppfattes helsehjelp som et gode. Oppstår situasjoner der tiltak som rent medisinskfaglig ivaretar pasientens behov, men ikke ivaretar hans eller hennes personlige integritet for øvrig, vil kunne ligge utenfor rammen av lovens formål (1).

Å yte helsehjelp mot noens uttrykkelige vilje er en sterk inngripen i personens integritet. Derfor har vi også en sterk opposisjon mot bruk av tvang i det psykiske helsevernet, med brukerorganisasjoner som de fremste talerør. Disse fokuserer imidlertid i liten grad på tvang overfor mindreårige, og verken stortingsmeldingen 'Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet' (Paulsrudutvalget), (2) som skulle utrede bruken av tvang i det psykiske helsevernet eller avhandlingen *Compulsory Mental Health Care in Norway: A Study of the interface between Law and Psychiatry* (3) har tvang overfor mindreårige som et særskilt tema.

Myndighetene, og dermed også både det psykiske helsevernet selv og allmennheten for øvrig har lite systematisk kunnskap om hvordan tvang brukes overfor barn og unge i det psykiske helsevernet. På vegne av Statens helsetilsyn gjennomførte derfor Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP) Sør/Øst i 2009 en kartlegging av ungdomspsykiatriske akuttavdelinger med henblikk på registreringsrutiner, omfang og andre kjennetegn ved tvangsinnleggelser, tvangsmiddelbruk, skjerming og andre rettighetskrenkinger hjemlet i psykisk helsevernloven (4). Resultatet var nedslående. Det var stor variasjon mellom avdelingene både i andel tvangsinnlagte og omfang og type tvangsmiddelbruk, noe som kan bety at loven tolkes ulikt rundt om i landet. Verre var det at registreringsrutinene varierte mellom avdelingene og at det ikke forelå pålitelige og lett tilgjengelige analyserbare kvantitative data over tvangsmiddelepisoder. Det som imidlertid ser ut til å være gjennomgående, er at et lite antall pasienter står for et stort antall episoder der tvangsbruk er registrert.

Det er grunn til å tro at situasjonen er like uoversiktlig både ved de akuttavdelingene som ikke var med i undersøkelsen og ved andre typer i behandlingsinstitusjoner. Dette følges nå opp i en mer omfattende undersøkelse. Derfor kan vi foreløpig ikke si noe sikkert om omfanget av lov hjemlet, formell tvang i psykisk helsevern for barn og ungdom.

Fastholding som tvangsmiddel

Mens eldre ungdommer oftere har psykiske lidelser som ligner voksnes, blir barn og yngre ungdommer oftere søkt til behandling i dag- eller døgninstitusjoner på grunn av atferdsvansker og dårlig evne til selvregulering. Det vil si at et vesentlig behandlingsfokus vil være å hjelpe barnet eller den unge

til en mer hensiktsmessig affektregulering. Når barn og ungdom blir så sinte at de mister kontroll og står i fare for å skade seg selv eller andre, må voksne hjelpe dem til å gjenvinne kontroll. I behandlingsinstitusjoner skjer det ofte ved at den unge blir fysisk stoppet og holdt fast til han eller hun faller til ro. Og selv om en innskrenker slike tiltak til det strengt nødvendige, og også tar hensyn til pasientens syn på tiltaket, er det ikke til å komme forbi at det å bli holdt fast, gjerne av flere voksne, nok kan være tryggende i visse situasjoner, men også oppleves som et svært krenkende maktovergrep, som dertil tradisjonelt i liten grad er blitt rapportert til tilsynsmyndighetene.

I forkant av lovrevisjonen av psykisk helsevernloven i 2006 (i kraft fra 1.1.2007), ble det gjennomført et omfattende høringsarbeid bl.a. med tanke på å gi barna en stemme. Voksne for barn var særlig opptatt av å la barn med erfaring fra det psykiske helsevernet komme til orde, og barna var samstemte i at fysisk fastholding oppleves som nedverdiggende og som et overgrep. I 2005 gjennomførte Forandringsfabrikken et pilotprosjekt kalt «Ut av konflikt» i samarbeid med en dagavdeling for barn under 12 år, der de fleste barna hadde betydelige atferdsvansker (5). I dette prosjektet ønsket man å legge til rette for kartlegging av praksis og opplevelse av konflikt-håndtering, deriblant den form for fysisk grensesetting brukerne ofte kaller holding. Både barn, foreldre og ansatte var informanter. Prosjektet skulle se på hvordan en kan sammen forebygge uhåndterlige konflikter, sikre mildeste inngrepsmåte og best mulig bearbeiding av konflikter. Ulike måter å håndtere situasjoner med vold og konflikter i barne- og ungdomspsykiatrien skulle prøves ut og evalueres for å kunne foreslå endringer av praksis som gjør at brukerne kan oppleve en større forståelse i situasjoner med vold og konflikter og i større grad oppleve situasjonene som verdig.

Gjennom prosjektet kom det tydelig frem at barn i behandlingsinstitusjoner føler avmakt overfor de voksne, og prosjektet var en sterk bidragsyter til at kortvarig fastholding ble definert som et tvangsmiddel i lovens forstand. Det betyr at det ved kortvarig fastholding kreves et formelt vedtak og at det er en formell klageadgang på vedtaket. På den måten ønsker man å øke både bevisstheten om bruken av tvang og å gi myndigheten mulighet til kontroll og tilsyn.

Forskriften til psykisk helsevernloven presiserer at tvangsmidler, herunder også kortvarig fastholding bare kan benyttes for å avverge at en pasient forvolder skade, ikke i behandlingsøyemed og absolutt ikke som straff. *Grensesetting* er derimot ikke et tvangsmiddel. Men å skille mellom fastholding som tvangsmiddel, fastholding som omsorgstiltak, for eksempel som hjelp til å trygge en angstfylt ungdom eller også som grensesetting mer som oppdragelse kan være vanskelig nok for den voksne. For barnet er det kan-

skje umulig å skille. Verken lovens forskrift eller rundskrivet gir noen utdypende veiledning, slik at rettstilstanden i praksis fortsatt er uklar. Riedl og Elde (2012, s.200) beskriver det slik:

«... Grenseoppgangen mellom hva som faller innenfor og utenfor uttrykket 'kortvarig fastholding' kan være krevende i praksis. Rettssikkerheten for barn og unge på dette området fremstår dårlig fordi regelverket ikke inneholder noen mekanismer for å fange opp de situasjonene der institusjoner eventuelt feilaktig definerer et tiltak som etter loven er kortvarig fastholding, som grensesetting eller omsorg. Når det involverte personalet mener holdingen de utfører faller utenfor bestemmelsen, er det ikke knyttet verken dokumentasjonsplikt, vedtakskrav eller klagerett til tiltaket. ...»

Uformell tvang

Norge har ratifisert FNs barnekonvensjon og gjort den til en del av norsk lov. Det innebærer at vi må se hen til barns rettigheter og barns beste i alle deler av lovverket. Vi kan likevel ikke se for oss et samfunn helt uten tvang, det vil si at det til fellesskapets beste alltid vil være lover og regler alle må følge selv om en ikke har noe spesielt ønske om det, og det vil alltid være sanksjoner knyttet til det å ikke følge reglene. Vi sosialiseres inn i samfunnet gjennom tilknytningen til våre omsorgspersoner. Barn trenger foreldre/omsorgspersoner til psykologisk regulering og tolkere av virkeligheten, som beskyttere, trøstere og rådgivere, men også som grensesettere og trygge voksne å opponere mot for å utvikle sin selvstendighet og å finne sin plass i fellesskapet. Oppdragelse er ikke mulig uten en viss grad av opplevd tvang, det er en del av en sosialiseringssprosess at voksne både lager og håndhever regler som barnet må lære å akseptere og å følge. Men både foreldre, lærere og behandlingspersonale kan komme i situasjoner som oppleves som en maktkamp for begge parter. For behandlingspersonalet er det særlig viktig at de reglene som gjelder i en institusjon, men som ikke er en del av det formelle lovverket, f.eks. husordensregler, står seg i forhold til barnekonvensjonen. Så for å kunne si noe om den uformelle eller opplevde tvangen, må vi både si noe om samtykkebestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, om medbestemmelse og om autonomi som evnen til å ville noe på egne vegne.

Som nevnt er det voksne omsorgspersoner som har samtykkekompetanse på vegne av barn. I pasientrettighetslovens § 4-4 heter det:

§ 4-4. Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykker til helsehjelp som

a) regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd, eller

b) kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade.

Før helsehjelp som nevnt i bokstav b gis skal begge foreldrene eller andre med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening. Beslutning om helsehjelp som nevnt i bokstav b kan påklages til Fylkesmannen etter kapittel 7. Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelder eller andre med foreldreansvaret.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 annet ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

Som nevnt kommer de færreste barn og unge til behandling i BUP ut fra eget initiativ, og slett ikke alle er enige i verken foreldrenes syn på situasjonen eller behovet for behandling. Og dersom målsettingen med behandlingen er å endre barnets atferd, er det en særlig utfordring for behandlingspersonalet å skape en allianse med barnet der barnet selv kan bidra til en ønsket endring.

En snaut 13 år gammel jente ble innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp på grunn av depresjon og selvmordstrusler. Hun hadde også et stort skolefravær og en konflikt med mor. Hun hadde gått i poliklinisk behandling i noen uker, men dagen før innleggelsen hadde hun tatt med seg brødkniven da hun gikk til sengs, og hun truet med å skade både mor og seg selv da mor oppdaget dette.

Jenta var sterkt motvillig til innleggelse, men begge foreldrene samtykket, og hun var på innleggelsestidspunktet åpenbart ikke i stand til å ta vare på seg selv. På avdelingen vekslet hun mellom fortvilet gråt og beslutsom insistering på å bli skrevet ut. Hun benektet tanker om å ta livet av seg og mente at det var bare noe hun sa mens hun hadde fektet med kniven for å få mors oppmerksomhet. Men det var ikke akkurat denne slags oppmerksomhet hun hadde tenkt seg...

I samråd med foreldrene ble jenta skrevet ut etter et døgn. Hun hadde fått sagt fra om noe som var av stor betydning for henne, men samtidig forstått at dette ikke var noen hensiktsmessig måte å si fra på. Foreldrene fikk på sin side markert at de ønsket å ta vare på datteren, om nødvendig med sterkere midler enn de selv rådde over, men ikke på en måte som virket krenkende på henne. Gjennom en kort intervensjon, der de voksne markerte sitt foreldreansvar fikk familien et tydeligere fokus for fortsatt poliklinisk behandling.

Den kortvarige innleggelsen fungerte som en grensesetting for jenta. Men grensesetting i det psykiske helsevernet dreier seg oftere om tiltak som grenser opp mot tvangsmiddelet 'kortvarig fastholding', men som ikke blir journalført, som for eksempel føring inn på rommet for å unngå at en situasjon eskalerer. Grensetilfellene er mange, og barnets opplevelse av tiltaket er viktig. For barn under 16 år kan det også med foreldresamtykke gjennomføres behandling som f.eks. legemiddelbehandling eller ernæring som ellers krever formelle vedtak. Selv om det ikke foreligger noe formelt tvangsbehandlingsvedtak, er det vanlig å gi barnet klageadgang ut fra premisset i pasientrettighetslovens §4-4: 'Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.' Å klage er ikke ensbetydende med å få medhold, men å bli hørt, og noen ganger kan det å få medhold få negative konsekvenser:

En 15 år gammel jente med alvorlig spiseforstyrrelse og betydelig tvangslidelse ble innlagt til behandling med sine foreldres samtykke. Jenta protesterte kraftig, hun oppfattet seg som tykk, det var tvangsbehandling å presse i henne mat, hun var sikker på at hun kom til å dø av det. Hun klaget til kontrollkommisjonen og fikk oppnevnt en advokat som hun klarte å overbevise om at alt ville gå mye bedre hvis hun bare slapp behandlingsoppholdet. Advokaten og jenta fremført disse argumentene på en så overbevisende måte at jenta til foreldrenes fortvilelse ble utskrevet. Etter at hun kom hjem, fulgte hun familiens måltider for å vise at hun hadde rett, alt ville gå så mye bedre. I det skjulte kastet hun opp mer enn noen sinne og gikk så sterkt ned i vekt at tilstanden ble livstruende. Ved å legge jentas uttrykte vilje og behov for selvkontroll til grunn for beslutning om utskrivelse, oppnådde man at foreldrene mistet tiltro både til behandlingsapparatet og til sin egen beslutningsdyktighet og omsorgsevne. Imens pådro jenta seg varige skader av sin ekstreme selvsluting. Slik kan en finne mange eksempler på den vanskelige balansegangen mellom barns viljesuttrykk og «barns beste», der gjeldende lov fra tid til annen svekker foreldres mulighet til å utøve sitt foreldreansvar i en aldersperiode der barnet/ungdommen ofte synes å opponere mot foreldres avgjørelser, men samtidig både ønsker, forventer og trenger at foreldrene tar ansvar.

Om medvirkning og barnets autonomi

Det legges i dag stadig større vekt på brukermedvirkning, der barnet selv og ikke bare foreldrene defineres som brukere. Men sett nå at barnet og foreldrene har ulikt syn på hva som er behandlingsmålet eller ønsket endring? Lovteksten sier at det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Både i Barneloven og Barnevernloven brukes begrepet 'barnets beste', men med den underliggende forståelse at det er de voksne som vet hva som er til barnets beste. Samtidig er det nettopp denne forståelsen barnet gjennom sin utvikling skal bryne seg mot. Vi kan forstå auto-

nomi som en egenskap der jeg i relasjon til en annen klarer å stå i en konflikt der mine egne interesser står på spill, å kunne si fra om hva som er viktig for meg og samtidig bevare relasjonen (6). Å bare gjøre som man selv vil uten hensyn til andre er ikke å utøve autonomi i en slik autonomiforståelse. Det å bli så sterk og tydelig i sin selvforståelse at en faktisk klarer å ivareta sine egne interesser i en konfliktsituasjon er en utviklingsprosess som for de fleste varer livet ut. Samtidig er det viktig å huske at det å si fra om hva som er viktig ikke nødvendigvis er det samme som å få gjennomslag for det. Jeg kan altså gå «tapende» ut av en konflikt med min autonomi i behold – jeg har sagt fra og kan på den måten bevare selvrespekten. Det er denne evnen som må øves opp – de fleste barn begynner kraftfullt tidlig i småbarnsalderen, noe som av voksne ofte vil defineres som 'trass' eller 'opposisjon', og voksne kan ha ulik tålegrense for slikt. Når voksne slår for hardt ned på barnets viljesyringer skapes et dårlig klima for autonomiutvikling. Ofte vil det beste behandlingstiltaket overfor barn med utfordrende atferd være rettet mot å hjelpe de voksne i familien til å hjelpe barnet. Men vi kan altså både som foreldre og som behandlere komme i den situasjonen at vi skal behandle barnets opposisjonelle atferd, samtidig som det å opponere, utfordre egne og andres grenser er et ledd i utviklingen av moden autonomi. Derfor vil holdesituasjoner eller grensesetting, om de er aldri så godt ment og begrunnet, oppleves som tvang og noen ganger som maktovergrep.

Noen etiske refleksjoner

Å skulle forvalte et lovverk som likevel gir hjemmel for bruk av tvang innebærer et særlig fokus på forsvarlig yrkesutøvelse. Forsvarlighet reguleres imidlertid ikke av psykisk helsevernloven, men av spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven og er både et systemansvar og et personansvar – helseforetaket skal legge til rette for forsvarlig behandling, helsepersonell skal utøve forsvarlig behandling.

I det nevnte prosjektet 'Ut av konflikt' som ble gjennomført på en behandlingsavdeling for barn under 12 år beskriver barna tydelig sine negative opplevelser av holdesituasjoner, mens de voksne beskriver hvordan de ved deltakelse i et slikt prosjekt ble mer bevisst sin egen grensesetting og økte sin evne til å komme barnet i møte og å løse konflikter før fysisk grensesetting ble nødvendig for å roe barnet eller avverge skade. Det er altså mulig å begrense både formell og uformell tvangsbruk ved økt vekt på egen praksis og med pasienten i fokus. Men når foreldrene er den formelle samtykkeparten vil behandleren måtte balansere foreldrenes vurdering av barnets beste opp mot barnets selvbestemmelse og, der disse er i konflikt, selv bli en aktør i barnets autonomikonflikt. Det er dette utviklingsaspektet sammen

med formuleringen 'Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet' som gjør familierapi til en så vesentlig del av behandlingsarbeidet i psykisk helsevern for barn og unge.

Sammendrag

Formell tvang i form av tvungent psykisk helsevern og tvungen behandling i psykisk helsevern for barn og unge kan bare anvendes overfor ungdom over 16 år. Bruk av tvangsmidler kan brukes også overfor pasienter i frivillig psykisk helsevern, men etter forskriften bare i institusjon.

Foreldre må samtykke til behandling på vegne av barn under 16 år. Barnet skal si sin mening, men vil ofte oppleve at det 'ikke har noe det skal ha sagt' slik at behandlingen dermed skaper en uformell tvangssituasjon som kan vanskeliggjøre terapeutisk alliansebygging med barnet.

Uformell tvang oppleves ofte som maktovergrep uten at dette nødvendigvis blir registrert og håndtert som tvang. Fokus på barnets opplevelse av tvang kan bidra til de-eskalering av konflikt og alternative konfliktløsninger.

På landsbasis er det lite oversikt over både formell og uformell tvangsbruk innen psykisk helsevern for barn og ungdom.

Litteratur

1. Riedel TR, Dahl Elde W. *Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag 2014.
2. NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Norges Offentlige utredninger, Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet 2011.
3. Diseth R. *Compulsory Mental Health Care in Norway: A study of the Interface between the Law and Psychiatry*. [Akademisk avhandling] Oslo: University of Oslo, 2013 nr 1556.
4. Furre A, Heyerdahl S. *Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger*. R-BUP 2010.
5. Voksne for barn: *Grensesetting med vekt på holding*. <http://www.vfb.no>.
6. Gullestad S. *Å si fra. Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Universitetsforlaget 1992.

Psykisk helsevernloven. <http://www.lovdata.no>.

Pasient- og brukerrettighetsloven. <http://www.lovdata.no>.

Barnelova. www.lovdata.no