

Kapittel 5

En brytningstid i synet på psykiske vansker og behandling

Tonje Lossius Husum, Reidar Pedersen, Marit Hem

Etiske utfordringer ved bruk av tvang

Innledning

Helsetjenestene innehar mulighet til å bruke makt for å hjelpe mennesker i sårbare livssituasjoner. Dette gir også mulighet til maktmisbruk. Det er mange eksempler fra historien som viser at det har fart galt av sted, og understreker hvor viktig det er å kontinuerlig ha etiske vurderinger og kritisk refleksjon i all utføring av helse- og omsorgsarbeid. De siste 20 årene har vi sett et økt fokus på demokratiske prosesser innenfor helsetjenesten, og enkeltindividet har fått sterkere rettigheter og rettsvern. Dette har ført til krav om økt brukermedvirkning, pasientrettigheter og likeverdighet mellom pasient og helsepersonell. De psykiske helsetjenestene har gått inn i en ny tid med økt oppmerksomhet på pasienters egne opplevelser, menneskerettigheter og med mer samarbeidsbaserte arbeidsformer. Hvordan skal ulike legitime interesser avveies hvis de står mot hverandre – for eksempel hjelpeplikten versus pasientens selvbestemmelse, og pasientens ønsker versus andres sikkerhet (for eksempel pårørende eller samfunnet)? Hva kjenneretegner gode beslutningsprosesser der pasienten er alvorlig syk? Hvordan bør helsepersonell håndtere usikkerheten knyttet til effekt av bruk av tvang? Hvordan kan man definere tvang på en god måte? Disse spørsmålene representerer sentrale etiske utfordringer ved bruk av tvang.

Hva er bruk av tvang?

Det ligger stor definisjonsmakt i å definere hva som er tvang. Bruk av tvang inneholder mange aspekter, og en måte å kategorisere tvang på er som formell, uformell og opplevd tvang (1). Den formelle er bruk av tvang som hjemles i ulike lovverk, den uformelle tvangen, makt og restriksjoner som det ikke fattes vedtak for, og den opplevde tvangen er den subjektivt opplevde tvangen. Både formell og uformell tvang kan innebære ulike grader av opplevd tvang. Fordelen ved den formelle tvangen, er at når det fattes

vedtak om bruk av tvang etter et lovverk; styrkes også vedkommende sine pasientrettigheter ved at ulike prosedyrer for rettsikkerhet iverksettes. Dette er for eksempel at kontrollkommissjonen kontrollerer vedtaket og personen det gjelder får klagerett på vedtaket etter bestemte regler. Den uformelle tvangen kalles ofte gråsonetvang eller skjult tvang. Denne er vanskeligere å kontrollere og få oversikt over, fordi den er skjult og ikke er synlig i journal, helseregistre og statistikk. Eksempler på uformell tvang er tvang, makt, restriksjoner og andre begrensninger som det ikke fattes vedtak for. Et eksempel er ulike type husordensregler og den usynlige asymmetrien i makt som finnes i institusjoner mellom personalet og pasientene (2).

Den formelle tvangen innen psykisk helsevern i Norge er hjemlet i Psykisk helsevernloven (3). For at tvangsparagrafene skal kunne anvendes må et hovedkriterium være oppfylt. Dette er at vedkommende det gjelder må ha en alvorlig sinnslidelse. Det er ingen klare definisjoner for hva som regnes som en alvorlig sinnslidelse og begrepet inneholder element av skjønnsmessig vurdering. Som oftest regnes alvorlig sinnslidelse som en psykoselidelse. Ved tvil om det foreligger en psykoselidelse, kan det benyttes tvungen legeundersøkelse og observasjon.

Tradisjonelt har det vært størst fokus på den tvangen der det fattes vedtak – det vil si den formelle tvangen. Det er for eksempel kun den tvangen som telles og det er kun formell tvang som brukes som kvalitetsindikator i psykisk helsevern. Vi vet imidlertid at en del av de som er innlagt frivillig opplever eller tror det er innlagt på tvang, og at en del som er innlagt på tvang tror de er innlagt frivillig (4). Vi vet også at uformell tvang er utbredt, og at både helsepersonell og brukere ofte opplever denne tvangen som minst like utfordrende som den formelle tvangen (5).

Hva er de viktigste etiske utfordringene ved bruk av tvang?

Det er en rekke etiske utfordringer ved bruk av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser. Av plasshensyn er vi imidlertid nødt til å gjøre et utvalg, og vi har valgt ut følgende etiske utfordringer:

- Hvordan bør pasientens selvbestemmelse respekteres?
- Hvordan bør helsepersonell balansere sitt ønske og plikt til å hjelpe mot pasientens selvbestemmelse?
- Hvordan bør hensynet til andre håndteres i helsetjenesten?
- Hvordan forholde seg til geografisk variasjon i tvangsbruken

Pasientens selvbestemmelse

Individets selvbestemmelse er en av de mest sentrale verdiene i moderne demokratier i Vesten. Først fikk alle menn stemmerett, så kvinnene, og de siste tiårene har pasienters og brukeres selvbestemmelse i helsetjenesten også blitt styrket. I Norge fikk vi pasientrettighetsloven i 1999. Fra 2007 gjelder denne fullt ut også i psykisk helsevern, med mindre særbestemmelser i psykisk helsevernloven gir eksplisitte unntak. Hovedregelen i helsetjenesten nå er at helsehjelp kun kan gis etter et informert samtykke. Dette er den viktigste regelen for å respektere pasientens selvbestemmelse i praksis. Både i etikken og jussen sier man gjerne at et gyldig samtykke forutsetter følgende (6):

- Informasjon
- Samtykkekompetanse
- Frivillighet

Alle disse tre vilkårene kan være vanskelig å oppfylle. Hvor mye informasjon bør pasienten få? Hva med bivirkninger av for eksempel medisiner hvis vi mener det er klart best for pasienten å få medisiner? Er det akseptabelt å holde tilbake «negativ» informasjon for å få pasienten til å ta medisinerne? Hva med svært sjeldne bivirkninger? Og er vilkåret om frivillighet oppfylt hvis alle vet det ender opp med tvang dersom pasienten ikke samarbeider? Og hvordan kan vi vurdere om en pasient er samtykkekompetent? Her vet vi at mange helsepersonell strever og at mange ikke har fått god nok opplæring i hvordan en kan vurdere pasientens samtykkekompetanse. Det viktigste er kanskje at pasienten må få god informasjon og å forsøke å tilpasse denne informasjonen etter pasientens ønsker og evner til å forstå. Å selektere informasjon for å få pasienten til å gi et visst svar innebærer en fare for manipulasjon og vil fort bety at samtykket er ugyldig. Om pasienten ikke ønsker informasjon, men for eksempel at legen bestemmer, så vil det heller ikke være et informert samtykke, men i stedet være snakk et tillitsbasert samarbeid der pasienten gir mye makt til den profesjonelle.

Å vurdere samtykkekompetanse handler om å finne ut av om pasienten er i stand til å ta en meningsfull beslutning. Dette må vurderes konkret av den som yter helsehjelpen etter at pasienten har fått god informasjon. At pasienten mener noe annet enn helsepersonell er ikke det samme som å mangle samtykkekompetanse. Det er ikke slik at f.eks. alle pasienter med en alvorlig sinnslidelse mangler samtykkekompetanse, men de mangler det oftere enn friske mennesker. Frivillig innlagte pasienter kan også mangle samtykkekompetanse. Alle pasienter er etter loven samtykkekompetente inntil de evt. er vurdert til å mangle det. Om den som vurderer pasientens samtykkekompetanse er i tvil, så skal tvilen komme selvbestemmelsen til

gode, dvs. pasienten skal da vurderes som samtykkekompetent etter norsk lov (pasrl. 4-3). Dette kan noen ganger være problematisk, spesielt hvis det er mye som står på spill – for eksempel der pasientens ønsker noe som trolig får alvorlige konsekvenser og samtykkekompetansen er i grenseland.

Å vurdere samtykkekompetanse kan ofte gjøres enkelt og raskt, og vil alltid innebære bruk av skjønn. Det finnes en rekke verktøy og hjelpemidler for å gjøre slike vurderinger mer systematisk og konsistent (7). Det er kanskje spesielt viktig om pasientens samtykkekompetanse er i en gråson. Slike verktøy fokuserer gjerne på om pasienten er i stand til å:

- Forstå relevant informasjon
- Anerkjenne informasjonens relevans for egen situasjon
- Resonnere med relevant informasjon
- Uttrykke et valg (verbalt eller nonverbalt)

Å vurdere samtykkekompetanse forutsetter at pasienten får informasjon om hva helsepersonell tenker om pasientens situasjon (inkludert diagnose, behandlingsmuligheter, nytte, bivirkninger, prognose med og uten behandling, samt alternativer) og deretter at pasienten blir spurt om hva han eller hun tenker som det samme. På mange måter er dette ideal for enhver klinisk samtale, men vi vet at dette ofte ikke gjøres.

I psykisk helsevern i dag deler vi gjerne inn mellom frivillig og ufrivillig behandling, der den formelle tvangen utgjør den ufrivillige behandlingen. Det er imidlertid ikke slik at all frivillig behandling er frivillig. Mange pasienter forteller om ulike grader av press, for eksempel at pasienten får beskjed om at de vil bli lagt inn på tvang dersom de ikke samarbeider. Dersom den frivillige innleggelsen skjer under denne type press er ikke helsehjelpen basert på et gyldig informert samtykke.

Både pasienter som er innlagt frivillig og ufrivillig kan mangle samtykkekompetanse. Et sentralt spørsmål blir da hvordan en kan respektere pasientens selvbestemmelse i størst mulig grad også i slike situasjoner. Dette, og hvordan man kan gi plass for hva helsepersonell mener er det beste å gjøre, vil vi komme tilbake til nedenfor under paternalisme og velgjørenhet.

En av de mest sentrale etiske utfordringene innenfor medisinsk etikk er motsetningen mellom individets rett til autonomi og behovet for hjelp og beskyttelse hvis evnen til egenomsorg svikter. Hvor selvdestruktive bør vi få være før vi blir stoppet? Har vi rett til å ta vårt eget liv? Når har samfunnet rett til å gripe inn i et menneskets liv?

Velgjørenhet

Et sentralt etisk prinsipp innenfor legeeden og helsetjenesten, er at helsepersonell og helsetjenestene skal være til gagn for dem som mottar tjenester

og helsehjelp. Ved all helsehjelp skal helsepersonell gjøre seg opp en mening om helsehjelpen er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Dette forutsetter blant annet at ansvarlig helsepersonell vurderer at nytten av helsehjelpen er større enn bivirkninger og andre negative konsekvenser. Dette gjelder uansett om hjelpen gis frivillig eller om det benyttes tvang. Pasienter skal med andre ord ikke få tilbud om behandling som helsepersonell mener er uforsvarlig. Der det benyttes tvang blir vurderingen gjerne mer komplisert fordi ulempe knyttet til tvangsbruken må tas med i vurderingen. I tillegg er det aller meste av forskning på effekt av behandling gjort med pasienter som samtykker til behandlingen.

Der pasienten er samtykkekompetent har pasienten som hovedregel rett til å nekte helsehjelp som helsepersonell mener det er god grunn for å gi. Et viktig spørsmål blir likevel hvordan helsepersonell skal informere pasienten, og hvor mye de skal forsøke å motivere pasienten til å ta imot behandlingen. Jo viktigere behandlingen vurderes å være, jo riktigere vil mange hevde det er å forsøke å overbevise pasienten om at behandlingen er til pasientens beste.

Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse er det vanlig å si at helsepersonells vurdering av hva som er til pasientens beste bør få prioritet fremfor pasientens ønske der og da. Et viktig spørsmål er imidlertid hva helsepersonell skal vektlegge når de vurderer pasientens beste der pasienten mangler samtykkekompetanse. Her er det minst fire ulike tilnærminger:

1. Slik helsepersonell vurderer dette ut fra gruppekunnskap om andre pasienter med et lignende sykdomsbilde.
2. Ut fra helsepersonells kunnskap om denne pasientens ønsker slik dette har kommet frem gjennom tidligere kontakt med pasienten, for eksempel i såkalte forhåndssamtaler eller ettersamtaler.
3. Såkalte psykiatriske testamente/forhåndserklæringer (skriftlige ønsker nedtegnes av pasienten).
4. Ut fra hva nærmeste pårørende eller en annen representant kan opplyse om pasientens ønsker.

For pkt. 2-4 vil det gjerne være et spørsmål om relevanskrav eller hvor spesifikke kunnskap om pasientens ønsker må være, eller om det for eksempel holder med den mer generell kunnskap om pasienten innstilling til behandling, helse og risiko. Alle disse tilnærmingene skiller seg imidlertid fra pkt. 1 gjennom at de vektlegger en *individuell* tilnærming til pasienten og pasientens fortid. I moderne medisinsk og helsefaglig etikk er det gjerne et krav at behandling bare bør gis dersom den både vurderes å være i pasientens interesser ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering (pkt. 1) og det er sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til dette (basert på pkt.

2-4). I Norge – og spesielt innenfor psykisk helsevern – har imidlertid pasientens forhåndsønsker en uklar rettslig status og man har i liten grad utviklet rutiner for å innhente informasjon om pasientens ønsker, for eksempel gjennom såkalte ettersamtaler eller kriseplanlegging.

Paternalisme

Paternalisme – eller tilsidesettelse av pasientens preferanser for å hjelpe pasienten – er fortsatt et viktig ideal i medisinsk og helsefaglig etikk, som i helsejussen. Men hvor går grensen mellom hjelpelyst og omsorg, og invadering og kontroll? Man kan snakke om positiv og negative aspekter ved paternalisme, og svak og sterk paternalisme. Svak paternalisme inkluderer paternalistiske handlinger ovenfor pasienter uten samtykkekompetanse. Den sterke paternalismen omfatter også pasienter med samtykkekompetanse. I norsk helselovgivning ser vi den sterke paternalismen for eksempel ved at man kan opprettholde tvangsbehandling med antipsykotiske medisiner ovenfor pasienter som er samtykkekompetente (hvis man mener det er fare for forverring i nær fremtid uten medisiner). Et annet sted er ovenfor suicidale pasienter der det ikke stilles noe krav om vurdering av samtykkekompetanse, og mange trolig også tøyer lovens krav om at det skal være overveiende sannsynlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse.

Psykiske helsevernloven skiller seg fra tvangslovgivningen i somatikken ved at det ikke stilles krav om mangel på samtykkekompetanse og åpner således i større grad for sterk paternalisme. Øyeblikkelig-hjelp-plikten – ved akutt og alvorlig fare og mulighet for hjelp innenfor relativt kort tid – finnes imidlertid også i somatikken (§ 7 hpl), og heller ikke her stilles krav til vurdering av samtykkekompetanse. Dersom faren for pasienten er stor og den tvungne hjelpen er kortvarig, for eksempel gjennom tvungen observasjon ved suicidalitet, kan det være gode argumenter for bruk av tvang uavhengig av samtykkekompetanse. Det er imidlertid en forutsetning om at tiltaket faktisk har den ønskede effekten, for eksempel forebygger eller forhindrer selvmord. Jo mer usikker effekt og jo mer langvarig eller inngripende tvang, jo vanskeligere blir vurderingen. Pasienter som gjennom sin atferd langsomt går til grunne, der «ingenting hjelper», og der samtykkekompetansen er i grenseland, kan i så måte være spesielt utfordrende, både etisk og juridisk. Generelt kan en si at paternalismen forutsetter at helsepersonell har kunnskap (som pasienten mangler eller ikke forstår) om hva som vil være til hjelp for pasienten. Dersom denne kunnskapen er mangelfull eller svært usikker, er begrunnelsen for paternalisme ikke lenger er til stede.

Den gode paternalismen er når mennesker ikke evner å ta vare på seg selv, og de trenger andres omsorg og ivaretagelse. I en undersøkelse ble 2326

personer som hadde vært tvangsinnlagt fra elleve europeiske land spurt om hvordan de vurderte behovet for innleggelsen etter innleggelsen. En høy andel av disse (mellom 39 og 71 prosent) mente innleggelsen var nødvendig en måned etter innleggelsen. Tre måneder etter innleggelsen svarte enda flere (mellom 46 og 86 prosent) at de forsto at innleggelsen var nødvendig. I denne studien svarte en betydelig del av personene at de ser nødvendigheten av innleggelsen i ettertid og dermed gir et slags retrospektivt samtykke (8). Å hente inn vedkommende sine ønsker for en fremtidig psykisk krise på forhånd i den grad det er mulig, kan føre til en bedre etisk praksis. Her ligger det sannsynligvis et stort ubrukt potensiale for å redusere bruk av tvang; ved å spørre personer som har vært tvangsinnlagt om hvordan de ønsker å bli behandlet ved en fremtidig krise. Slike samtaler og skriftlige avtaler er blant de tiltak som ser ut til å ha en positiv effekt på å redusere bruk av tvang (9,10). Spørsmål som er verdt å stille seg i denne sammenheng er om den psykiske helsetjenesten skiller seg ut i forhold til resten av helsetjenesten? Er det noen etisk grunn og/eller behandlingsmessig grunn til økt paternalisme, og at det legges mindre vekt på samtykkekompetanse og pasientautonomi i denne delen av helsetjenesten? Har Norge generelt en paternalistisk kultur og tradisjon som gjør at vi godtar for lett bruk av tvang?

Hensynet til andre

Når det gjelder bruk av tvang innen psykisk helsevern er det ofte motstridende interesser mellom verdier og ulike aktører. Psykiske lidelser påvirker ikke bare personen det gjelder, men også hennes familie og sosiale nettverk vil også bli påvirket. Dette er særlig tilfelle når det gjelder langvarige psykiske lidelser. Langvarige psykiske lidelser kan øke familiens byrde og kan bidra til at familien føler seg overveldet av å måtte håndtere alle utfordringene som følger av lidelsen. Familiemedlemmer kan føle seg engstelige og de strever kanskje med å forstå hva som skjer med sitt syke familiemedlem. Følgelig vet de ikke hvordan de skal handle, noe som igjen kan bidra til at de overinvolverer seg. Derfor kan mangel på grenser mellom partene føre til burn-out hos familiemedlemmene. Langvarig psykisk og fysisk utmattelse resulterer i tilbaketrekning fra den som er syk. Mennesker med psykiske plager kan også ha en tendens til å trekke seg tilbake fra omgang med andre og således blir de sosialt isolerte. Opplevelsen av stigma og manglende forståelse fra familie og nettverket bidrar til tilbaketrekningen. Det er vanlig at familiekonflikter og oppløsning av familien fører til økt lidelse i denne delen av helsetjenesten (11,12).

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser er ofte utsatt for tvang i helsetjenesten og det kan gjøre involvering av familien særlig utfordrende. Det

store forskningsprosjektet Psykiske helsetjenester, etikk og tvang (2011–2016) ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo er på linje med annen forskning som viser at det er en tendens til manglende deltakelse og involvering fra familien ved langvarige psykiske lidelser (13,14). Hvordan involvere familien i helsetjenesten er derfor en viktig etisk utfordring. Til tross for ambisjoner og politiske føringer fra helsemyndighetene viser forskning at helsepersonell har begrensede eller ambivalente holdninger til familieinvolvering (15). Dette er spesielt aktuelt i lukkede sykehusavdelinger. Negative holdninger til familiemedlemmer kan ligge til grunn her, men de må også forstås i lys av familierelasjoners kompleksitet, særlig der det er alvorlig psykisk lidelse involvert.

Familien kan besitte kunnskap som er viktig for diagnostisering, behandling og omsorg (for eksempel om utviklingen av den psykiske lidelsen og pasientens preferanser). Familien kan også være den som initierer tvangsinngjørelse, noe som gjerne kompliserer familierelasjonene ytterligere. Videre kan også familien være et offer for komplikasjoner som skapes gjennom personens psykiske problemer, og det kan bidra til eskalering av problemene. Til slutt, siden familien mest sannsynlig vil fortsette å være en del av pasientens liv, har de mulighet til å yte støtte i et langtidsperspektiv. Pågående studier ved Senter for medisinsk etikk og andre studier (16,17) støtter opp under betydningen av å utvikle dynamiske og relasjonelle perspektiver i helsetjenesten. Eksempler på det kan være samtykke til at informasjon om pasienten deles med familiemedlemmer (taushetsplikten), og til å forbedre informasjonsflyt mellom berørte parter for å komme over barrierer for familiebaserte tilnærminger. Videre viser forskning (for eksempel om alternativer til tvang) betydningen av familiens deltakelse når det gjelder kvaliteten på tjenestene. Men økt deltakelse av familiemedlemmer krever mer gjennomsiktige sykehusstrukturer, endringer i ansattes tenkning og arbeidsmetoder, særlig i akuttavdelingene. Den politiske diskursen mellom berørte parter tegner et ambivalent og usikker bilde vedrørende familiemedlemmers rolle i de psykiske helsetjenestene, for eksempel om familien er å betrakte som årsaken til sykdommen eller som en ressurs. Disse spenningene eller ideologiske debattene kompliserer muligheten for en effektiv politikk og en hensiktsmessig utforming av psykiske helsetjenester, samt riktig bruk av uformell omsorg.

Helsepersonells profesjonsetikk har alltid fokusert mest på den enkeltes pasients ve og vel. Å behandle eller utøve tvang mot en pasient av hensyn til andre stiller både helsetjenesten og helsepersonell ovenfor spesielle utfordringer. Dette kan handle om pårørende som trenger avlastning, pårørende som letter kommer i konflikt med pasienten når pasienten blir sykere, og

trusler eller vold. De samme pårørende kan ofte være de viktigste støttespillerne til pasienten i gode perioder, men pårørende kan også påvirke pasientens lidelse i negativ retning, f.eks. ved overgrep mot pasienten. Pårørende kan med andre ord spille svært ulike roller. Samtidig vet vi at pårørende ofte føler seg for dårlig informert, involvert og ivaretatt av helsetjenesten. Hvordan bør helsepersonell håndtere taushetsplikten når en pasient uten samtykkekompetanse som bor hjemme ikke ønsker involvering av familien, når vedkommende vanligvis får god hjelp og støtte av familien?

Hvor alvorlig skal situasjonen være i hjemmet før en anvender «fare for andre» kriteriet? Enda mer komplisert blir det når det er snakk om samfunnsvern i videre forstand, enten pasienter som vurderes som farlige for omgivelsene sine generelt (uten å ha begått noe kriminelt) eller at pasienten er dømt til psykisk helsevern (utilregnelig). Hvordan skal samfunnsvernet veies opp mot vurderinger av hva som er til pasientens beste? Skal slike pasienter for eksempel forbli i helsetjenestens varetekt dersom de ikke blir vurdert som mindre farlige for andre eller bedre av sin sinnslidelse. Og hvor store krav skal en stille til sikkerhet i farlighetsvurderingene – og skal tvilen komme pasienten eller de andre til gode? Bør pasienter som er dømt til psykisk helsevern behandles annerledes enn de som «kun» vurderes som farlige for andre?

En utfordring som pasienter forteller om når psykisk helsevern får ansvar for de som har begått kriminelle handlinger, er at de pasientene som ikke har begått kriminelle og farlige handlinger mot andre også blir utsatt for økt mistenksomhet eller strengere sikkerhetsregimer. Et viktig spørsmål blir da hvem som skal behandles likt og ulikt; hvem som bør behandles hvor, og om for eksempel de som er dømt til psykisk helsevern burde få behandling utenfor helsetjenesten. Innen psykisk helse holder det at du oppfattes som truende av noen. Du trenger ikke å faktisk ha utført noe voldelig. Samfunnsvernet som oppgave kan kanskje tydeliggjøre at det ikke alltid er snakk om behandling til pasientens beste, men å beskytte andre fra vedkommende. Psykisk helseverns dobbeltrolle som hjelper og kontrollør kan svekke mennesker med psykiske utfordringes tillit til tjenesten, og fremme dårlige prosesser, dialog og påfølgende bruk av tvang.

Mangel på evidens

Når det kommer til bruk av tvang, er mangel på evidens for positiv behandlings effekt en stor utfordring for helsepersonells vurdering av hva som er til pasientens beste (pkt. 1 over). Tvangsbehandling med medisiner, kortvarig tvangsmedisinering og skjerming er slike områder hvor mange mener at kunnskapsgrunlaget er for dårlig til at man med sikkerhet kan si at

helsehjelpen er til gagn for vedkommende det gjelder (18–20). Bruk av tvungent psykisk helsevern fyller to hovedfunksjoner, som beskyttelse og som sikkerhet ved fare, og det andre for å kunne gjennomføre behandling som tvangsmedisinering. Er det etisk forsvarlig å bruke tvang som behandling når effekten av tvangsbehandling er tvilsom og behandlingen innebærer mange bivirkninger? Det kan se ut som om vi står overfor en endring i synet på den absolutte nødvendigheten av bruk av medikamenter ved psykoser, og det prøves nå ut medisinfriske behandlingstilbud i Norge.

Det er en beslektet etisk utfordring av noen studier ikke bare antyder manglende positiv behandlings effekt etter bruk av tvang; men også dokumenterer skader, krenkelser, traumer og re-traumatisering av pasienter (21).

Geografisk variasjon

Over lengre tid har offentlig helsestatistikk vist en systematisk og kontinuerlig geografisk variasjon i bruk av alle former for tvang (22). Denne forskjell har foreløpig ikke latt seg forklare, og kan ikke forklares fullt ut ved forskjell i sykkelighet i befolkningen:

«Analysene viser fortsatt betydelige forskjeller i omfang av tvangsinnleggelses både mellom og innad i regionene, og det er de samme forskjellene som fremkommer for både 2011, 2012 og 2013. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og i praksisforskjeller.»

Helsedirektoratet 2014

Den geografiske forskjellen er en etisk utfordring ved at den antyder vilkårlighet, ulike lovforståelse, lokal kultur og praksis og bryter med rettferdighetsprinsippet om lik rett til helsehjelp. Individuelle forskjeller og preferanser mellom vedtaksansvarlige kan også få for stor innflytelse. Det er ofte snakk om en liten mengde vedtaksansvarlige personer, og det kan utvikle seg egen kultur blant disse, eller individuelle praksiser.

Moralsk stress

Når helsepersonells profesjonelle integritet er truet ved at de for eksempel opplever vanskelige etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang, og der dilemmaene ikke lar seg håndtere på en tilfredsstillende måte, kan dette skape moralsk stress (23–25). Hvis det oppstår konflikter i samhandling rundt tvang fordi man opplever at ens profesjonelle verdier blir krenket, for eksempel der det oppstår lojalitetskonflikter eller manglende samhandling til det beste for pasienten, kan også det føre til moralsk stress (26). Moralsk stress kan oppstå når 'jeg vet hva som er moralsk godt og riktig å gjøre, men jeg

kan ikke gjøre det', eller 'jeg gjør noe jeg vet er galt' (ibid.). Pendry (27) definerer moralsk stress slik: «opplevelsen av fysisk eller emosjonell lidelse når begrensninger (interne eller eksterne) forhindrer en fra å forfølge en handling som man mener er riktig» (vår oversettelse). Det denne definisjonen klargjør er at «årsakene til at man kommer i en situasjon av moralsk stress, kan være interne, knyttet til personen selv, eller de kan være eksterne og situasjonsavhengige» (28). Stress, «burn out», tilbaketrekning fra pasienter og en følelse av å være forlatt av arbeidsgiver er vanlige symptomer på moralsk stress (27, 26, 29). Dette påvirker for eksempel helsepersonells evne til å gi god omsorg (23), og kan bidra til de tyr til både formell og uformell tvangsbruk. Psykiatere opplever blant annet at de kommer i konflikt mellom samfunnets krav om beskyttelse mot vold og aggresjon utført av mennesker med psykiske lidelser og hensynet til den enkelte pasient (25). Slike motstridende krav kan øke bruken av tvang og skape moralsk stress.

Avslutning

Vi står sannsynligvis i en brytningstid når det gjelder synet på psykiske vansker og behandling. Hvordan kan man manøvrere i dette etisk krevende landskapet? Vi ser nye behandlingsformer, med økt fokus på medisinfrihet, og nye terapeutiske intervensjoner basert på frivillighet fra pasientens side. Vi ser også økt oppmerksomhet på forebygging og hverdagslige ferdigheter og funksjoner, som å bidra til at mennesker får et verdig liv, med bolig, nettverk og arbeid. Nyere behandlingsformer baseres på forebygging, samarbeid, relasjon, respekt, kontinuitet og kommunikasjon. Vi ser også en dreining av psykiske helsetjenester mot at helsehjelpen i størst mulig grad skal gis nært der vedkommende bor, innenfor kommunens rammer. Dette i form av kommunalt psykisk helsearbeid, med lav terskel for å få hjelp og ulike former for oppsøkende tjenester for å nå dem som i utgangspunktet ikke oppsøker hjelpen selv. Psykiske vansker debutterer ofte i ungdommen og hos unge voksne, og denne gruppen vil sannsynligvis profitere spesielt godt på forebyggende arbeid og tjenester rettet mot barn og unge. Forskning viser at det er en liten gruppe marginaliserte mennesker som blir utsatt for mye bruk av tvang og at bruk av tvang henger sammen med andre psykososiale parametere (30). I et slikt perspektiv dreier psykisk helsearbeid seg om verdier. Folkehelse-, forebyggende- og oppsøkende- arbeid bør rettes mot dem som har størst behov for hjelp, og mot å gi alle mennesker mulighet for gode livsvilkår. Bruk av tvang er sluttproduktet i en lang prosess av forspilte muligheter for å løse situasjonen på en mer konstruktiv måte. Siden bruk av tvang er en potensiell menneskerettighetskrenkelse som kan gi skader og nye krenkelser, bør det aldri tas lett på, og alltid være siste skanse.

Litteratur

1. Aasen HS. Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009;46(12):1175-1181.
2. Sjöström S. Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care. *Int J Law Psychiatry* 2006;29:36-47.
3. Psykisk helsevernloven 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999-07-02 nr 62.
4. Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nord J Psychiatry* 2002;56(6):433-439 (doi:10.1080/039480260389352).
5. Bjørgen D, Storvold A, Norvoll, R, Husum T L. *Alternativer til tvang I. Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Skien 2014: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Erfaringskompetanse.no, 2.
6. Pedersen R, Hoffman B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Legefor* 2007;127:1644-7.
7. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment*. New York 1998: Oxford University Press.
8. Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, Dembinskas A, Fiorillo A, Karastergiou A et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):179-85. doi: 10.1192/bjp.bp.109.0689169.
9. Dahm KT, Ødegaard-Jensen J, Husum T L, Leiknes KA. Interventions for reducing coercion in mental health for adults: A systematic review and impact of updating. *J Brain Sci* 2015;1(1): 1-23.
10. Husum T L, Norvoll R. *Alternativer til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, 2014.
11. Baronet AM. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 1999;19(7): 819-41.
12. Berlung N, Olof J, Edman A. Family intervention in schizophrenia. Impact on family burden and attitude. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2003;38:116-121.
13. Bromley JS, Cunningham SJ. 'You don't bring me flowers any more': an investigation into the experience of stigma by psychiatric in-patients. *Psychiatr Bull* 2004;28:371-374.
14. Weimand BM, Hedelin B, Hall-Lord ML, Sällström C. «Left alone with straining but inescapable responsibilities:» relatives' experiences with mental health services. *Issues in Ment Health Nurs* 2011;32:703-710.
15. Marshall T, Solomon P. Professionals' responsibilities in releasing information to families of adults with mental illness. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 2003;54(12): 1622.
16. Lindemann H, Nelson J. *The Patient in the Family*. New York 1995: Routledge.
17. Verkerk MA, Lindemann H, McLaughlin J, Leach Scully J, Kihlbom U, Nelson J. et al. Where families and healthcare meet. *J Med Ethics* 2013. doi:10.1136/med-ethics-2013-101783.

18. Moncrieff J. *Psykiatrisk legemidler. En kritisk introduksjon*. Abstrakt forlag 2011.
19. Paris J. *Medisinering av psyken. En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri*. Oslo: Abstrakt forlag 2010.
20. Whitaker R. *En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler*. Oslo: Abstrakt forlag 2014.
21. NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. *Vedlegg nr. 5, s. 367: Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrud-utvalget*. Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo: 2011.
22. Helsedirektoratet: *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*. Rapport: 2014 IS 2243.
23. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nurs Inq* 2003;10(3): 177-183.
24. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lernermeier G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics and Behav* 2005;15(3): 197-212.
25. Austin W, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Health Care and Philos* 2008;11: 89-97.
26. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics* 2008;15: 254- 62.
27. Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs econ* 2007;25: 217.
28. Magelssen M, Godal E, Os E, Smith A, Solås HR, Åsten P. et al. Prøvetaking av døende pasienter – et etisk dilemma. *Bioingeniøren* 2012;5:12-16.
29. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009;16(5):561-573.
30. Helsetilsynet: *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport fra helsetilsynet 4/2006.