

Medbestemmelse ved alvorlig psykisk sykdom

Michael 2020; 17: Supplement 24: 111–25.

Bruk av tvang ved behandling av psykiske lidelser skaper stadig samfunnsdebatt. Diskusjonen er igjen aktuell etter at tvangslovutvalget la fram sitt lovforslag i 2019. Synet på bruk av tvang varierer blant pasienter, pårørende og helsepersonell. Det er krevende å orientere seg på dette feltet hvor etikk, jus og medisin går hånd i hånd. Jeg gir i denne artikkelen en oversikt over bruk av tvang etter § 3 i psykisk helsevernloven og hvordan dette oppleves for dem som står i dette til daglig.

Innen helsevesenet generelt og i psykisk helsevern spesielt står man ofte ved utfordringene med å ivareta alvorlig syke pasienter og samtidig bevare deres autonomi. Personers rett til å selv å ta valg vedrørende egen helsehjelp er nedfelt i menneskerettsloven artikkel 8 og i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (Lovdata 2001b, Lovdata 1999). Enkeltindividet har fått sterkere rettigheter og rettsvern med krav om økt brukermedvirkning, pasientrettigheter og en likeverdighet mellom helsepersonell og pasienter. De senere årene har det vært en dreining fra den tradisjonelle paternalistiske helsehjelpen til økt oppmerksomhet mot pasientautonomi (Bahus et al. 2018). Pasientautonomi er imidlertid en betinget rettighet i form av at pasienten må ha samtykkekompetanse for å ha rett og mulighet til å bestemme selv (Lovdata 2001b).

I situasjoner hvor pasienter ikke er samtykkekompetent kan det være nødvendig med bruk av tvang (Lovdata 2001b, Lovdata 2001a, Lovdata 2011). Dette medfører et stort ansvar for helsepersonell, som i sitt virke må legge vekt på og reflektere over de etiske utfordringer bruk av tvang innebærer (Husum et al. 2017). Parallelt med dette skal man gi medisinsk god og forsvarlig helsehjelp i tråd med lovbestemmelsene. Skjæringspunktet mellom medisinsens formålsrasjonalitet til nytte for den enkelte pasient og

jussens normrasjonalitet er ofte utfordrende, da disse vil kunne komme i konflikt ut fra forskjeller i skjønnsmessige avveininger (Syse 2007).

I denne artikkelen redegjør jeg for dagens lovverk innen psykisk helsevern og betraktninger rundt lovforvaltningen, samt presenterer studier som belyser pasienters og helsepersonells syn på bruk av tvang.

I juni 2019 kom *tvangsbegrensningsloven* på høring og jeg viser avslutningsvis til noen hovedtrekk i lovutkastet og noen høringsvar. Artikkelen baserer seg på et utvalg av avisreportasjer, vitenskapelige artikler, NOU-er og høringsvar. De vitenskapelige artiklene er i hovedsak kvalitative studier.

Psykisk helsevernloven

I psykisk helsevernloven fremkommer vektingen av autonomi og selvbestemmelsesrett tydelig i formålsbeskrivelsen § 1-1 i de alminnelige bestemmelsene (Lovdata 2001a):

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

Stortinget vedtok endringer i loven for å fremme økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, samt å sikre riktig bruk og redusere bruken av tvang. Lovendringene trådte i kraft 1.9.2017 og medførte innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent vern og behandling uten eget samtykke (Paulsrud 2011).

Flere fagmiljøer uttrykte bekymring i høringsrunden. Legeforeningen påpekte faren for at flere pasienter vil kunne gå ubehandlet lenger, noe som kan medføre lengre og mer alvorlige sykdomsforløp (Den norske legeforening 2011). Psykologforeningen omtalte utfordringer ved vurderingene i seg selv, at pasienter potensielt kan avbryte behandling og dermed øke risikoen for ny sykdomsepisode eller forverring (Psykologforeningen 2012).

Psykisk helsevernloven kapittel 3 omhandler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (Lovdata 2001a). Pasienten skal gis anledning til å uttale seg ved vurdering av behov for helsehjelp. Tvungent psykisk helsevern kan kun anvendes i tilfeller der frivillighet har vært forsøkt og ikke ført frem, eller når det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Forutsetningen for undersøkelse og behandling med hjemmel i tvungent psykisk helsevern er manglende samtykkekompetanse på grunn av en kjent eller antatt alvorlig sinnslidelse (Lovdata 2001a).

Hovedvilkåret for tvang i psykisk helsevernloven fordrer at det enten foreligger en alvorlig sinnslidelse, eller at det må være overveiende sannsynlig at pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse (Lovdata 2001a). *Alvorlig sinnslidelse* er et juridisk begrep som ikke tilsvarer noen konkret medisinsk diagnose (Paulsrud 2011). I klinisk sammenheng forstås begrepet enten som en psykoselidelse eller en lidelse med tilsvarende funksjonssvikt som ved psykoselidelse. Dette kan gjelde pasienter med anoreksi hvor tilstanden i enkelte tilfeller er særlig alvorlig og derfor kan sidestilles med psykose, eller en manisk episode med alvorlig funksjonssvikt. Pasienter med rusutløste tilstander med maniske eller psykotiske symptomer kan også ivaretas under denne lovhjemmelen, men da i all hovedsak til tvungen observasjon. Tilstander som ikke kvalifiserer som alvorlig sinnslidelse (destabilisert alvorlig personlighetsforstyrrelse, depresjon uten psykotiske symptomer), men hvor det er overhengende fare for at pasienten skal begå suicid, vil ikke fylle hovedvilkåret i psykisk helsevernloven. I slike tilfeller må bruk av nødrett vurderes (Lovdata 2005).

I tilfeller hvor man vet at pasienten er diagnostisert med alvorlig sinnslidelse som for eksempel schizofreni, eller det er åpenbart at dette er tilfelle som ved alvorlig mani, vil uavhengig lege kunne henvise til tvungen innleggelse etter § 3-3 i psykisk helsevernloven (Lovdata 2001a). Ved mer usikre tilfeller, men der man fortsatt mener at det er overveiende sannsynlig (51%) at pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse, skal man henvise til tvungen observasjon etter §3-2 i loven (Lovdata 2001a).

Utover hovedvilkåret må minst et av tilleggsvilkårene være oppfylt (Lovdata 2001a). Behandlingskriteriet (bokstav a) omhandler forhold ved pasienten selv; den potensielle forverringen manglende behandling kan medføre og den potensielle bedringen behandlingen kan bety. Farevilkåret (bokstav b) medfører at man vurderer om pasienten er til fare for eget liv, eller andres liv og eller helse.

En pasient med en kronisk psykoselidelse som schizofreni vil fylle hovedkriteriet også i faser med remisjon eller lavt symptomtrykk, men de øvrige kriteriene vil ikke nødvendigvis være oppfylt.

Samtykkekompetanse

Et gyldig samtykke til frivillig helsehjelp gis ved at pasienten er samtykkekompetent, samt at han eller hun har fått god informasjon om sin helse-tilstand og anbefalt helsehjelp (Lovdata 2001b). Behandlende helsepersonell må vurdere om pasienten er i stand til å forstå den informasjonen som gis og sikre at informasjonen er tilpasset pasienten. Samtykkekompetansen kan bortfalle på grunn av fysiske eller psykiske tilstander, hvor pasienten åpen-

bart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Helsepersonell som yter helsehjelp skal i hvert enkelt tilfelle avgjøre om pasienten innehar samtykkekompetanse (Lovdata 2011). Innen psykisk helsevern omfatter dette psykiater eller psykolog med vedtakskompetanse (Lovdata 2001a).

En god samtykkekompetansevurdering fordrer at man som helsepersonell har kjennskap til prinsippet om pasientautonomi, informert samtykke, kjennskap til pasientens tilstand og hva kravene til beslutningen som skal tas omfatter (Pedersen et al. 2007, Rundskriv 2020). Vurdering av konsekvenser og alternativer, evne til å forstå informasjon og uttrykke et valg er sentrale elementer i behandlerens vurdering av pasientens samtykkekompetanse (tabell 1).

Det fins hjelpemidler til vurdering av beslutningskompetanse, hvor det mest brukte er *aid to capacity evaluation* (ACE), som er oversatt til norsk (Dahlberg 2011). Pasienten må være i stand til å uttrykke et valg enten ved å snakke, bruke skrift, tegn eller kroppsspråk (Rundskriv 2020). Man må vurdere pasientens evne til å reflektere over alternative behandlingstiltak og evne til å anerkjenne hvilke følger tiltakene kan få for vedkommende på godt og vondt.

Ved intakt samtykkekompetanse og samtidig alvorlig sinnslidelse har pasienten rett til å nekte å ta imot tilbud om helsehjelp fra psykisk helsevern (Lovdata 2001a). Dette gjelder imidlertid ikke hvis pasienten medfører alvorlig fare for sitt eget liv, eller andres liv eller helse. Selvbestemmelsesretten settes til side til fordel for hensynet til andre mennesker og pasientens eget liv. I praksis vil dette bety at en pasient som lider av en alvorlig sinnslidelse og er samtykkekompetent ikke kan holdes tilbake mot sin vilje selv om pasienten kan påføre seg helseskade, så lenge graden av helseskade ikke medfører overhengende fare for eget liv.

Ut fra klinisk erfaring kan symptombildet og pasientens evne til å samtykke variere raskt ved akutte psykiatriske tilstander. Av behandlende helsepersonell vurderes dette ofte som at pasienten ut fra en helhetlig vurdering mangler samtykkekompetanse, da elementene i samtykkekompetansen ikke er intakt, men i noen grad kan kompenseres for med behandlingmessige tiltak. Vurderingen av samtykkekompetanse skal gjøres fortløpende siden tilstanden som regel vil forandre seg i løpet av behandlingskontakten (Rundskriv 2020).

F	Forstå: evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp. <i>Er pasienten i stand til å forstå tilpasset informasjon fra helsepersonell om vurderingen av sin helsetilstand?</i>
A	Anerkjenne: evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene <i>Anerkjenner pasienten at symptomer og funksjonssvikt er ledd i psykisk lidelse?</i>
R	Resonnement: evnen til å resonnerere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene <i>Kan pasienten resonnerere og gjøre avveininger i den grad at han/hun forstår konsekvensene av de ulike tiltak?</i>
V	Valg: evnen til å uttrykke et valg

Tabell 1: Elementer i vurdering av samtykkekompetanse (Pedersen et al. 2007).

I tillegg til å tilfredsstillte vilkårene, må det gjøres en helhetlig vurdering for å fatte et vedtak om bruk av tvungen observasjon eller tvungent vern (Lovdata 2001a). Helhetsvurderingen er en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt bruk av tvungent psykisk helsevern er den klart beste løsningen for vedkommende. Pasienten har rett til å uttale seg og dette skal tas med i helhetsvurderingen. Ved en helhetsvurdering skal man legge særlig vekt på graden av belastning bruk av tvangsmessige inngrep vil medføre for pasienten. Nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse vektet imidlertid mer enn den helhetlige vurderingen.

Ved opphør av tvang, eller så snart som pasienten er i stand til det, er det pålagt ansvarlig helsepersonell å gjennomføre ettersamtaler med pasienter som har vært utsatt for tvang. Vern om personlig integritet er lovfestet i § 4-2 i psykisk helsevernloven (Lovdata 2001a).

Pårørende som ressurs og bidragsyter

Lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017 anerkjenner og lovfester pårørendes viktige rolle som informasjonskilde, samarbeidspartner og for å ivareta pasientenes rettssikkerhet (Lovdata 2001a). Ut fra et klinisk perspektiv kan pårørende være til stor hjelp for å gjøre gode vurderinger. Pårørende har et unikt innsyn i helsetilstanden til sine nærmeste i både friske og syke perioder. De kan med denne innsikten bidra til at man gir helsehjelp mest mulig i tråd med pasientens ønsker og behov. Pårørende har kunnskap og erfaring fra tidligere tvangsbruk som kan være relevant i vurderingen av om tvangsbruk er hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen, og eventuelt hvordan tvangen kan gjennomføres på en måte som minimerer belastningen på pasienten. Familielkonflikter kan imidlertid komplisere denne prosessen og

pasienter har ikke alltid personer som de anser som nærmeste pårørende. I slike tilfeller kan enkelte velge å bruke kommunalt helsepersonell som har god kjennskap til pasienten.

Tvangsbruk i Norge

En rapport fra Helsedirektoratet i 2017 presenterer resultater fra kontrollkomisjonenes kontroller og behandling av klager i et femårsperspektiv (Helsedirektoratet 2019a). Innrapporterte tall viser noe økning i kontroller av vedtak om tvungen observasjon over en femårsperiode, mens kontroller av etablering av tvungent psykisk helsevern er redusert (Helsedirektoratet 2019c). Fra 2016 til 2017 var det en nedgang i bruk av tvungen observasjon (−7 %) og vedtak om tvungent psykisk helsevern (−11 %). Rapporten fra 2018 viste en fortsatt nedgang i tvungen observasjon, men noe økning i etablering av tvungent vern (Helsedirektoratet 2019b). Vedtakene gjennomgås i kontrollkomisjonene og i 99 % av tilfellene ble vernet opprettholdt (Helsedirektoratet 2019a, Helsedirektoratet 2019b).

Av alle innleggelsler besto en tredel av kun tvungen observasjon, hvorav 15 % av disse ble underlagt tvungent psykisk helsevern i etterkant (Helsedirektoratet 2019a, Helsedirektoratet 2019c). Halvparten av innleggelsene var etter vedtak om tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2019c). Denne fordelingen har vært stabil fra 2013 til 2018 (Helsedirektoratet 2019a, Helsedirektoratet 2019b). Antall pasienter på tvang over lengre perioder er redusert, noe som vises i reduksjonen i kontroller av vedtak etter tre måneder (−20 %) og ett år (−20 %) fra 2016 til 2017 (Helsedirektoratet 2019a). Reduksjonen i kontroll av ettårsvedtak var 30 % fra 2016 til 2018 (Helsedirektoratet, 2019b). Antall pasienter utskrevet fra tvungent døgnopphold til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på institusjon ble redusert med 200 i samme periode, men fortsatt ble 30 % av pasientene skrevet ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (Helsedirektoratet 2019a). Andelen pasienter skrevet ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold holdt seg stabil også i 2018 (Helsedirektoratet 2019b). Nedgangen i ettårskontroller gjenspeiler reduksjon i bruk av tvang etter endringene i vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven og er således forventet (Helsedirektoratet 2019c, Helsedirektoratet 2019b).

I perioden 2013–17 var antall tvangsinnleggelsler per innbygger lavere for befolkningen i Helse Midt-Norge og høyest i Helse vest, men disse forholdene jevnet seg ut i løpet av perioden (Helsedirektoratet 2019a). Antall vedtak om tvang uten døgn er stort sett det samme målt per innbygger i 2016 og 2017, med unntak av opptaksområdet til Oslo universitetssykehus (Helsedirektoratet 2019a).

Forvaltning av lovverket

I en spørreundersøkelse ble forskjeller i forvaltningen i lovverket på tvers av helseforetak og profesjoner undersøkt (Aasland et al. 2018). Forskjellige fagprofesjoner svarte på hvilke tiltak de ville ha valgt ved seks forskjellige etiske problemstillinger som belyste bruk av tvang. Svarprosenten var lav, men undersøkelsen viste at psykiatere valgte tvangstiltak oftere enn psykologer, med sykepleiere midt imellom. Resultatet tolkes som at leger oftere har en mer paternalistisk stil enn psykologer, kanskje som et resultat av at leger har et helhetlig ansvar for psykiatrisk og somatisk helsehjelp sammenlignet med psykologer, samt at leger typisk har mer erfaring fra akuttisituasjoner. Studien viste også geografiske forskjeller, uklart av hvilken grunn, men kulturforskjeller mellom institusjoner spiller sannsynligvis en rolle. Studien viser viktigheten av tverrfaglighet innen psykiatrien, for å hindre at man havner i den ene eller andre grøften.

Sammenligning på tvers av land kan gi verdifull innsikt, men er utfordrende blant annet på grunn av forskjeller i lovverk, forvaltning av og registrering av tvangsbruk. En studie fra 2012, altså før siste lovendring, sammenlignet bruk av tvang i europeiske land i en spørreskjemabasert tverrsnittsstudie (Bak & Aggernæs 2012). Av disse var kun data fra Danmark, Sverige, Norge og Finland representative og sammenlignbare. Synet på hva som ble ansett som mest inngripende i bruk av tvang (medikamenter, skjerming og fysiske tvangsmidler), varierte mellom landene. Norge brukte mindre fysiske tvangsmidler enn Finland, Danmark og Sverige. Sammenligning av datidens lovverk viste at man i Danmark praktiserte lengre observasjonsperiode før medisiner ble gitt uten samtykke enn i Norge, noe forfatterne antyder kan ha medført høyere forekomst av bruk av fysiske tvangsmidler. Andelen tvangsinnleggelse i Norge var imidlertid dobbelt så høy som i Danmark, men mindre enn i Finland.

Pasientopplevelser

Pasientperspektivet ved bruk av tvang i Norge er belyst i flere studier. Norvoll & Pedersen gjennomførte en undersøkelse i 2012–13 med 24 personer som hadde opplevd tvangsbruk (Norvoll & Pedersen 2018). Funnene viste at pasientene selv ønsket større oppmerksomhet mot alternative perspektiv og løsninger. Ved vurdering av bruk av tvang bør man ta med mulige frivillige løsninger eller fravær av aktuelle frivillige løsninger i vurderingene.

I tilfeller ved bruk av tvang der pasienten er til fare for seg, og i særdeleshet om de er til fare for andre, var pasientene generelt mer positive til bruk av tvang. Det ble imidlertid påpekt at mistro mot pasienten og feiltolkninger fra personalet under innleggelse kunne øke risiko for utageringer og

farlig atferd som en selvoppfylgende profeti. Flere beskrev unødig bruk av tvang innad i institusjon som følge av utfordrende atferd fra pasientene. Det ble imidlertid anerkjent at tvang i enkelte tilfeller er nødvendig helsehjelp, men måten tvangen utføres på oppleves som avgjørende.

I en nyere studie ble *Experienced Coercion Scale (ECS)* brukt for å kartlegge pasienters opplevelse av bruk av tvang. Omtrent halvparten av de 42 inkluderte pasientene opplevde ingen eller lav tvang, selv om nesten alle var innlagt på tvangsparagraf, mens de resterende opplevde høy eller særskilt høy opplevd tvang (Mantila et al. 2019). Ingen variabler var klart assosiert med grad av tvang. Pasientene påpekte mangel på informasjon, samhandling og innflytelse som særlig problematiske. Rammebetingelser og lite tilgjengelig personale ble også nevnt som negative aspekter. Forfatterne viste til at økt bevissthet rundt medvirkning og inkludering av pasientene i beslutningsprosessen gjør at pasientene føler seg ivaretatt som mennesker, ikke bare som en pasient med en diagnose.

I en annen kvalitativ studie ble en gruppe pasienter intervjuet om hvordan de hadde opplevd bruk av tvang under innleggelse (Lorem et al. 2015). Pasientopplevelsene var delt fra å oppleve tvang som god omsorg og helsehjelp, til at de ikke følte seg hørt eller blitt inkludert i beslutningsprosessen. Forfatterne påpekte at det å utøve tvang på riktig måte ikke bare medfører at de formelle juridiske kravene skal være møtt, men at det fordrer et miljø med empati og omsorg og god kommunikasjon med pasient og pårørende rundt nødvendigheten av bruk av tvang.

En gruppe ønsket å undersøke sammenhengen mellom tvang og pasienttilfredshet blant pasienter ved en akuttpsykiatrisk sengepost (Iversen et al. 2007). Dette ble undersøkt ved å måle formell (underlagt tvungent psykisk helsevern), opplevd (pasientens opplevelse) og objektiv tvang (tvangstiltak) hver for seg og samlet. Akkumulert tvang og objektiv tvang var negativt assosiert med pasienttilfredsheten, men formell tvang eller opplevd tvang alene var ikke assosiert med pasienttilfredsstillelse.

Opplevd tvang korresponderer imidlertid ikke nødvendigvis med paragrafstatus, noe som ble belyst i en studie av 223 akuttinnlagte pasienter (Iversen et al. 2002). Ikke uventet opplevde pasienter som var innlagt på tvang mer tvang enn pasienter som var innlagt frivillig, men hele 32 % av de frivillig innlagte pasientene opplevde også høy grad av tvang. Opplevd tvang beskrives som å ha opplevd fysisk håndtering, trusler og en følelse av at deres meninger ikke er tatt med i betraktning i forbindelse med innleggelse.

Strategier for å inkludere pasienter i planlegging og evaluering av innleggelse for å bøte på høy opplevd tvang ble forsøkt innført og undersøkt i en

studie ved en akuttpsykiatrisk avdeling (Sørgaard 2004). Tiltakene førte imidlertid ikke til reduksjon i opplevd tvang og forfatterne konkluderte med at dette har sammenheng med at graden av opplevd tvang i denne studien generelt var lav og at deres intervensjoner ikke innvirket på faktorene som var assosiert med opplevd tvang, som i dette tilfellet var bruk av skjerming og atferdskorrigerende tiltak.

Sammenlignet med andre nordiske land, var det lavest opplevd tvang i Norge blant tvangsinnlagte pasienter, mens det for frivillige pasienter var lavest opplevd tvang i Sverige (Kjellin et al. 2006). I motsetning til i Sverige, ble det ikke funnet lokale variasjoner i Norge i denne studien. Gitt at denne studien er av eldre dato, er det usikkert om dette er representativt for dagens situasjon.

Pasienters opplevelser av bruk av tvang utenfor institusjon (tvang uten døgnopphold) er lite undersøkt, men en norsk kvalitativ studie av 11 pasienter tok opp denne problemstillingen. Resultatene fra den narrative tilnærmingen viste at pasientene opplevde tvangen som inngripende, frihetsbegrensende med mye kontroll og lite opplevd innvirkning på egen behandling (Riley et al. 2014). Pasientene samarbeidet om tvangen, siden alternativet kunne være tvangsinnleggelse, men også fordi deres livskvalitet var bedre utenfor institusjon, med mer privatliv og uavhengighet.

Helsepersonells syn

Holdningene til bruk av tvang blant involvert helsepersonell er antatt å være en prediktiv faktor for frekvensen av bruk av tvang (Husum et al. 2008). Det er utviklet et spørreskjema for å kunne kartlegge disse holdningene. *Staff attitude to coercion scale* (SACS) ble fylt ut av 215 personer med forskjellig yrkesbakgrunn innen subakutt- og akuttpsykiatri i Norge som ledd i validering av verktøyet. Holdningene ble delt inn i tre kategorier: *tvang som krenkelse*, *tvang som omsorg og sikkerhetstiltak* og *tvang som behandling*. Synet på tvang som krenkende, viser til at tvang kan være potensielt skadelig og at tvang bør reduseres. Den pragmatiske holdningen hvor tvang blir sett på som et nødvendig onde av sikkerhetsårsaker og en måte å gi omsorg på, plasserte seg i en midtposisjon. Holdningen til tvang som et behandlingsmiddel inkluderte den mest paternalistiske tilnærmingen og var mest positive til bruk av tvang.

En senere studie som også brukte *Staff attitude to coercion scale*, viste at mesteparten av variansen i holdningene til bruk av tvang mest sannsynlig var knyttet til individuelle personlighetstrekk og verdisynt, mens 8–11 % av variansen var forklart av forskjeller mellom avdelingene (Husum et al. 2011). Denne tverrsnittsstudien viste at kvinner var noe mer kritisk til *tvang*

som behandling enn menn, personell over 40 år skåret høyere på *tvang som krenkende*, mens leger og psykologer skåret lavere enn sykepleiere på *tvang som krenkende*. Øvrige profesjonsgrupper skåret høyere på *tvang som sikkerhetstiltak og omsorg* sammenlignet med sykepleiere. Ansiennitet var negativt assosiert med *tvang som krenkende* og personell som også jobbet kveld og natt var mer positiv til *tvang som behandling* enn de som jobbet kun dagskift. Spesialisert personell skåret lavere på *tvang som behandling*, men generelt var forskjellene mellom gruppene små. Også i denne studien var personell mest enig i *tvang som omsorg og sikkerhetstiltak* og minst enig i *tvang som behandling* (Husum et al. 2008, Husum et al. 2011).

I en annen spørreskjemabasert studie ble holdninger til bruk av tvangsmidler ved to sykehus undersøkt ved å bruke fiktive pasienthistorier (Wynn et al. 2011). Resultatene viste at bruk av mer inngripende tvangsmidler var mer akseptert om pasienten var fysisk voldelig. Menn og ufaglært personell var mer tilbøyelige til å bruke tvangsmidler av mer restriktiv art. Det var ikke forskjeller i tilnærmingen i bruk av tvangsmidler mellom disse to sykehusene i samme foretak.

I forkant av den siste lovendringen ble det gjennomført en studie for å undersøke den allmenne oppfatningen av bruk av tvang. Man påviste en generell tilfredshet med daværende system (Joa et al. 2017). 97 % av den som svarte på undersøkelsen var delvis eller helt enige i at de ønsket at noen skulle handle på deres vegne om de ikke var i stand til å ta vare på seg selv på grunn av en alvorlig psykisk lidelse. Funnene ble beskrevet som overraskende gitt den polariserte dekingen av bruk av tvang i mediene.

Tvangsbegrensingsloven

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2019 tvangsbegrensingsloven på høring (NOU 2019a). Loven foreslås å erstatte Psykisk helsevernloven (Lovdata 2001a), Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse) (Lovdata 2001b), Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (bruk av tvang og makt hos enkelte personer med psykisk utviklingshemming) og Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusavhengige) og omfatter felles regler om tvang og inngrep uten samtykke (NOU 2019a). Målet er å redusere tvangsbruken og å sikre en mer helhetlig oppfølging av pasienter som per i dag gjerne kan være underlagt flere av lovverkene samtidig.

Begrepet samtykkekompetanse foreslås erstattet av beslutningskompetanse, for å tydeliggjøre at det man skal være kompetent til er å ta en beslutning og ikke bare samtykke til et behandlingsforslag. Manglende beslutningskompetanse kan medføre en snever tvangsbruk ved motstand mot

tiltak som pasienten er i sterkt behov av ut fra risikoen for vesentlig helse-skade (NOU 2019a).

Det ble levert inn 283 høringsuttalelser fra brukerorganisasjoner, pårørende, pasienter, offentlige instanser og fagmedisinske foreninger (NOU 2019b). Jeg vil nedenfor gi et sammendrag av synspunkter fra enkelte hørings svar.

Pårørendealliansen viser til undersøkelser som belyser at pårørende får lite hjelp og støtte i dilemmaer de står overfor og at de opplever å være lite involvert i beslutninger som har direkte konsekvenser for pasient og pårørende. De ønsker at pårørende skal få muligheter til å uttale seg før tvang iverksettes også i akutte situasjoner (NOU 2019b).

Brugerorganisasjonen Mental Helse støtter intensjonen i lovforslaget, men påpeker at forslaget kunne vært tydeligere og gått lenger i sitt mandat om å begrense bruk av tvang. De viser også til at vedtak av loven fordrer at bevilgende myndigheter ruster opp helse- og sosialtjenesten slik at disse kan ivareta lovens krav (NOU 2019b). Andre brukerorganisasjoner som We Shall Overcome og Hvite Ørn er kritiske både i sin omtale av nåværende lovverk og dette lovforslaget (NOU 2019b).

Innlandet politidistrikt ser et behov for en klar og tydelig lovgivning som gjør det mulig å beskytte allmennheten med hensiktsmessige tvangslovsbestemmelser. Innskrenkninger i tvangsbruk vil kunne medføre at kompetent helsepersonell får redusert mulighet til å gripe inn ved alvorlig sykdom. Dette kan medføre en risiko for økt bruk av politi, noe som kan være belastende for den syke. De mener at det fortsatt bør være mulig å bruke tvang overfor personer som utgjør en fare for andre, medfører en klart redusert livskvalitet for andre eller er til skade for seg selv (NOU 2019b).

Den norske legeforening bemerker at utredningen ikke viser til forskningsbasert vitenskap i sin argumentasjon, men bærer preg av ideologisk ordlyd. Utredningen, og en del av forslagene, samsvarer ikke med den opplevde virkeligheten i norsk helsevesen, både når det gjelder situasjoner som kan oppstå og de betydelige ressursene lovendringen vil medføre. Usikkerhet knyttet til lovendringer kan medføre tolkningsforskjeller med ulikheter i behandlingstilbud og en svekket rettsikkerhet som konsekvens. Legeforeningen konkluderer med at det er behov for en total revisjon av foreslått lovtekst. Norsk psykiatrisk forening berømmer utgangspunktet om å lage et felles lovverk for tvang innen psykisk helsevern og somatisk medisin, men ser så mange og alvorlige mangler med utkastet at det må forkastes i sin nåværende form (NOU 2019b). Psykologforeningen er generelt positiv til lovforslaget og mener at det støtter fokuset på individets autonomi, men

påpeker også behovet for at de riktige rammebetingelsene må være til stede ved en slik omlegging (NOU 2019b).

Intensjonen bak lovforslaget er å fremheve pasientenes selvbestemmel-sesrett og øke deres rettsikkerhet. Mange klinikere spør seg imidlertid om denne endringen er til pasientenes fordel ut fra en helhetlig vurdering (Bjørke-Bertheussen et al. 2019).

Fremtidige utfordringer

Det brukes mye tid på det som oppleves som byråkratiske prosesser, tid som tas fra en travel hverdag hvor man ønsker mer tid med pasientene. Tidligere klinikkleder i Helse Nord-Trøndelag Kathinka Meirik satte i en artikkel ord på det mange klinikere står i til daglig: *Tvang kan være god helsehjelp* (Meirik 2019). Hun påpekte at dårlig fagutøvelse av medisin og sykepleie blir kompensert for med å bruke juss: «Resultatet er at alle pålegges formelle og juridisk korrekte tiltak som en økt mengde vedtak, mer rapportering og annet papirarbeid, samt flere administrative møter. Tid er en dyrebare ressurs. Mer administrasjon og mer juss gir mindre tid til, og mindre fokus på, pasienter og pårørende». Hun konkluderte med viktigheten av å ha et lovverk som støtter god fagutøvelse for å kunne hjelpe noen av våre mest sårbare pasienter.

Det å kunne yte god fagutøvelse fordrer at forutsetningene for dette er til stede. Wynn og medarbeidere poengterer at antall personell på vakt er av stor betydning for muligheten til å utføre intervensjoner som ikke involverer tvangsmidler, deriblant en-til-en-oppfølging (Wynn et al. 2011). Bemanningsfaktoren er også problematisert som en av flere mulige årsaker til den drastiske økningen i pasientvold ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus (Silseth 2019, Dahl et al. 2019), men årsakssammenhengen her er nok sammensatt. I rapporten fra Ullevål fremgår det at pasientene som har utført volden i hovedsak har hatt psykoselidelser, hvorav en tredel av disse har en rusdiagnose i tillegg. Halvparten av pasientene som forårsaket betydelig skade og ca. en firedel av dem som forårsaket moderat skade, ventet på overføring til sikkerhetsenheter. Dette representerer en annen del av debatten rundt bruk av tvang, her overfor alvorlig psykisk syke pasienter som også er farlige. Rettspsykiateren Randi Rosenqvist har tatt til orde for disse pasientene bør få en bedre oppfølging enn i dag, og foreslår som tiltak *sikkerhetshjem* for kronisk syke og farlige pasienter uten behandlingspotensial, som per i dag blir ivaretatt i psykiatriske sikkerhetsavdelinger eller sitter i fengsel med forvaringsdom (Rosenqvist 2018). Ullevålrapporten illustrerer at det er behov for å sikre god og trygg behandling for både pasienter og helsepersonell, også for våre farligste pasienter (Dahl et al. 2019).

Ny lovgivning krever betydelige ressurser for å gi helsepersonell opplæring for å sikre riktig forvaltning og ivaretagelse av pasientenes rettsikkerhet. Tatt i betraktning forskjeller i medisinsk og juridisk tenkemåte, er det ikke gitt at flere lovregler vil lette og bedre de særlig utfordrende kliniske avveiningene (Syse 2007).

Litteratur

- Aasland OG, Husum TL, Førde R, Pedersen R (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *Int J Law Psychiatry* 57: 106–12.
- Bahus MK, Friis P, Mesel T (2018). Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss* 56: 56–78.
- Bak J, Aggernæs H (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* 66: 297–302.
- Bjørke-Bertheussen J, Hustoft K, Weibell M (2019). Vi frykter dårligere behandling og mer tvang. *Aftenposten* 17.12.2019: 28.
- Dahl JET, Davik N, Løvhaug L (2019). *Oppsummering av hendelser i Achilles i kategorien vold/trusler/utagerende atferd i Akuttpsykiatrisk avdeling*. Oslo: Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.
- Dahlberg JPR (2011). *Aid To Capacity Evaluation (ACE): hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse*. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/ace2012.pdf> (21.2.2020).
- Den norske legeförening (2011). *Høring: NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*.
- Helsedirektoratet (2019a). *Kontroll av tvangsbruk 2017*. Rapport IS-2803.
- Helsedirektoratet (2019b). *Kontroll av tvangsbruk 2018*. Rapport IS-2875.
- Helsedirektoratet (2019c). *Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013–2017*. Rapport IS-2812.
- Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46: 893–901.
- Husum TL, Finset A, Ruud T (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry* 31: 417–22.
- Husum TL, Pedersen R, Hem MH (2017). En brytningstid i synet på psykiske vansker og behandling: etiske utfordringer ved bruk av tvang. *Michael* 14: 55–67.
- Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nord J Psychiatry* 56: 433–9.
- Iversen KI, Høyer G, Sexton HC (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry* 30: 504–11.
- Joa I, Hustoft K, Anda LG, Brønnick K, Nielsen O, Johannessen JO et al. (2017). Public attitudes towards involuntary admission and treatment by mental health services in Norway. *Int J Law Psychiatry* 55: 1–7.

- Kjellin L, Høyer G, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Sigurjónsdóttir M (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 241–7.
- Lorem GF, Hem MH, Molewijk B (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs* 24: 231–40.
- Lovdata (2001a). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (15.1.2020).
- Lovdata (2001b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (10.11.2019).
- Lovdata (2005). *Lov om straff (straffeloven)* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> (7.11.2019).
- Lovdata (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (10.11.2019).
- Lovdata (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*.
- Mantial HCJ, Johnson T, Nytingnes O, Hammer J (2019). Utforsket pasienters opplevelse av tvang. *Sykepleien* 107: 78900.
- Meirik K (2019). Tvang kan være god helsehjelp. *Stavanger Aftenblad* 12.3.2019: 30.
- Norvoll R, Pedersen R (2018). Patients' moral views on coercion in mental healthcare. *Nurs Ethics* 25: 796–807.
- NOU (2019a). *Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU (2019b). *Høringsvar NOU 2019: 14. Tvangsbegrensingsloven* <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?expand=horingsbrev> (1.2.2020).
- Paulsrud K (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. NOU 2011: 9.
- Pedersen R, Hofmann B, Mangset M (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127: 1644–7.
- Psykologforeningen (2012). *Høringsvar fra Norsk Psykologforening på NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. <https://www.psykologforeningen.no/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelser-2012> (21.2.2020).
- Riley H, Hoyer G, Lorem GF (2014). 'When coercion moves into your home'. *Health Soc Care Community* 22: 506–14.
- Rosenqvist R (2018). Psykotisk, fengslet og alene. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018, doi: 10.4051/tidsskr.18.0529.
- Rundskriv (2020). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, samtykke til helsehjelp*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse> (3.2.2020).
- Silseth I (2019). Ny rapport viser stor økning i pasientvold. *VG* 4.12.2019.
- Syse A (2007). Om medisinsk etikk, medisin og jus. *Tidsskr Nor Legeforen* 127: 1626.

Sørgaard KW (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord J Psychiatry* 58: 299–304.

Wynn R, Kvalvik A-M, Hynnekleiv T (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nord J Psychiatry* 65: 133–7.

Katrine Kveli Fjukstad

Overlege

Klinikk for psykisk helsevern og rus

Sykehuset Levanger

Helse Nord-Trøndelag

og

Førsteamanuensis

Institutt for psykisk helse

Fakultet for medisin og helsevitenskap

NTNU

katrinekveli.fjukstad@helse-nordtrondelag.no

Psykologspesialist Hans B. Lind takkes for verdifulle innspill.

