

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 59 nr. 06 2022

TEMA:
**PSYKOLOGER
OG BRUK
AV TVANG**



Sentrale begreper

Allianse s. 446, 514, 536, 549

Behandlingskriteriet s. 513, 562, 576

Beltelegging s. 441, 457, 460, 463-465, 490-491

Beslutningskompetanse s. 471, 509, 541, 545

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) s. 447, 488, 506, 508

Direkte/indirekte former for tvang s. 460-461, 463-465

Farevilkåret, farekriteriet s. 506-508, 513, 563

Fastholding s. 441, 443, 456, 460, 463-465, 490-491, 514, 520, 522-524, 526, 528-532, 549

Formell tvang s. 447, 461, 471

Hovedkriteriet s. 483, 513

Makt s. 455, 459, 461, 474, 476-480, 515-516, 540-543, 545-546, 559

Medisinfri behandling s. 470, 472, 576-577

Menneskerettigheter s. 447, 493-494, 508, 541-542

Paulsrud-utvalget s. 447, 494

Riktig bruk av tvang s. 494, 576

Samtykkekompetanse s. 447, 483, 486, 494-495, 506, 508, 513, 520, 523, 525, 541-542, 560-562, 577

Skjerming s. 441, 456-457, 463, 491, 493, 520, 522-525, 535, 543

Tilbakehold s. 461, 509, 522, 534-537, 543

Tvanglovutvalget s. 494-495

Tvangsbegrensingsloven s. 468, 470, 495, 506, 508-509, 545

Tvangsbehandling s. 443, 465, 468-472, 483, 490-491, 506, 516, 521, 525, 535

Tvangsinnleggelse s. 447, 468, 488, 490-493, 495, 498-501, 506-508, 518-525, 536, 548-549, 563, 579

Tvangsmedisinering s. 441, 461, 463-465, 520, 524, 535, 549

Tvangsmiddel s. 456-457, 461, 465, 468, 486, 488, 490-493, 495, 520, 522-524, 530, 535, 543, 549

Uformell tvang s. 448, 461-463, 466, 515-516, 549

Unødig tvangsbruk s. 516, 577, 579

Utviklingshemming s. 525, 540, 542, 544-546

Den som tier, samtykker?

I 2021 var det 20 år siden psykologspesialister fikk anledning til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. I den anledning besluttet redaksjonen å utgi et temanummer om psykologer og bruk av tvang. Ambisjonen har vært at temanummeret skulle gi et dekkende oversiktsbilde over fagområdet, noe som viste seg umulig. Psykologers inngang til tvang er så mangeartet at det er vanskelig å dekke alt i ett og samme nummer. Jeg mener likevel vi har lyktes med å presentere både en psykologfaglig representativ bredde og dybde av temaet per mai 2022.

Fordi psykologenes inngang til tvang helt fra starten av har vært knyttet til en målsetting om å redusere bruken av tvang, er det kanskje ikke overraskende at en stor andel av artiklene i temanummeret setter søkelys på tiltak for å oppnå et slikt mål. Derfor er det nødvendig å understreke at tvang er et svært sammensatt og komplekst tema som det knytter seg mange vanskelige dilemma til.

En måte å gjøre seg kjent med noen av disse dilemmaene på er å særlig merke seg hvordan de ulike artiklene i temanummeret behandler *samtykkekompetanse*. I 2017 ble manglende samtykkekompetanse innført som et vilkår i psykisk helsevernloven for å kunne vedta tvangstiltak. Regjeringen har nå nedsatt et ekspertutvalg som skal evaluere denne lovendringen (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ekspertutval-skal-evaluere-vilkaret-om-manglande-samtykkekompetanse-forbruk-av-tvang-i-psykisk-helse/id2911610/>). Basert på artiklene vi publiserer i denne utgaven, kan vi slå fast at utvalget ikke har noen enkel oppgave om de ønsker å gjennomføre en grundig og seriøs evaluering.

I mandatet for utvalget vektlegges nemlig også å evaluere hvorvidt krav om manglende samtykkekompetanse har fått konsekvenser for samfunnsikkerheten. I så måte trenger utvalget å forholde seg til at forskningen så langt ikke har lyktes med å predikere hvilke individer som blir farlige, mens det er godt dokumentert at det er svært få farlige personer å finne blant psykisk syke.

Når det gjelder innsatsen for å redusere bruk av tvang, representerer psykologer og psykologien fortsatt et uforløst potensial.

I dette temanummeret kan du finne mange inspirasjoner til hvordan psykologer og psykologien kan bidra. Flere bidragsytere er inne på at det nok ikke vil finnes perfekte løsninger. Spørsmålet er hvilke ulemper vi kan leve med. Jeg vil her sitere Ann-Karin Nielsen Bakken, som på side 526 skriver om hvordan de oppnådde «Reduksjon i bruk av tvang ved en døgninstitusjon for barn og unge»:

... det er bedre med ti knuste vinduer enn ett knust barnehjerte



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Når det gjelder innstatsen for å redusere bruk av tvang, representerer psykologer og psykologien fortsatt et uforløst potensial

PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 06 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Teknisk redaktør Christian von Schack,
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

Journalist Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen,
Marianne Berg Halvorsen, Joar Overaas Halvorsen, Ute Gabriel,
Solveig H. H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus,
Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen,
Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.05.2022

Omslagsillustrasjon Christian von Schack. Foto av sykeseng: Stein J
Bjørge. Øvrige elementer: stock.adobe.com. Bildene er manipulert.

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)
er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,
Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Innhold

- 437 **Den som tier, samtykker?**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 440 **Åpnet døren, endret behandlingskulturen**
Reportasje | Per Halvorsen
- Del I: Psykologer og bruk av tvang
- overordnede tema og problemstillinger**
- 446 **Tvang i psykisk helsevern: En sammenligning
av holdninger blant ansatte og pasienter**
Originalartikkel | Guri Sjøtun Lydersen et al.
- 454 **Sivilombudets besøk til steder for
frihetsberøvelse**
Fagessay | Johannes Flisnes Nilsen &
Jannicke Godø
- 460 **Psykologer synes det er etisk utfordrende å
jobbe med tvang: - medlemsundersøkelse
fra 2021**
Rapport | Mikael Julius Sørnhovd & Tonje
Lossius Husum
- 468 **Når antipsykotika ikke fungerer
- og konfliktene rundt tvang**
Fagessay | Olav Nytingnes
- 474 **Skepsis til makt hos psykologprofesjonen**
Fagessay | Anne-Kari Torgalsbøen
- 482 **Revider dine vedtaksvurderinger**
Fra praksis | Ivar Elvik
- 488 **Hvorfor har vi ikke lyktes med å redusere
tvangen i Norge?**
Fagessay | Trond Hatling & Erlend Bugge
- 498 **Brukerinvolvering i forskning**
Fagessay | Solveig H. H. Kjus & Trond Hatling
- 506 **Til fare eller ikke**
Fagessay | Kent Jensen
- Del II: Bruk av tvang i ulike populasjoner**
- 512 **Tvangens dilemma i behandling av alvorlig
spiseforstyrrelse**
Fra praksis | Hedvig Aasen
- 518 **Bruk av tvang i alderspsykiatrien**
Fagessay | Kari Kristoffersen, Fariba Barmaki
& Maria S. Korsnes
- 526 **Reduksjon i bruk av tvang ved en døgn-
institusjon for barn og unge**
Fra praksis | Ann-Karin Nielsen Bakken
- 534 **Bruk av tvang i behandling av rusmiddel-
avhengighet**
Fagessay | Gro Walø-Syversen
- 540 **Psykisk utviklingshemming, tvang og
habilitering**
Fagessay | Monica Røstad & Erik Søndena
- 548 **Kortvarige brukerstyrte innleggelses som
alternativ til tvangsinnleggelse hos pasienter
med alvorlig selvskading**
Originalartikkel | Nikolaj Kunøe et al.
- 558 **Tvangens etikk i psykisk helsevern**
Etikkpanelet | Lars Fr. H. Svendsen
- 564 **MENINGER**
Kronikk: Å tie eller ikke tie i academia | Pål
Grøndahl (s. 566)
Debatt: Rusforskning (s. 564), Rammesvilkår
(s. 570), Autisme (s. 571), Veteranhelse (s. 574),
Tvang i psykisk helsevern (s. 576 & 578), Jeg mot
meg (s. 580 & 582)
- 584 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Nestorens 6 essays og 6 bud til
ledere (s. 584)
Bokessay: Metapsykologi med mangler |
Gunvald Hermundstad (s. 586)
- 590 **Minneord: Rigoberto Mozart Brito-Lopez
(1954-2022)**
- 593 **Annonser**
- 601 **Stillingsannonser**



HOLDNINGSENDRING Spenningsnivået blir lavere hvis pasientene på lukket avdeling vet at de kan forlate institusjonen, er holdningen blant personalet på lukket avdeling på Lovisenberg. Foto: Africa Studio / stock.adobe.com

Åpnet døren, endret behandlingskulturen

På lukket avdeling på Lovisenberg har de åpnet dørene selv om de har noen av de tyngste pasientene i landet. Det har endret behandlingskulturen og holdningen til tvang.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

RØDT ELLER GRØNT LYS, det er spørsmålet.

75 prosent av tiden er det grønt. Det betyr at døra ut kan være åpen og pasientene kan komme og gå som de vil til klokka 21.00. Slik har de hatt det siden februar i fjor.

– Det har foregått forbausende uproblematisk. Det er egentlig ikke noe stort tema lenger.

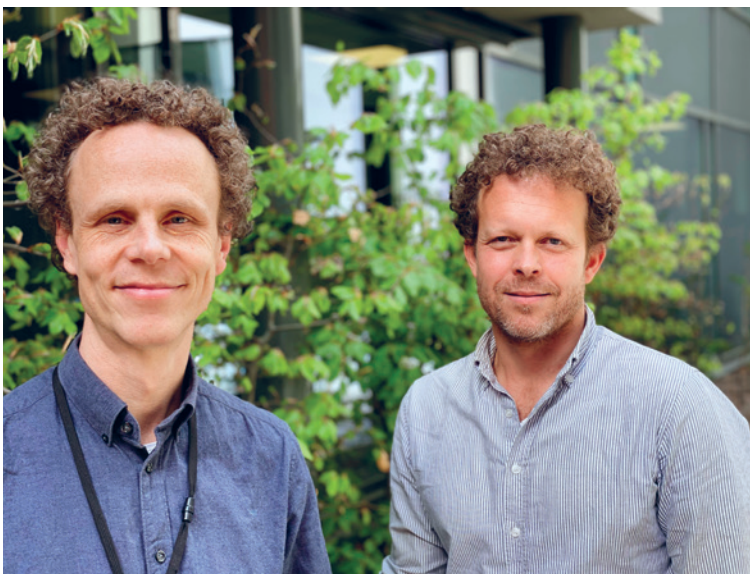
UTFORDRET TRYGGHETEN

Det sier Thomas Romsaas Kjernli. Han er overlege på en av de seks postene på Avdeling for

døgnbehandling ved Senter for psykisk helse og rus på Lovisenberg Diakonale Sykehus. Posten er en hybridpost med ti plasser. Den typiske pasienten har psykose, ikke sjelden i kombinasjon med rusproblematikk. Pasientene er i hovedsak akuttinnlagt, langt de fleste på tvang, i noen perioder alle pasientene samtidig. Gjennomsnittlig liggetid er 27 dager.

– *Hvorfor valgte dere å åpne dørene?*

– Spørsmålet er vel heller: Hvorfor må egentlig døra være låst, spør Kjernli retorisk.



TRYGGHET Nikolaj Kunø og Thomas Romsaas Kjærnli har åpnet dørene på Lovisenberg. Det krever mer årvåkenhet og tilstedeværelse i avdelingsmiljøet.

Han har jobbet med tvungent psykisk helsevern i mange år og sier det er en tjeneste som er preget av mye vanetenkning.

– Vi tenker gjerne at vi må ha den tryggheten som følger av ei låst dør. Grunnlaget for den holdningen mener jeg Lovisenberg har gjort til skamme, sier Kjærnli.

Han medgir at de fleste i personalgruppa syntes det var skummelt i begynnelsen.

– Vi kan jo ikke lenger basere tryggheten vår på at døra er låst. Det krever mer årvåkenhet og tilstedeværelse i avdelingsmiljøet. Men det er jo nettopp noe av poenget, sier han.

– *Helt konkret – hva er det ved åpen dør som gjør at dere kan jobbe annerledes og på en måte som til syvende og sist kan ha innvirkning på tvangsbruken?*

– Den økte årvåkenheten gjør at personalet lettere vil kunne fange opp situasjoner som tidligere kunne føre til skjerming eller fastholding.

Kjærnli mener det bidrar til at spenningsnivået blir lavere, og at personalet kan komme tidligere inn og forebygge potensielt dramatiske situasjoner med de-eskalerende tiltak.

– Vi tror det kan føre til færre situasjoner med behov for aktiv tvangsbruk, som beltelegging og ekstra medisinerings.

STOR SKEPSIS

Drøye 14 måneder etter oppstarten av åpen dør-policy taler statistikken sitt klare språk: Ingen flere har forsøkt å stikke av eller holde seg borte. Det er ingen økning i hendelser som vold eller selvmord. Ingen økning i tvangsmiddelbruk som skjerming eller akutte episoder med tvangsmedisinering.

Det er psykologspesialist og spesialrådgiver Nikolaj Kunø som har oversikt over tallene. Han sier inspirasjonen til det nye behandlingsregimet kommer fra tyske institusjoner. Der har de konkludert med at åpen dør-policyen reduserer aggresjon og bruken av tvangsmidler (Cibis et al., 2017).

Kunø forklarer bakgrunnen for åpen dør-policy ved å beskrive situasjonen på Lovisenberg slik den var før endringene:

– På ordinære lukkede poster sier det klikk i låsen bak pasientens rygg etter innleggelse. Velkommen hit, sier vi. Nå får du være her og ta det litt med ro, så kommer vi og ser til deg når vi får tid. Den låste døren gjør det lettere å kanskje svare på noe på mobilen, eller gå ut av pasientlokalet istedenfor å være der og forholde oss til pasientene, forklarer han.

Under «åpen dør» mener han forutsetningene er blitt endret for å bygge gode relasjoner mellom pasient og personalet.

– Tryggheten må ligge i relasjonen til pasienten, ikke i ei låst dør. Det er pasientrelasjonen som skal være omdreingspunktet i behandlingen, sier han. Dette er en hovedutfordring når pasientene ofte er innlagt med akutt psykoselidelse. Åpen dør-policy handler om å gi pasienter, ansatte, pårørende nok frihet til å velge å samarbeide om behandling.

RCT-STUDIE

Kunø er ansatt ved FOU-avdelingen ved Lovisenberg og har ansvar for RCT-studien som har løpt parallelt med endringene av behandlingsregimet. Hensikten med studien har blant annet vært å finne ut hvordan personalet har opplevd at arbeidshverdagen og pasientbehandlingen har endret seg.

– Det var viktig å gjennomføre prosjektet på de ordinære postene uten en selektert pasientgruppe som gjorde at det ville gå for greit. Personalet ville det slik for å få vite hva som ville være de reelle forskjellene mellom de åpne og lukkede postene, forteller han.

Dybdeintervjuer viser at personalet i hovedsak har positive erfaringer med innføringen av åpen dør-policy. Tverrfaglige refleksjoner, høy grad av ansattinvolvering og mulighet til å kunne flagge motforestillinger har vært viktig for at innføringen har vært vellykket. Tilbakemeldingene fra personalet er at prosjektet har hatt positiv effekt på relasjon mellom helsepersonell og pasient, men det er ifølge Kunø behov for mer forskning på pasientenes erfaringer.

Så langt er åpen dør-prinsippet gjennomført ved fem avdelinger, og det allerede før de endelige resultatene av RCT-studien foreligger. Den sjette posten – Ressursposten – er unntatt. Lovisenberg ligger fire ganger over landsgjennomsnittet av pasienter som er dømt til psykisk helsevern. For denne gruppa gjelder særlige regler som gjør at de har en egen post som viderefører åpen dør-policyen, men ikke kan ha døren åpen fysisk. »

- Tryggheten må ligge i relasjonen til pasienten, ikke i ei låst dør

Nikolaj Kunøe, psykologspesialist



MOTVILJE Erfaringskonsulent Natalya Nescio mener tvangen i psykisk helsevern kan skape motvilje mot å ta imot hjelp som kan være til nytte.

- IKKE ET RESSURSPØRSMÅL

Kunøe understreker at åpen dør-policy først og fremst betegner en arbeidsmåte som signaliserer at på Lovisenberg er det frihet som gjelder.

- «Åpen dør» handler om mye mer enn ulåste dører. Det handler om tillit, selvbestemmelse og personlig frihet. At døra er åpen, er bare pynnen på kaka, hevder han.

Han mener erfaringene viser at sikkerhet og samarbeid med pasienten ikke er motpoler.

- *Hva skal til for at dere likevel velger å holde døra stengt?*

- Hver morgen vurderes det om den døra kan være åpen gitt de ressursene vi har til disposisjon. Er nøkkelpersonell sykmeldt, kan det være et argument for å låse døra. Det kan også være behovene til den aktuelle pasientgruppa vi har på posten der og da, som i seg selv gjør at vi må holde døra lukket. Vi ser også på risikoprofilen til enkeltpasienter for å vurdere om det er trygt at de kan gå ut, sier han.

Han sier folk gjør muntlige avtaler med personalet når de forlater sykehuset, eller henger opp lapper. Det hender folk ikke holder tida:

- Pasientene hos oss kan være forvirret, de kan ha rusbehov. Vips har det gått en time lenger enn avtalen. Da kan vi ringe pasienten, pårørende eller uteteam hvis det er aktuelt, og noen ganger til politiet.

- *Hvor ofte skjer det at de ikke kommer tilbake i tråd med avtalen?*

- Vi har ingen holdepunkter for å si at dette er et økende problem. Folk stakk jo av da vi hadde låst dør, også.

- *I hvor stor grad forutsetter denne måten å jobbe på flere ressurser?*

- For å styrke kommunikasjonen med pasientene har avdelingen ansatt to erfaringskonsulenter på halv stilling. De fungerer som bindeledd mellom personalet og pasientene. Det er i utgangspunktet ikke mer ressurskrevende å jobbe på denne måten. Åpen dør-policy bruker bare ressursene på en annen måte, sier Kunøe.

MOTVILJE MOT BEHANDLING

En av erfaringskonsulentene heter Natalya Nescio. Hun mener at særlig pasienter som er systemkritiske, foretrekker å snakke med henne fordi de raskere får tillit til en som selv har pasienterfaring.

- Jeg tror ikke mennesker som ikke selv har vært utsatt for tvang, vet hvordan det kjennes. Å fratas autonomi kan gjøre deg obsternasig. Tvangen kan trigger en motvilje mot å ta imot hjelp selv om du vet at den kan være til nytte, sier hun til Psykologtidsskriftet.

«Du skjønner hva vi snakker om. Deg vil vi snakke med!» kan pasienter som ellers er tause, si til Nescio. Hun mener åpen dør-policyen skaper et helt nytt grunnlag for samhandling med pasientene og gir økt medbestemmelse på avdelingen. Hun sier det er fascinerende å se på alle menneskene som er på tvangsparagraf på avdelingen, som likevel kommer og lager avtaler selv om døra er åpen og de kan spasere fritt ut.

- Vissheten om at de er frie til å forlate institusjonen, gir dem en trygghet og en tillit til behandlerne som de ellers ikke ville hatt. Fordi de har denne muligheten, blir det enklere å ta imot helsehjelpen. Tvang kan i verste fall skremme folk vekk fra behandling, sier hun.

LEDELSE OG KULTUR

Tidligere har Lovisenberg hatt suksess med et prosjekt som tok sikte på å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler (beltebruk). Over en toårsperiode ble bruk av mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging redusert

med 85 prosent. Det som i 2012 var beltelegging i gjennomsnittlig 5,5 timer, var i 2014 redusert til åtte minutter fastholding. Ifølge Nikolaj Kunøe har utviklingen holdt seg. Også den gang var personalet skeptiske til endringene. I dag mener prosjektlederen at beltereduksjonsprosjektet ikke er kontroversielt lenger.

– Det er blitt en del av kulturen ved Lovisenberg å jobbe tvangsreduserende, sier han.

Lovisenberg ligger i toppsjiktet på landsbasis når det gjelder tvangsbruk, både når det gjelder tvangsvedtak og behandling uten samtykke. Kunøe mener hovedgrunnen er opptaksområdet i Oslo sentrum, med større innslag av eksempelvis fattigdom, flere med traumatisk flyktningbakgrunn, og ikke minst flere pasienter med rusproblemer enn ellers i landet.

– De høye tvangstallene våre gir oss imidlertid et godt grunnlag for å forske på tvang og å finne alternativer, slik som i dette tilfellet, sier han.

– *Kan arbeidet for å redusere tvang gå for langt, slik at man unnlater å bruke den overfor mennesker som trenger å bli ivaretatt?*

– Prosjektet på Lovisenberg er ingen invitasjon til laissez faire, snarere tvert imot. Å prøve ut pasientenes autonomi gjør oss enda mer framoverlente som behandlere, enda mer intenst opptatt av hvordan det går med pasienten. Det gir bedre ivaretagelse, ikke dårligere, sier han.

FAG FØR LOV

– *I hvor stor grad er endringer i lovverket nødvendig for å realisere det politiske målet om å redusere tvangen i psykisk helsevern?*

– Det er vanskelig å tenke seg en lovgivning som ikke åpner for en variasjon i tvangsbruken. Tvangen må forvaltes av de som jobber med pasientene, og være basert på faglige vurderinger. Det er de som kan gjøre en forskjell, sier Kunøe.

Han får støtte av overlege Kjærli:

– Tvangsmiddelbruk handler mer om holdninger og faglig praksis enn om hva slags lovverk vi har, sier han.

– *Kan ikke endringer i tvangslovverket være med på å styre fagutøvelsen i en retning man ønsker?*

– I ekstreme tilfeller. Tyskland innførte i 2018 prinsippet om at all tvangsbehandling må ha hjemmel i en rettskraftig dom. Det har ført til en halvering av tvangsbruken i tysk psykisk helsevern.

Lovisenberg åpen dør-policy

Lovisenberg åpen dør-policy er et forskningsprosjekt som innebærer observasjon av randomiserte pasienter over fire år. Siden februar 2021 har utgangsdørene ved to sengeposter ved Senter for psykisk helse og rus vært ulåst i mer enn tre fjerdedeler av åpningstiden fra 9–21 daglig. I en periode fungerte de andre sengepostene som kontrollposter med vanlig drift. I dag er åpen dør-prinsippet gjennomført ved fem av seks sengeposter. Formålet er blant annet å motivere pasientene til å ta imot behandling uten bruk av tvang.

Helsepersonell og ledere hadde ambivalente følelser i planleggings- og innføringsfasen: På den ene siden hadde de en positiv innstilling til det nye regimet, men også usikkerhet knyttet til tap av kontroll og ivaretagelse av mandatet om samfunnsvern sammenlignet med lukket dør.

Personalet har erfart at åpen dør-policy gir økt tillit og ansvar til pasientene, men innebærer samtidig at de må gjøre sikkerhetsvurderinger for hver enkelt pasient kontinuerlig og oftere enn tidligere for å ivareta sikkerheten like godt.

Kunøe opplyser at det er fagfolkene som gjør vurderingene som ligger til grunn for dommen. Han mener at en tilsvarende reform i Norge vil kreve en omfattende forutgående samfunnsdebatt, men han ser ikke bort ifra at debatten kan oppstå også her.

– *Hvordan vedlikeholder man over tid den gode behandlingkulturen man streber etter?*

– Vi jobber bevisst med holdningene til de ansatte. Den tradisjonelle holdningen på lukkede avdelinger har vært å begynne med tvang, for så eventuelt å lempe på den etter hvert. På Lovisenberg er utgangspunktet motsatt: frihet først, og så må vi vurdere om den i noen tilfeller må innskrenkes for å kunne yte pasienten forsvarlig helsehjelp, sier Kunøe.

– Vi gjør behandlingkulturen til et sentralt element når vi eksempelvis rekrutterer ledere som skal føre kulturen videre. Hvem som helst kan ikke få lederstillinger hos oss, sier han. ✘

REFERANSE

Cibis, M. L., Wackerhagen, C., Müller, S., Lang, U., Schmidt, Y. & Heinz, A. (2017). Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward. *Psychiatrische Praxis*, 44(03), 141–147. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105181>





DEL I

**Psykologer og bruk av tvang
- overordnede tema
og problemstillinger**

Tvang i psykisk helsevern: En sammenligning av holdninger blant ansatte og pasienter

Guri Sjøtun Lydersen¹, Marte Morken¹, Olaf Aasland², Reidar Pedersen² & Tonje Lossius Husum^{2,3}

Sammendrag

Mål: Få studier har sammenlignet holdninger til tvang hos både pasienter og helsepersonell, og spørreskjemaet Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) er ikke blitt brukt til å undersøke pasienters holdninger til tvang i Norge tidligere. Hensikten med studien var å undersøke forskjeller i ansattes og pasienters holdninger til bruk av tvang ved hjelp av SACS.

Metode: Studien inkluderte 1160 ansatte og 332 pasienter. Faktoranalyse ble anvendt for å sammenligne SACS' tre-faktormodell på tvers av de to gruppene. Uavhengige t-tester ble brukt for å sammenligne ansattes og pasienters holdninger på tre SACS-dimensjoner: tvang som potensielt krenkende og/eller skadelig for pasienten, tvang som omsorg og sikkerhet og tvang som behandling.

Resultater: Vi fant statistisk signifikante forskjeller mellom de ansattes og pasienters rapporterte holdninger på to SACS-dimensjoner. Pasienter rapporterte tvang som *mer* krenkende og/eller skadelig sammenlignet med ansatte ($t(495) = 7.96, p < .001$). Ansatte rapporterte *i større grad* tvang som omsorg og sikkerhet sammenlignet med pasienter ($t(444) = -5.91, p < .001$).

Konklusjon: Resultatene antyder at det er holdningsforskjeller mellom pasienter og ansatte. En begrensning ved studien er at SACS ikke er validert til bruk av pasienter. Overordnet impliserer resultatene en uoverensstemmelse i holdninger som kan gi utfordringer i relasjonen mellom pasienter og ansatte.

Nøkkelord: tvang, psykisk helsevern, etiske utfordringer, SACS, allianse

¹ UiT Norges arktiske universitet

² Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

³ OsloMet

KONTAKT

tonjelos@oslomet.no

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et unntak fra det grunnleggende prinsippet om at all helsehjelp i utgangspunktet skal mottas på et frivillig grunnlag. Regelverket rundt bruk av tvang er hjemlet i psykisk helsevernloven (1999), og vedtak blir fulgt opp av kontrollkommissjonen. Det skal foreligge en alvorlig sinnslidelse, og det skal være forsøkt frivillige behandlingsalternativer, eller det skal vurderes at det ikke er mulig å gjennomføre behandling på et frivillig grunnlag. En skal videre legge særlig vekt på hvor stor belastning tvang vil medføre for personen. Siden 2017 har det vært et lovpålagt krav at det skal vurderes om vedkommende person er samtykkekompetent (Psykisk helsevernloven [phvl.], 1999). Det er kun når vedkommende blir vurdert til å mangle samtykkekompetanse, at det er aktuelt å sette vedkommende sine egne ønsker om behandlingen til side, med mindre vedkommende blir vurdert å være til fare for andre eller seg selv. Manglende samtykkekompetanse innebærer en svekket evne til å utøve sin autonomi, og er ett av unntakene som berettiger bruk av tvang (Phvl. 1999, § 3–3). Pasienter innen psykisk helsevern har nå fått samme rettigheter som somatiske pasienter har hatt siden 2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Lovendringen har ført til at det er blitt strengere kriterier for å fatte vedtak om bruk av tvang.

Internasjonalt og nasjonalt har det vært en utvikling i retning av at helsetjenesten i større grad må respektere individets autonomi og egne ønsker. I tråd med dette er pasientrettigheter blitt styrket via økt vekt på pasientrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I 2011 anbefalte Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9) at pasienter i psykisk helsevern bør få økt selvbestemmelse og økt rettssikkerhet, og i 2013 ratifiserte Norge FNs konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet, 2013). Konvensjonen skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne nyter likeverdig rett til anerkjente menneskerettigheter og grunnleggende friheter. Konvensjonen skal også fremme respekten for den iboende verdigheten til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Den mest brukte medisinske etikkmodellen i vestlig helsetjeneste i dag er Beauchamp og Childress' «fireprinsippetikk» (Beauchamp & Childress, 2001). Fireprinsippetikken stammer fra en normativ tradisjon, der den deontologiske pliktetikken er rådende. Dette innebærer at en handling er riktig dersom den utøves i henhold til visse etiske prinsipper. Fireprinsippetikken består av autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade og rettferdighetsprinsippet. Oppsummert har bruk av tvang i

psykiske helsetjenester blitt mer etisk utfordrende i tråd med økt fokus på brukermedvirkning, respekt for autonomi og menneskerettigheter (Husum et al., 2018). Det finnes i tillegg lite forskning som tyder på at tvang har positiv effekt i behandling av psykiske lidelser (Husum et al., 2017).

Det er grunnleggende etisk utfordrende at opplevelsen av bruk av tvang blant pasienter er svært negativ og belastende. En brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern i Norge viste at 28 prosent av innlagte pasienter hadde følt seg krenket under behandlingsoppholdet (Bjerkan et al., 2009, s. 144). Andre studier antyder også at tvangsinnlagte pasienter opplever å bli behandlet med manglende respekt under innleggelsen (Holmboe et al., 2017; Norvoll & Husum, 2011). I tillegg oppgir noen pasienter følelsen av å ikke bli hørt og å ikke ha selvbestemmelse i egen behandling (Olofsson & Jacobsson, 2001).

Andre studier har imidlertid funnet at pasienter i retrospekt av innleggelse og opplevd tvangsbruk kan anerkjenne at tvangsintervensjoner var nødvendige (Haw et al., 2011; O'Donoghue et al., 2010; Ridley & Hunter, 2013). Krieger og kolleger gjennomførte intervjuer og administrerte spørreskjemaer til 213 pasienter som hadde opplevd tvang under innleggelse, og fant at pasientene hadde ambivalente holdninger overfor de tvangsintervensjonene de hadde erfart (Krieger et al., 2018). Ifølge Husum et al. (2018) ble tvil og usikkerhet rundt bruk av formell tvang også ofte nevnt som etisk problematisk for helsepersonell i psykisk helsevern. Helsepersonell rapporterte blant annet om usikkerhet rundt effekten og konsekvensene av tvangsintervensjoner og usikkerhet om pasientens autonomi og evne til å samtykke.

Ifølge Helsedirektoratet ble det i 2017 gjennomført 7700 tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern i Norge (Bremnes, 2019). Rapporten «Kontroll av tvangsbruk 2017» (Kalseth et al., 2019) med data fra perioden 2013–2017 viser at det er store geografiske forskjeller på antall tvangsinnleggelse mellom de ulike helseregionene i Norge. Studier fra USA, Sverige og England viser også at bruk av tvang i stor grad varierer mellom avdelinger, sykehus og geografiske områder (Bindman et al., 2002; Carpenter et al., 1988; Kjellin et al., 2008).

En antar at noe av variasjonen i bruk av tvang blant ulike land, regioner og sykehus kan forklares med forskjell i holdninger til bruk av tvang. Holdninger kan defineres som en psykologisk tendens som uttrykkes ved at man basert på opplevelser og erfaringer evaluerer et objekt med enten en grad av positivitet eller negativitet (Eagly & Chaiken, 2007). Forholdet mellom holdninger og atferd er komplisert, og hold-

ningsendringer fører ikke nødvendigvis til atferdsendringer. Flere teorier har forsøkt å forklare forholdet mellom holdninger og atferd. The Theory of reasoned action (Fishbein & Ajzen, 1977) hevder at intensjon kan predikere atferd. Ifølge denne teorien er det to elementer som påvirker intensjon: holdninger og subjektive normer. En utvidelse av denne teorien er The theory of planned behavior (Ajzen, 1991), hvor opplevd kontroll legges til som en komponent for å predikere atferd. Disse teoriene har hatt stor innflytelse på hvordan man ser på forholdet mellom holdninger og atferd. En metaanalyse viser derimot at disse modellene gjennomsnittlig kan forklare 40 til 50 prosent av varians av intensjon og 19 til 38 prosent av atferd (Sutton, 1998). Likevel kan holdninger i noen tilfeller påvirke atferd, eksempelvis når en holdning er sterk. En sterk holdning oppstår når man har direkte negative eller positive opplevelser med et holdningsobjekt (Stangor, 2012). Følgelig kan vi anta at ansatte og pasienter i psykisk helsevern som har hatt direkte erfaringer med bruk av tvang, kan utvikle sterkere holdninger til bruk av tvang.

Få studier har derimot sammenlignet pasienters og helsepersonells holdninger til tvang på en standardisert måte. Larsen og Terkelsen gjennomførte i 2013 en studie hvor de sammenlignet pasienters og ansattes opplevelse av bruk av tvang (Larsen & Terkelsen, 2014). De fant at pasienter ofte følte seg underlegne, mens ansatte blant annet følte seg skyldige for å ha krenket pasientenes verdighet. Andre studier viser at pasienter opplever å bli umyndiggjort og føler seg ydmyket når de blir utsatt for tvang (Tingleff et al., 2017; Verbeke et al., 2019). Helsepersonell er likevel ofte enige om at bruk av tvang er etisk akseptabelt når fordelene med hensyn til beskyttelse eller behandling oppveier de negative effektene på pasientens autonomi og integritet (Hem et al., 2018; Wynn, 2006).

I 2008 utviklet og validerte en forskergruppe i Norge Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) for å kunne måle og senere sammenligne holdningene til bruk av tvang hos ansatte i psykisk helsevern (Husum et al., 2008). Senere har blant annet Raveesh et al. (2016) undersøkt helsepersonells holdninger til tvang ved bruk av SACS. Blant ansatte ble det her funnet en enighet om at tvang var relatert til beskyttelse og skadereduksjon, og at tvang var nødvendig, men ikke som behandling. Alle ansatte i denne studien anså tvang som nødvendig for beskyttelse i farlige situasjoner. En studie fra Tyskland og Sveits (Elmer et al., 2018) fant ved bruk av SACS at positive holdninger til uformell tvang var negativt korrelert med adekvat bruk av tvang. De som anså tvang som krenkende, hadde høyere grad av passende tvangsbruk, mens de som anså

tvang som behandling, hadde lavere grad av passende tvangsbruk. Likevel ser det ut til at det blant ansatte er økende konsensus om at bruk av tvang kan være belastende og krenkende for pasienten (Norvoll, Hatling & Hem, 2008, s. 104). Gowda et al. (2019) har ved hjelp av SACS kartlagt holdninger til bruk av tvang blant helsepersonell i India. De fant også at de fleste ansatte oppfattet tvang som omsorg, beskyttelse og trygghet. En tredjedel følte at pasientene mistet sin autonomi, verdighet og muligheten for interpersonlig kontakt. Tilsvarende antall ansatte var enige om at noen pasienter kunne behandles med mindre tvangstiltak.

Etter vår kunnskap har det validerte spørreskjemaet Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) aldri tidligere blitt brukt for å sammenligne pasienters og ansattes holdninger til tvang i Norge. Vi ønsket å bruke SACS for å undersøke eventuelle forskjeller i holdninger til tvang som kan være av betydning for behandlingsrelasjonen mellom pasienter og helsepersonell. Ved hjelp av SACS har vi undersøkt holdningsforskjeller mellom ansatte og pasienter på de tre dimensjonene tvang som potensielt krenkende og/eller skadelig for pasienten, tvang som omsorg og sikkerhet og tvang som behandling (Husum et al., 2008).

Metode

Utvalg

Data er samlet inn som en del av et større prosjekt om bruk av tvang, etikk og pasienters erfaringer av krenkelser ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og i samarbeid med ansatt- og brukerorganisasjoner i Norge. Questback ble brukt til å gjennomføre en nettbasert undersøkelse. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til medlemmene via Norsk psykologforening, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og foreningen for de treårige helse- og sosialutdanningene. Til pasientene ble spørreskjemaet sendt ut via brukerorganisasjonen Mental Helse.

I alt 1160 ansatte og 332 pasienter fra alle de fire helseregionene svarte på den nettbaserte spørreundersøkelsen. I analysen ble alder kategorisert i grupper. Gruppen mellom 30-59 år utgjorde 88 prosent av utvalget. For å sikre anonymiteten til informantene og å forebygge en eventuell «bakveis» identifisering ble demografiske opplysninger om informantene holdt til et minimum.

Ansattgruppen besto av 66 prosent kvinner og 34 prosent menn. Fordeling av profesjoner: leger/psykiatere ($n = 211$), psykologer ($n = 258$), sykepleiere ($n = 233$), helsefagarbeidere ($n = 286$) og annet/ubesvart ($n = 172$). Utvalget er blitt vurdert som å være stort og å ligne i sammensetning på fordelingen av yrkesgrup-

per som jobber innen psykisk helsevern. For nærmere beskrivelse av utvalget, se Aasland et al. (2018). Til sammen 49 prosent av de ansatte sa at det å bruke tvang var enten en stor eller ganske stor del av jobben deres. Majoriteten blant ansatte svarte at de jobbet i spesialisthelsetjenesten, mens ti prosent oppga å jobbe i en kommunal tjeneste.

Spørreskjemaet til pasienter ble sendt ut via brukerorganisasjonen Mental Helse (7500 medlemmer). Mental Helse sendte ut kun til medlemmene de hadde e-postadresse til, som viste seg å være 2573 personer. Pasientgruppen av informanter besto av 70 prosent kvinner og 30 prosent menn. Alle personene med erfaring som pasient i psykisk helsevern oppga å ha erfaring med polikliniske tjenester, 57 prosent oppga å ha erfaring med akutt psykiatrisk behandling og 40 prosent at de hadde erfaring med «lukkede avdelinger».

Etikk

Vi søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD) om å få godkjent studien, men prosjektet ble vurdert til å ikke trenge godkjenning fra NSD fordi undersøkelsen bare inneholdt anonyme data. De relevante registernumrene er 36361 og 39244.

Måleinstrument

SACS

Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) er et spørreskjema som er utviklet og validert for å måle ansattes holdninger til bruk av tvang i psykisk helsevern (Husum et al., 2008). Spørreskjemaet består av 15 påstander/testledd som utgjør tre dimensjoner. Testleddene har fem svaralternativer på en 5-punkt Likert-skala, hvor 1 = svært uenig, 2 = uenig, 3 = nøytral, 4 = enig og 5 = svært enig.

SACS I. Tvang som krenkende og/eller skadelig.

Denne dimensjonen består av seks påstander som er kritisk til bruk av tvang, og fokuserer på et ønske om å redusere bruk av tvang.

SACS II. Tvang som omsorg og sikkerhet. Denne dimensjonen består av seks påstander som fokuserer på bruk av tvang av sikkerhetsmessige årsaker, og tvang som omsorg.

SACS III. Tvang som behandling. Denne dimensjonen består av tre påstander som ser på tvang som en behandlingsintervensjon. Disse påstandene beskriver tvang som nødvendig når pasienter mangler innsikt i sin egen sykdom eller er i en tilstand av regresjon. I tillegg inkluderes en mening om at mer tvang bør brukes.

Analyse

Data ble lagret og analysert i SPSS versjon 25. De ulike yrkesgruppene ble samlet i en variabel, og grup-

pen «annet/ubesvart» ble ekskludert fra analysene. For å undersøke hvorvidt SACS' tre dimensjoner var gjeldende for pasientgruppen og ansattgruppen i dette utvalget, ble det gjennomført separate faktoranalyser for hver av gruppene. Deretter ble det gjennomført uavhengige t-tester for å undersøke om det var forskjeller i dimensjonenes skårer hos ansatte og pasienter. Equal variance not assumed blir rapportert. Det ble beregnet effektstørrelse (Cohens d) for å undersøke styrken i holdningsforskjellene mellom gruppene.

Resultat

I faktoranalysen for ansattgruppen fremkom en tydelig tre-faktormodell, i tråd med tidligere bruk av SACS (Husum et al., 2011). For pasientgruppen var ikke tre-faktormodellen like tydelig som for ansattgruppen, da flere testledd korrelerte høyt med testledd i andre faktorer. Den mer uklare faktorstrukturen for pasientgruppen representerer en utfordring for videre sammenligning av pasienters og ansattes holdninger, da de tre dimensjonene kan ha ulik underliggende betydning for de to gruppene. Likevel forklarte de ulike faktorene en betydelig andel av variansen for pasientene, og testleddene korrelerte i stor nok grad til å bli inkludert i de tre faktorene. På bakgrunn av dette valgte vi å sammenligne pasienters og ansattes holdninger med bruk av SACS' tre-faktormodell (tabell 1).

Til tross for at tre-faktormodellen ikke var like tydelig for pasientgruppen som for ansattgruppen, var det statistisk signifikante forskjeller mellom pasienters og ansattes holdninger til tvang på alle tre dimensjoner. Pasienter rapporterte signifikant høyere enighet med holdningene i dimensjon I, som handler om tvang som krenkende og/eller skadelig, $t(495) = 7.96$, $p < .001$, sammenlignet med ansatte. Effektstørrelse for dimensjon I, tvang som krenkende og/eller skadelig, var $d = 0.52$, som overgår Cohens kriterier for en moderat effektstørrelse.

Ansatte rapporterte signifikant høyere enighet med holdningene i dimensjon II, som omhandler tvang som omsorg og sikkerhet, $t(444) = -5.91$, $p < .001$, sammenlignet med pasienter. For dimensjon II, tvang som omsorg og sikkerhet, var effektstørrelsen $d = 0.41$. Denne effekten vurderes som liten til moderat.

Pasienter viste en signifikant høyere gjennomsnittsskår på dimensjon III, som omhandler tvang som behandling, $t(502) = 2.86$, $p < .01$, sammenlignet med ansatte. Dimensjon III, tvang som behandling, hadde en effektstørrelse på $d = 0.19$, noe som karakteriseres som en lav effekt.

Tabell 1

Pasienters og ansattes gjennomsnittskår på de tre dimensjonene i SACS

	Pasienter (n = 332)		Ansatte (n = 988)		F-verdi	t-verdi	df	p
	M	SD	M	SD				
SACS I Tvang som krenkende og/eller skadelig	3.61	0.72	3.25	0.66	5.01	7.96	495	<.001
3. Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen	3.85	0.92	3.69	0.99	4.77	2.68	550	.008
4. Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern	2.94	1.12	2.13	0.99	4.34	11.32	464	<.001
8. Tvang gir pasientene nye krenkelser	3.66	0.94	3.58	0.87	4.02	1.30	483	.195
13. Det brukes for mye tvang i behandlingen	3.19	1.02	2.93	0.95	4.04	4.03	488	<.001
14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang	3.80	0.96	3.48	1.17	25.86	4.78	627	<.001
15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler	4.18	0.85	3.65	1.03	23.15	9.12	636	<.001
SACS II Tvang som omsorg og sikkerhet	3.88	0.75	4.15	0.57	20.40	-5.91	444	<.001
1. Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner	4.05	0.94	4.26	0.79	0.18	-3.54	466	<.001
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang	4.15	0.83	4.40	0.71	0.14	-4.65	463	<.001
5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse	3.74	1.01	4.25	0.79	29.10	-8.16	434	<.001
7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon	3.71	0.98	3.91	0.94	3.74	-3.12	497	.002
9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt	3.61	1.00	4.12	0.77	50.55	-8.17	425	<.001
11. Bruk av tvang er nødvendig overfor farlige og utagerende pasienter	3.99	0.96	3.98	0.91	0.12	0.19	507	.847
SACS III Tvang som behandling	2.79	0.82	2.64	0.77	1.60	2.86	502	.004
6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen	2.40	1.08	2.42	0.98	10.45	-0.33	483	.740
10. Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang	3.02	1.05	2.94	1.05	0.20	1.20	521	.230
12. Regressive pasienter trenger tvang	2.96	0.86	2.56	0.93	51.49	6.87	535	<.001

Merknad. Deskriptiv statistikk og resultat fra en uavhengig t-test. Pasienter og ansatte gav sine rapporteringer på en 5-punkts Likert-skala (1 = svært uenig, 5 = svært enig).

Diskusjon

Studien sammenlignet ansattes og pasienters rapporterte holdninger til bruk av tvang. I tråd med tidligere forskning antok vi at det ville være en forskjell i rapporterte holdninger til tvang mellom ansatte og pasienter (Norvoll & Husum, 2011; Olofsson & Norberg, 2001; Riley, 2016; Terkelsen & Larsen 2013). Resultatene antydte at det var ulike holdninger til tvang for de tre SACS-dimensjonene.

Som forventet ble det funnet en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskår for dimensjonen tvang som krenkende og/eller skadelig blant pasientgruppen sammenlignet med ansattes rapporteringer. Resultatet indikerer at pasienter anser tvang som mer skadelig og krenkende enn ansatte, noe som støttes av annen forskning, som antyder at ansatte undervurderer hvor krenkende det er å bli utsatt for tvang (Norvoll & Husum, 2011; Riley, 2016). Mielau et al. (2016) sammenlignet pasienters og den generelle befolkningens rapporterte holdninger til tvang,

og fant at pasienter rapporterer en langt mer negativ holdning til bruk av tvang. Det kan dermed tenkes at pasienter som blir utsatt for tvang, erverver en annen og mer negativ holdning til tvang sammenlignet med ansatte som utøver tvang og ikke kjenner til skadevirkningene. Ifølge en finsk studie ser det ut til at ansatte som er involvert i bruk av tvang over tid, vil utvikle en tilvenningseffekt i retning av å anse bruk av tvang som nødvendig (Lind et al., 2004).

Som antatt hadde ansatte en høyere gjennomsnittsskår for tvang som omsorg og sikkerhet sammenlignet med pasienter. Dette antyder at ansatte i større grad enn pasienter har en sterkere holdning til at tvang er nødvendig for å yte omsorg. Tidligere norske studier har ved bruk av SACS også funnet at det pragmatiske synet på tvang er det mest utbredte blant helsepersonell (Husum et al., 2011). Nyere forskning viser at hyppig utøvelse av tvang fører til mindre kritisk refleksjon vedrørende tvangsbruk (Elmer

et al., 2018). Empati og varhet for pasientens perspektiv kan svekkes ved gjentatt bruk av tvang (Pedersen et al., 2017). Det kan dermed tenkes at ansatte som utøver tvang, utarbeider rutiner som underbygger holdningen om tvang som omsorg og sikkerhet uten å vurdere tvangsbruk som krenkende og/eller skadelig. Ifølge Vuckovich og Artinian (2005) tar helsepersonell i bruk en rettferdiggjøringsprosess for å forsones seg med tvangsbruk. Flere kvalitative studier (Olofsson et al., 1995; Olofsson et al., 1998) har identifisert at det for helsepersonell oppstår en konflikt mellom det å gjøre godt og det å ivareta pasientens autonomi. Det kan tenkes at helsepersonell får et behov for å berettig sine handlinger og å gjenopprette faglig og etisk koherens ved å ha en holdning om at tvang er omsorg og viktig for sikkerhet, og i mindre grad er krenkende og skadelig.

Fagfeltet som omhandler holdninger, holdningsdannelse og sammenheng mellom holdninger og atferd, er mer enn 60 år gammelt, og resultatene er sammensatte og kompliserte. Blant annet antyder forskningen at gruppeidentitet og gruppepsykologiske prosesser ser ut til å spille en rolle i hvordan individer erverver sine holdninger. Det kan derfor tenkes at ansatte innen psykisk helsevern utvikler sine holdninger til bruk av tvang i samspill med personalgruppen de tilhører, eller gjennom utdanningen. I personalgrupper og utdanninger med høy bevissthet omkring bruk av tvang og etiske utfordringer kan ansatte utvikle mer restriktive holdninger til bruk av tvang enn i grupper hvor etiske utfordringer ved bruk av tvang i mindre grad problematiseres (Haidt, 2001). Ulikt perspektiv kan også gi ulike holdninger. Duxbury og Whittington (2005) fant blant annet at personale og pasienter legger vekt på henholdsvis indre eller situasjonelle faktorer i forståelse av aggressive konflikter. Forskjell i holdninger til tvang mellom ulike profesjoner og hvordan helsepersonell utvikler sine holdninger, er et forskningstema som bør undersøkes nærmere. Personer som bruker tjenestene, kan ha andre kilder til holdningsdannelse, noe som kan bidra til å forklare forskjellene i holdninger (Crano & Gardikiotis, 2015). Både pasienter og ansatte rapporterte lav grad av enighet til holdningen om at tvang er å anse som behandlingstiltak. Dette indikerer at verken ansatte eller pasienter anser tvang som en behandlingsintervensjon.

Metodiske begrensninger og styrker

Det er en begrensning ved studien at dataene er samlet inn via en anonym online-spørreundersøkelse, og at vi i samråd med REK samlet inn få demografiske opplysninger om informantene. Vi har derfor lite opp-

lysninger om informantene. Anonymiteten til informantene kan også ha vært en styrke ved studien fordi informantene kan ha kjent seg trygge nok til å svare åpenhertig, uten frykt for å bli gjenkjent. Videre ble spørreskjemaet til pasienter sendt ut til medlemmer i organisasjonen Mental Helse, og ikke alle medlemmene er brukere av tjenestene. Også pårørende og ansatte er medlemmer i organisasjonen. Det er derfor usikkert hvor mange av medlemmene i Mental Helse som har egen-erfaring med bruk av tvang. Utvalget fra Mental Helse sine medlemmer er også mindre enn utvalget fra de ansattes organisasjoner, men vi har vurdert at utvalget allikevel er stort nok ($n = 332$) til at det var meningsfullt å gjøre de statistiske analysene.

SACS er ikke et validert verktøy for pasienter og har etter vår kunnskap aldri blitt brukt med pasienter som respondenter. Trefaktormodellen var ikke like tydelig for pasienter som for ansatte. Dette kan være en utfordring for videre sammenligning av pasienters og ansattes holdninger, da de ulike dimensjonene kan ha ulik underliggende betydning for de to gruppene. Likevel kom mønsteret i holdninger hos pasienter såpass klart frem at det anses som meningsfullt å beholde tre-faktormodellen hos pasienter.

Konklusjon

Pasienter og ansatte rapporterer ulike holdninger til tvangsbruk, hvor helsepersonell i større grad enn pasienter anser tvang som omsorg. Pasienter rapporterer at bruk av tvang oppleves som krenkende og skadelig i større grad enn ansatte. En slik uoverensstemmelse mellom helsepersonells og pasienters rapporterte holdninger til tvang kan gi grobunn for en dårlig pasient-behandler-relasjon. Å ta pasientens meninger i betraktning og å utøve delt beslutningstaking har en positiv effekt på pasientens opplevde autonomi og den terapeutiske relasjonen (Valenti et al., 2014).

Våre funn kan ha implikasjoner for ansattes forståelse av pasientenes opplevelse av tvang. Tap av autonomi og tvang påvirker pasientenes opplevelse av behandlingen, kompliserer kliniske relasjoner og kan ha negativ effekt på behandlingsutfallet (Lorem et al., 2015). Selv om lovverket i Norge har endret seg i tråd med økt fokus på respekt for autonomi hos pasienter innen psykisk helsevern, kan praksis blant helsepersonell henge etter. Holdningsforskjellene som er blitt avdekket i denne studien, bør føre til at en legger til rette for mer tilpasset bruker-medvirkning i helsetjenestene. Dersom ansatte har en bedre forståelse av pasienters møte med tvang, kan det styrke relasjonen og øke pasientenes tiltro til helsevesenet. ✕

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet (2013). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. USA: Oxford University Press.
- Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G. & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 341–345. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0558-3>
- Bjerkan, A. M., Pedersen, P. B. & Lilleeng, S. (2009). *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003 og 2007*. https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Rapport_A11409_Brukerundersokelse_blant_doegnpasienter.pdf
- Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern* (rapport IS-2812). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>
- Carpenter, M. D., Hannon, V. R., McCleery, G. & Wanderling, J. A. (1988). Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. *Psychiatric Services*, 39(4), 418–423. <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.418>
- Crano, W. D. & Gardikiotis, A. (2015). Attitude Formation and Change. I J. D. Wright (red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. utg., s. 169–174). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24004-X>
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 469–478. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition*, 25(5), 582–602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>
- Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S. & Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry research*, 262, 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. *Journal of Business Venturing*, 5, 177–189.
- Gowda, G. S., Lepping, P., Ray, S., Noorthoorn, E., Nanjagowda, R. B., Kumar, C. N. & Math, S. B. (2019). Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment – A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 151–155. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_336_18
- Haidt J. (2001). The emotional dog and its rational tail: a social intuitionist approach to moral judgment. *Psychology Review*, 108(4), 814. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814>
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22(4), 564–585. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. NOU 2011: 9.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110.
- Holmboe, O., Skudal, K. E., Haugum, M. & Iversen, H. H. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017 (rapport 396). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/rus/helse-sor-ost-rhf/helse-sor-ost-private/bla-kors/396-bla-kors-slemdal.pdf>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(9), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>
- Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International journal of law and psychiatry*, 31(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2018). En studie av ansatte i psykisk helseverns syn på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(02–03), 98–111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>
- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Etiske dilemmaer ved bruk av tvang. I P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykisk helsetjenester* (1. utg., s. 190–207). Oslo: Gyldendal.
- Kalseth, B., Bremnes, R. & Mjøs, M. (2019). *Kontroll av tvangsbruk 2017* (rapport IS-2803). HelseDirektoratet. https://redhelseDirektoratet.hn.nhn.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2019%20Analysenotater%20og%20rapporter%20SAMDATA%20spesialisthelse/TVANG/Kontroll%20av%20tvangsbruk%202017%20IS-2803.pdf
- Kjellin, L., Östman, O. & Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden – Development 1979–2002 and area variation. *International journal of law and psychiatry*, 31(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.008>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>

- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Valimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11(4), 379–385. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x>
- Loem, G. F., Hem, M. H. & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 231–240. <https://doi.org/10.1111/inm.12106>
- Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Bempohl, F., Lehmann, A. & Montag, C. (2016). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(4), 337–347. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. G. (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet “Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (BAT) (SINTEF A4572). Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykiskhelse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag. Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang* (AFI-notat 9/2011). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://doi.org/10.7577/afi/notat/2011:9>
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L. & O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(6), 631–638. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7>
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 45–53. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x>
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357–366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing*, 33(1), 89–97. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>
- Olofsson, B., Norberg, A. & Jacobsson, L. (1995). Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(5), 325–330. <https://doi.org/10.3109/08039489509011924>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
- Pedersen, R., Norvoll, R. & Bjørgen, D. (2017). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (1. utg., s. 87–116). Oslo: Gyldendal.
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Raveesh, B. N., Pathare, S., Noorthoorn, E. O., Lepping, P. & Bunders-Aelen, J. G. F. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 221–229. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196847>
- Ridley, J. & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the mental health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health and social care in the community*, 21(5), 509–518. <https://doi.org/10.1111/hsc.12041>
- Riley, H. (2016). *When coercion moves into your home. A study of outpatient commitment in Northern Norway* [Doktorgradsavhandling]. UiT Norges arktiske universitet.
- Stangor, C. (2011). Principles of social psychology – 1st International Edition by Dr. Rajiv Jhangiani and Dr. Hammond Tarry are licensed under a CC BY 4.0 license.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1317–1338. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01679.x>
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2013). The locked psychiatric ward: hotel or detention camp for people with dual diagnosis. *Journal of Mental Health*, 22(5), 412–419. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.799266>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(9–10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of medical ethics*, 40(12), 832–836. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: a qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Vuckovich, P. K. & Artinian, B. M. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370–380. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne8020a>
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247–251. <https://doi.org/10.1080/13651500600650026>
- Aasland, O. G., Husum, T. L., 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. *International Journal of Law Psychiatry*, 57, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>

Sivilombudets besøk til steder for frihetsberøvelse

Psykologer kan bidra til å forebygge brudd på menneskerettighetene for pasienter som er fratatt friheten

TEKST Johannes Flisnes Nilsen og Jannicke Godø

KONTAKT
jfn@sivilombudet.no

Sivilombudet er Stortingets kontrollorgan og skal føre kontroll med offentlig forvaltning for å hindre at den enkelte utsettes for urett (før juli 2021: Sivilombudsmannen). Siden 2014 har Sivilombudet hatt som en særlig oppgave å gjennomføre besøk til steder der mennesker er fratatt friheten. Oppgaven ble gitt Sivilombudet etter at Norge sluttet seg til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon. Sivilombudet etablerte en egen forebyggingsenhet til å utføre oppgaven. Forebyggingsenheten er tverrfaglig sammensatt og består blant annet av personer med juridisk, samfunnsvitenskapelig og helsefaglig kompetanse.

Vi besøker regelmessig steder der mennesker er fratatt friheten. Ved utgangen av 2021 har vi besøkt 86 ulike steder, som fengsler, politiarrester, barnevernsinstitusjoner og avdelinger i det psykiske helsevernet. På Sivilombudets hjemmeside kan rapporter fra alle besøk leses (se <https://www.sivilombudet.no/besoksrapporter/>). Det siste året har vi også besøkt kommunale sykehjem og bofellesskap der mennesker med utviklingshemninger mottar

helse- og omsorgstjenester. På bakgrunn av besøkene offentliggjør Sivilombudet rapporter med anbefalinger for å bidra til at stedene kan forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Mennesker som fratras friheten, er spesielt utsatt for tortur og annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Slike krenkelser anses som så alvorlige at de aldri kan forsvares, uavhengig av begrunnelsen. Forbudet handler om alvorlige krenkelser av personers fysiske eller psykiske integritet. Krenkelsene anses som *tortur* hvis de er utført bevisst med et formål om å straffe, true, tvinge eller diskriminere. Forbudet mot *umenneskelig eller nedverdiggende behandling* kan også handle om uaktsomme handlinger og krenkelser som skyldes systemsvikt. Krenkelser vil for eksempel kunne skje ved uforholdsmessig tvangsbruk.

I Norge har vi få kjente eksempler på at forbudet mot *tortur* er brutt. På 90-tallet, før politiet la om sine avhørsteknikker, ble Norge kritisert etter informasjon om at en bevisst brukte

isolasjon for å presse varetektsinnsatte til å tilstå (Europarådets torturforebyggingskomité, 1994 og 2000).

Derimot er det i en del tilfeller slått fast at forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling er krenket overfor mennesker som er fratatt friheten, som ved langvarig bruk av belteseng under uverdige forhold og bruk av rutinemessige nakenvistasjoner (se dommer i Gulathing lagmannsrett, LB-LG-2019-161767, og Høyesterett, HR-2020-2136-A, se også Dahl, 2020)

Det har også vært konstatert brudd etter internering av en barnefamilie på Politiets utlendingsinternat på Trandum (Borgarting lagmannsrett LB-2016-8370). Et offentlig utvalg har uttalt at det neppe er tvil om at bruken av belter i det psykiske helsevernet krenker forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i «et ikke ubetydelig omfang» (NOU 2019: 14).

Funn fra Sivilombudets besøk tyder på at sakene hvor domstolene har konstatert brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, ikke er enestående. På grunn av sakskostnader og andre begrensninger i muligheten til å fremme søksmål havner svært få slike saker i domstolene. Dette gjelder blant annet bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern (Bårdsen, 2016). Ofte er det derfor opp til kontroll- og tilsynsorganer å avdekke og følge opp situasjoner som kan være i strid med menneskerettighetene og annen lovgivning.

De ansatte som jobber med mennesker som er fratatt friheten, er likevel de aller viktigste når det gjelder å hindre krenkelser. Psykologer har ofte betydelig innflytelse over oppfølgingen av personer som trenger hjelp i slike settinger. De kan ha fagansvar for oppfølging av pasienten, eller være del av et behandlerteam. Enkelte har også lederstillinger ved institusjoner eller andre stillinger knyttet til pasientoppfølging. I det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning jobber det vanligvis ikke psykologer. Spesialisthelsetjenesten, deriblant psykologer, skal likevel kvalitetssikre at tvangen disse personene utsettes for i egne hjem, er faglig forsvarlig. Dette gjelder i tilfeller der det utøves tvang etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Der pasienter er fratatt friheten og dermed underlagt tvang, er det avgjørende at psykologer er bevisste på den makten de, og systemet de er en del av, har over pasientene. Tvang kan være nødvendig for å verne om liv og helse, men overdreven tvangsbruk kan bryte menneskerettighetene, selv om formålet er behandling.

Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt mellom ledelse og ansatte og personene som er plassert der. Ubalansen i maktforholdet skaper en sårbarhet for integritetskrenkelser og brudd på grunnleggende rettigheter. Ansatte som jobber på lukkede steder, står ofte i vanskelige situasjoner, for eksempel med personer som gjentatte ganger utagerer. Det vil være en risiko for at det utvikler seg holdninger og praksis der overdreven maktbruk aksepteres – enten hos enkelte ansatte eller i deler av eller hele organisasjonen (Stevens, 2014). Noen ganger har vi sett at det er svikt i systemene for å ivareta de ansatte og lære av hendelser som oppstår. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten, arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet. Retten til human behandling for alle som fratatt friheten er stadfestet i FNs torturkonvensjon artikkel 10.

Nedenfor vil vi beskrive noen risikosituasjoner som psykologer som arbeider med frihetsberøvede pasienter, vil kunne bli stilt overfor.



Der mennesker er fratatt friheten, vil makt alltid være skjevt fordelt mellom ledelse og ansatte og personene som er plassert der





Langvarige skjermingsforløp er et særlig risikoområde

PSYKISK HELSEVERN

Siden etableringen har Sivilombudets forebyggingsenhet besøkt 16 sykehus der pasienter er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Et gjennomgående funn er at mange sykehus har en bekymringsfull bruk av skjerming. Sivilombudet har oppsummert sine funn og anbefalinger om skjerming i en temarapport fra 2018 (Sivilombudsmannen, 2018).

Skjerming betyr at pasienter er helt eller delvis avskåret fra resten av pasientene og kun har kontakt med helsepersonell. Tiltaket brukes både som et kontrolltiltak for å beskytte pasienten eller andre mot utagering og som et behandlingstiltak, der tanken er at reduserte sanseintrykk skal gi pasienten ro.

Våre funn viser at skjerming er utbredt i det psykiske helsevernet, både på voksenposter og på noen ungdomsposter. Skjermingslokalene har ofte et nakent preg som gir uverdige forhold for pasientene. Pasientrommene mangler ofte møbler, bortsett fra en seng og noen ganger et bord og en stol som er tunge å flytte eller boltet fast i gulvet. Det mangler som regel hjemlig innredning, og veggene er hvite og sterile. Mange vinduer er dekket med frosting, slik at pasientene ikke kan se ut.

Vi får ofte høre at skjermingslokaler er slik av sikkerhetshensyn. Men mange pasienter utgjør ingen sikkerhetsrisiko. Derimot kan nakne lokaler skape opplevelser av utrygghet. Enkelte hevder at rommene må utformes slik fordi en bør begrense pasientenes sanseintrykk. Kunnskapsgrunnlaget for skjerming som behandling er imidlertid svakt, og vi mener det mangler oppmerksomhet om negative følger av manglende sanseintrykk.

Funnene viste at skjerming ofte gjennomføres på en isolasjonsliknende måte. Mange pasienter tilbrakte store deler av døgnet alene, uten særlig kontakt med personalet. I tillegg var skjermingen ofte preget av strenge atferdsregler, for eksempel om når og hvor pasienter fikk ha samtaler med personalet. Bortsett fra strenge regler hadde skjerming ofte et uklart behandlingsinnhold. Mange skjermede pasienter fikk heller ikke tilbud om daglige turer utendørs eller tilrettelagt aktivitet inne.

Videre fant vi at tvangsmidler ofte benyttes under skjerming. Isolator og beltesenger var ofte plassert i skjermingslokalene. At slike tvangsmidler er lett tilgjengelige, kan senke terskelen for å bruke dem. Lett synlige tvangsmidler kan også skape økt uro hos pasientene, i strid med skjermingsintensjon. Fastholding ble hyppig brukt for å iverksette eller opprettholde skjerming. Av mange sykehus ble dette vurdert som en «del av skjermingsvedtaket», selv i tilfeller der pasienter ble båret til skjermingsenheten. Å fysisk tvinge en pasient på denne måten er svært inngripende, og er kun tillatt i akutte situasjoner der vilkårene for tvangsmidler, som er strengere enn for skjerming, er oppfylt. Inngripende tvangsbruk i forbindelse med skjermingen bidro i mange tilfeller til at pasientene opplevde skjermingen som en form for straff.

Vi fant også at det ofte mangler en god begrunnelse for hvorfor pasientens atferd gjorde skjerming nødvendig, særlig ved forlengelse av vedtak. Kravet til begrunnelse blir strengere jo mer inngripende tiltaket er. Sivilombudet har særlig uttrykt bekymring over at skjerming ofte pågår i svært lang tid. Noen skjermes i flere måneder, og i enkelte tilfeller enda lenger. Langvarig skjerming gir en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Psykologer med spesialistkompetanse kan ha faglig ansvar for vedtak om skjerming. Den faglig ansvarlige skal vurdere og dokumentere at vilkårene for skjerming er oppfylt, og for å se til at tiltaket gjennomføres

så skånsomt som mulig (psykisk helsevernloven §§ 4–3 jf. 4–2 første ledd). Psykologer som er en del av behandlingsteamet, har også et viktig medansvar for å sikre at skjermingen er i tråd med loven.

Ved vurdering av å bruke skjerming bør psykologer være særlig oppmerksomme på det svake kunnskapsgrunnlaget og på hvordan skjermingsenhetene bør utformes for å unngå å krenke pasientene.

Den faglig ansvarlige har ansvar for at skjerming ikke gjennomføres på en isolasjonsliknende måte, og at pasientene tilbys meningsfull sosial kontakt. Sivilombudet har anbefalt at den faglig ansvarlige alltid bør utforme en behandlingsplan, og at det så langt som mulig gjøres i samråd med pasienten (Sivilombudsmannen, 2018). En behandlingsplan bør inneholde et terapeutisk tilbud, tilpasset aktivitet og daglig opphold utendørs samt en plan for å avslutte skjermingstiltaket. Den faglig ansvarlige skal også sikre at ytterligere restriksjoner og tvang under skjermingen kun skjer der det er strengt nødvendig.

Langvarige skjerdingsforløp er et særlig risikoområde. Skjerming må fortløpende evalueres av den faglig ansvarlige, som bør innhente råd fra annet kvalifisert helsepersonell. Pasienten skal også få uttale seg og bli hørt der det er mulig, og tiltaket skal evalueres i etterkant sammen med pasienter som ønsker det. Vedtak som forlenges gjentatte ganger uten endring i den situasjonen som førte til skjermingen, bør få varselampene til å blinke. Dersom en ikke kan avslutte skjermingstiltaket, bør en annen faglig ansvarlig involveres, og en bør vurdere å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå (Sivilombudsmannen, 2018).

Helseforetaket og den enkelte sykehusavdeling har et overordnet ansvar for å iverksette tiltak i samråd med pasienter for å forebygge bruk av skjerming, inkludert å utarbeide gode alternativer til skjerming. Hos noen av sykehusene har vi sett praksiser som fremstår som gode alternativer til skjerming. Noen få sykehus gjør for eksempel aktivt bruk av uteområder til rekreasjon, der pasienter med store plager eller lavt funksjonsnivå tilbys turer eller andre fritidsaktiviteter i stedet for skjerming.

Psykologer kan også være fagansvarlige for bruk av tvangsmidler. Tvangsmidler skal bare brukes som en siste utvei og når tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten

eller andre. De ansvarlige for vedtak må dokumentere at tvangsmidlene var helt nødvendige, at mindre inngripende tiltak ikke kunne avverget skaderisikoen, og at tiltaket ikke varte lenger enn strengt nødvendig.

Sivilombudet har gjort bekymringsfulle funn om bruk av belteseng. Våre funn tyder på at lokal ledelse og kultur påvirker omfanget av denne tvangsbruken. Vi ser også at det ikke alltid er dokumentert at det foreligger en akutt situasjon, slik som loven krever. For eksempel har vi funnet forhåndsbeslutning om at en pasient skulle være beltelagt til over helgen. En særlig bekymring er pasienter som har vært beltelagt over lange tidsrom. Ved de fleste voksenpsykiatriske avdelingene vi har besøkt, har vi sett at pasienter har vært beltelagt mer eller mindre sammenhengende i flere døgn. En særlig utfordring er at beltelegginger kan bidra til «å fryse» en konflikt, og at det oppleves som utrygt for personalet å skulle løse vedkommende ut av beltene igjen, selv om pasienten har roet seg ned. I mange saker med langvarig beltelegging var det ikke dokumentert konkrete forsøk på å avslutte tiltaket. Danmark ble nylig dømt for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i en sak om beltelegging i nesten 23 timer. Myndighetene ble dømt fordi de ikke kunne dokumentere at det var strengt nødvendig at belteleggingen fikk pågå i så lang tid (Den europeiske menneskerettighetsdomstol, *Aggerholm mot Danmark*, 15. september 2020, klagenr. 45439/18). Psykologer med fagansvar har en viktig rolle når det gjelder å hindre at en iverksetter eller opprettholder beltelegginger uten at situasjonen er akutt, og å se til at pasientens helse og verdighet blir ivaretatt mens belteleggingen pågår.

FENGSEL

Under forebyggingsmandatet har Sivilombudet siden 2014 gjennomført 20 besøk til 19 ulike høysikkerhetsfengsler. Et gjennomgående funn er omfattende isolasjon av innsatte. Isonasjon har et stort skadepotensial for personen som isoleres, og kan utgjøre et brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling.

I 2019 overleverte ombudet en særskilt melding til Stortinget om isolasjon i norske fengsler. I meldingen beskrives det blant annet at innsatte med psykisk sykdom får helseskader av soningsforholdene og særlig ved bruk av isolasjon, enten isolasjonen er selvvalgt eller pålagt av fengselet (Sivilombudsmannen, 2019b). Enkelte isolerte innsatte vi har møtt, har åpenbart alvorlige psykiske helseutfordringer. Flere av disse har vært isolert over veldig lange perioder, i noen tilfeller flere måneder og til og med år. Noen ganger ser vi at en gradvis oppskalering av sikkerhetstiltak som respons på uønsket atferd fungerer svært dårlig overfor den innsatte. Konsekvensen blir et svært strengt sikkerhetsnivå som vanskeliggjør meningsfull kontakt og øker isolasjonen ytterligere.

Både Forebyggingsenheten og Europarådets torturforebyggingskomité har funnet tilfeller der personer fremstilles for innleggelse i psykisk helsevern, men blir sendt tilbake til fengselet etter svært kort tid (Europarådets torturforebyggingskomité, 2019). Noen ganger gjentar overføringene seg flere ganger. Etter korte opphold i psykisk helsevern kommer disse menneskene ofte tilbake til isolasjon i fengslene, uten behandlingstilbud. I fengsel fortsetter et soningsregime som innebærer mye isolasjon, og dermed øker faren for negativ utvikling og for at sykdomstilstanden blir langvarig.

Det er viktig at behandlere og inntaksansvarlige i psykisk helsevern er bevisst på slike forhold når de møter og vurderer innsatte i fengsel. »

Oftest har ansatte ved det mottakende sykehuset ikke vært i fengselet og kjenner ikke til forholdene der. Vi mener psykologer som møter innsatte innlagt på sykehus, bør være klar over rammene for et fengselsopphold generelt, og hvilke skadevirkninger som kan oppstå av langvarig isolasjon spesielt. I den særskilte meldingen konkluderte vi med at det er risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling som følge av isolasjon i norske fengsler, blant annet på bakgrunn av disse funnene.

BARNEVERN

Forebyggingsenheten har siden 2016 gjennomført 20 besøk til barnevernsinstitusjoner, både korttids-/akutt- og langtids-/behandlingsinstitusjoner. Mange av disse har hatt psykologer tilknyttet institusjonen, enten som behandlere eller som veiledere.

Flere av stedene vi har besøkt, er behandlingsinstitusjoner der barn kan plasseres uten eget samtykke. Dette kan gjøres dersom «barnet har vist alvorlige adferdsvansker» (barnevernloven § 4–24). Disse institusjonene skal tilby behandling som kan hjelpe barn og unge med deres utfordringer. Et vedtak om tvangsplassering på en barnevernsinstitusjon kan fattes for opptil ett år, med mulighet for forlengelse i ytterligere ett år. Tvangsvedtak med så lang varighet er et stort inngrep i ungdommens liv. God kvalitetssikring av behandlingstilbudet er derfor av stor betydning. Flere har tatt til orde for at kvalitetssikringen ikke er god nok (Aase et al., 2020).

Andre faktorer som bidrar til å øke graden av inngrep, er at ungdommen kan flyttes svært langt geografisk, noen ganger til en helt annen landsdel enn der de har familie og nettverk. Ungdommen kan i tillegg være underlagt andre tvangsvedtak. Det gjelder begrensning av tilgang til kommunikasjonsmidler eller begrenset bevegelsesfrihet som fotfølging, begrensninger i å forlate institusjonen eller i bevegelsesmulighetene inne i institusjonen. Selv om slike enkelttiltak kan være godt begrunnet, kan den helhetlige situasjonen til ungdommen bli svært vanskelig, og ikke nødvendigvis utvikle seg i riktig retning (Sivilombudsmannen, 2019c). Våre funn tyder også på at ungdom kan bli satt i et behandlingsopplegg som inneholder mer tvang enn det lovverket tillater (Sivilombudsmannen, 2019a og 2020).

Det er viktig at psykologer er bevisst på at også tiltak som defineres som behandling, må være innenfor lovens grenser. Vi har sett at behandlingsopplegget rundt ungdommer noen ganger er lovstridige. For eksempel kan dette under visse omstendigheter gjelde det som kalles motivasjonsturer, der en ungdom mot sin vilje sendes på tur med et lite antall voksne. I tillegg kan behandlingen ha elementer i seg som kan være krenkende og øke faren for utagering. Dette gjelder blant annet tiltak som er uforutsigbare for ungdommen, eller som oppleves som straff. Her kan normalpsykologiske perspektiver som viktigheten av autonomi og forutsigbarhet være essensielt, men også kunnskap om traumer og traumesensitivitet.

Vi har ofte sett at barnets medvirkning i egen hverdag eller behandlingsopplegg kan være begrenset. Alle barn har rett til fritt å gi uttrykk for meninger om forhold som berører dem, og deres meninger skal tillegges vekt i takt med barnas alder og modenhet (Grunnloven § 104 første ledd, FNs barnekonvensjon artikkel 12). Det er helt nødvendig å lytte til barn for å kunne vurdere hva som er til barnets beste (FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1.).

Uavhengig av rolle er psykologen ofte en viktig premissleverandør for hvordan behandlingen av ungdom skal være. Psykologer har en mulighet til å peke på forhold ved behandlingen som kan være integritetskrenkende og uforholdsmessig inngripende, eller som utfordrer lovverket.

Noen ganger har vi også sett at ungdom ikke får tett nok oppfølging av spesialisthelsetjenesten når de er plassert på en behandlingsinstitusjon i barnevernet. At en ungdom er plassert på en institusjon og dermed får hjelp til å håndtere de akutte atferdsuttrykkene, må ikke bli en sovepute for spesialisthelsetjenesten. Flere institusjonsansatte har formidlet fortvilelse over at de opplever å ikke ha den kompetansen de trenger, for eksempel for å håndtere selvskading. Resultatet kan bli mer tvangsbruk på barnevernsinstitusjonen. Når spesialisthelsetjenesten ikke følger tett nok opp, kan man i verste fall se høy tvangsbruk i barnevernet der en heller skulle ha forsøkt frivillig psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at løsningen er en overføring til psykisk helsevern, som kan innebære nok en forflytning for en ungdom som kanskje har flyttet mange ganger. Barn som er

plassert på en barnevernsinstitusjon, har de samme rettighetene til hjelp som andre barn, og spesialisthelsetjenesten må tilpasse behandlingen slik at den også når fram til de som bor på institusjon.

AVSLUTNING

Våre eksempler viser hvordan mennesker som er fratatt friheten, er særlig sårbare for integritetskrenkelser og brudd på sine grunnleggende rettigheter. Dette gjelder også når tiltak er ment å være behandling. Enkelte ganger er det psykologer som avgjør at noen skal utsettes for tvang, andre ganger kan de ha en veiledende rolle eller på andre måter kunne påvirke situasjonen til personer som er underlagt tvang. Det er avgjørende at offentlige myndighetsutøvere, inkludert psykologer, er bevisst sin makt og sine muligheter til å forebygge krenkelser mot mennesker i en særlig sårbar situasjon.

REFERANSER

- Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M. A., Hagen, K. A., Gustavson, K. & Utgarden, I. H. (2020). *Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering* (Rapport 2020, s. 47). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Dahl, T. (2020, 8.mai). Staten erkjenner brudd på EMK artikkel 3 overfor tidligere innsatt. <https://www.advokatbladet.no/advokatforeningen-isolasjon-isolasjonsgruppen/staten-erkjenner-brudd-pa-emk-artikkel-3-overfor-tidligere-innsatt/150907>.
- Bårdsen, A. (2016). Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet. *Kritisk juss*, 42(3), s. 238–262. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-4546-2016-03-04>
- Europarådets torturforebyggingskomité (1994). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 1993, CPT/Inf (94) 11.
- Europarådets torturforebyggingskomité (2000). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 1999, CPT/Inf (2000) 15.
- Europarådets torturforebyggingskomité (2019). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway in 2018, CPT/Inf (2019) 1.
- NOU 2019: 14 (2019). *Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten* (s. 479). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sivilombudsmannen (2018). *Skjerming i psykisk helsevern – Risiko for umenneskelig behandling*. Temarapport 2018. https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf
- Sivilombudsmannen (2019a). Melding for året 2018 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse. Dokument 4:1 (2018–2019) s. 24: *Rutinemessig tvang på barnevernsinstitusjoner*.
- Sivilombudsmannen (2019b). *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler*. Dokument 4:3 (2018/19).
- Sivilombudsmannen (2019c), rapport etter Sivilombudsmannens besøk til Stendi AS, Nymogården barnevernsinstitusjon, 12.–14. november 2018.
- Sivilombudsmannen (2020). Melding for året 2019 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse. Dokument 4:1 (2019–2020) s. 32–38, *Når ungdom bor alene med voksne på barnevernsinstitusjon*.
- Stevens, J. Changing Cultures in Closed Environments: What Works? Artikkel publisert for Association for Prevention of Torture (APT), 2014. <https://www.aptc.org/en/resources/publications/changing-cultures-closed-environments-what-works-2014>



Det er viktig at psykologer er bevisst på at også tiltak som defineres som behandling, må være innenfor lovens grenser

RAPPORT

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 S. 460-467

MIKAEL JULIUS SØMHOVD¹ og TONJE LOSSIUS HUSUM²

¹Norsk Psykologforening, ²Fakultet for helsevitenskap, OsloMet og Senter for medisinsk etikk, UiO

KONTAKT mikael.julius@gmail.com

Psykologer synes det er etisk utfordrende å jobbe med tvang:

- medlemsundersøkelse fra 2021

SAMMENDRAG

Psykologforeningen sendte høsten 2021 ut en nettbasert spørreundersøkelse til norske psykologer primært rettet mot dem som hadde erfaring med bruk av tvang i sin jobb, i forbindelse med at det er 20 år siden psykologer fikk mulighet til å fatte vedtak om bruk av tvang innen psykisk helsevern. Spørreskjemaet besto av *Staff Attitude to Coercion Scale* og en del ikke-standardiserte spørsmål om hvordan de så på tvangsbruk, og hvilken innflytelse dette hadde på deres arbeid og ønske om å jobbe med tvang. Siden alle kunne svare, skilte spørreskjemaet mellom dem som selv hadde hatt eller på spørretidspunktet hadde vedtakskompetanse for tvang, og dem som ikke hadde det. Undersøkelsen fikk totalt 865 fullførte besvarelser, hvorav 271 var fra psykologer som hadde eller hadde hatt vedtakskompetanse. Undersøkelsen viste først og fremst at psykologene gjennomgående opplever det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk, og majoriteten svarer at dette gjør at de enten ikke ønsker å jobbe med bruk av tvang eller ikke ønsker å fortsette. Dessuten var det en forskjell i holdningene til ulike typer tvang, der de mer «direkte» formene – sånn som beltelegging, fastholding og overtalelse til medisinbruk – var de som ble regnet som mest problematiske, mens mer indirekte tvangsbruk som tvungent psykisk helsevern m.m. ble ansett som mindre etisk problematisk. De med vedtakskompetanse syntes jevnt over at arbeid med tvang var mindre etisk utfordrende – og det gjaldt de fleste formene for tvang – sammenlignet med dem som ikke har eller har hatt vedtakskompetanse. I åpne svar var det dessuten en del som syntes det var problematisk å velge mellom en tydelig «enten-eller»-dikotomi: om de syntes det var etisk problematisk eller viktig for behandlingsresultatet.

Psykologene i denne undersøkelsen opplevde gjennomgående det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk. Majoriteten svarer at de enten ikke ønsker å jobbe med bruk av tvang, eller at de ikke ønsker å fortsette fordi det oppleves som etisk utfordrende.

Bruken av tvang i psykisk helsevern er kontroversielt (Gooding et al., 2020; Steinert et al., 2004; Wynn, 2006; Zinkler & von Peter, 2019), og temaet aktualiseres med jevne mellomrom når mennesker med psykiske lidelser har vært involvert i hendelser som involverer ulike former for vold. Inntil 2001 var det kun leger som kunne fatte vedtak om bruk av tvang innen helsetjenesten i Norge, men ved innføring av psykisk helsevernloven i 2001 fikk også psykologspesialister mulighet til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift kan være faglig ansvarlig for å fatte vedtak om bruk av tvang i tråd med psykisk helsevernloven.

Dette er nå 20 år siden. Denne undersøkelsen blant Psykologforeningens medlemmer har hatt som formål å undersøke psykologers holdninger eller erfaringer med å jobbe med tvang.

I samfunnet ellers er det kun politimakt som kan legitimere inngripen i enkeltindividers frihet i samme grad. Utenom situasjoner der tjenestepersoner må beslutte ad hoc-bruk av makt ved fare eller mistanke om at kriminalitet foreligger, må slik inngripen være juridisk vurdert i forbindelse med eller som et resultat av en rettslig prosess.

Tvangsbruk i helsesammenheng er derfor også et unikt fenomen. Sett bort fra tilfellene der tvungent psykisk helsevern følger av dom som er et resultat av en rettslig prosess, kan inngripende begrensninger i individers frihet vedtas og iverksettes lokalt av vedtakskompetent helsepersonell. Tvangsbruk i helsetjenesten kan bestå av tvungen innleggelse, tilbakeholdelse og frihetsberøvelse, eller ved bruk av ulike former for tvangsmidler og tvangsmedisinering under en innleggelse. I tillegg kan det fattes vedtak om tvangsmedisinering som kan opprettholdes også utover et døgnopphold.

Grovt kan man si at hjemmel for formell tvangsbruk legitimeres i to hovedkriterier: behandlingsbehov eller at pasienten utgjør fare for seg selv eller andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I tillegg er det viktig å si at det er gråsoner mellom formalisert tvangsbruk ved vedtak og ulike former for overtalelse, press, regler eller behandlingslignende tiltak som brukes både i og utenfor kontekster der tvangsbruk er en formell komponent. Videre kan bakgrunnen for tvangsbruk brytes ned til strukturelle karakteristika (egenskaper ved systemet i helsetjenesten), egenskaper ved ansattgruppen, pasientrelaterte faktorer, egenskaper ved interaksjonen mellom helsepersonell og pasienten/brukeren og behandlingsrelaterte faktorer (Betemps et al., 1993; Bowers et al., 2004; Husum et al., 2010; Korkeila et al., 2002; Sattar et al., 2006).

Tvang forekommer i flere helsesammenhenger og overfor flere pasient- og brukergrupper. For eksempel gir lov om kommunale helse- og omsorgstjenester anledning til å fatte vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Likevel blir størstedelen av tvang vedtatt av psykologer foretatt i spesialisthelsetjenesten. På tross av at tvangsbruk i helsetjenesten er underlagt betydelige formaliteter og krav om tverrfaglig vurdering, ligger det til én legespesialists eller én psykologspesialists kompetanse å fatte et tvangsvedtak. Dermed er det nyttig å vite mer om disse yrkesgruppenes holdninger til og erfaringer med å bruke tvang i helsetjenesten.

Med dette som bakgrunn var målet for undersøkelsen å kartlegge psykologers erfaringer med og holdninger til formell og uformell tvangs- og maktbruk.

METODE

Deltagere og data

For å nå flest mulig psykologer som hadde hatt tidligere erfaring med tvangsbruk, sendte vi ut e-postinvitasjon til alle i Norsk Psykologforenings medlemsregister. Pensjonister ble tatt ut av listen såfremt de hadde oppdatert registrering på dette. Undersøkelsen var åpen for svar i ti dager fra 15. september 2021. Vi sendte én formell purring via systemet etter fem dager og postet utover det en oppfordring på sosiale medier, tre dager før lukking av undersøkelsen.



Det kan se ut som om psykologene har flere etiske betenkeligheter med bruk av fysiske eller direkte tvangsmidler enn med mer behandlingsrettede eller behandlingslignende tiltak som eksempelvis skjerming



Av 10 365 invitasjoner ble 161 permanent eller midlertidig avvist av mottakers e-postsystem. I tillegg avmeldte 34 mottakere seg aktivt, typisk med begrunnelse om at tvang ikke var relevant for dem. Vi mottok 865 fullførte besvarer og mener det er riktig og konservativt å anslå svarprosenten til i underkant av 8,5 % (865/10 169).

Totalt selvrapporterte 212 psykologer at de hadde vedtakskompetanse i daværende stilling. Samlet hadde 271 hatt vedtakskompetanse i daværende eller tidligere stillinger, altså 31 prosent av besvarelsene. Det finnes ikke presise tall over hvor mange som til enhver tid innehar vedtakskompetanse for tvang, men på Psykologforeningens kurs har det i 20 år deltatt omkring 50 psykologspesialister årlig på kurset som vanligvis er nødvendig for å inneha vedtakskompetanse. Vi konkluderer derfor med at en betydelig andel av dem som har innehatt vedtakskompetanse, valgte å svare på undersøkelsen.

Spørreskjema

Vi inkluderte bakgrunnsspørsmål om alder, arbeidserfaring og erfaring med bruk av tvang, eventuell psykologspesialitet og type arbeidssted. Av personvern hensyn er alle bakgrunnsdata kategoriske, og kjønn ble ikke etterspurt.

Spørsmål om hvordan psykologene opplever ulike formelle og uformelle former for tvang, var stilt med dikotomien «Opplevs som etisk problematisk» kontra «Er viktig for å få god effekt av behandling» som svaralternativer. Spørsmål om medvirkning og samarbeid med pasient eller pårørende var stilt på en ordinal fempunktsskala med alternativene «Nesten alltid», «Noen ganger», «En gang iblant», «Sjelden» og «Aldri». Begge deler var hentet fra en undersøkelse utført av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo om psykiatri, etikk og tvang (PET-studien: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/pet/>) (Molewijk et al., 2017; Aasland et al., 2018).

Spørreskjemaet inkluderte i tillegg «Staff Attitude to Coercion Scale» (SACS) utviklet av Husum og Ruud (Husum et al., 2008). SACS består av 15 spørsmål som skåres på en skala fra 1–5 («Svært uenig», «Uenig», «Nøytral», «Enig», «Svært enig»). Seks spørsmål fra SACS gir skalaen «Tvang som krenkelse», seks spørsmål gir «Tvang viktig som omsorg og sikkerhet» og tre spørsmål «Tvang viktig for behandling».

Inspirert av Erfaringskompetanse.no sin undersøkelse fra 2021 (Laung & Skuterud, 2021) stilte vi også konkrete spørsmål om hvordan psykologene vurderte nødvendigheten av tvangsbruken, men rapporterer ikke disse, da vi i ettertid vurderte disse som overlappende med andre spørsmål i undersøkelsen.

Vi inkluderte også noen spørsmål om hvordan ulike faktorer innvirket på ønsket om å arbeide med tvang, med svaralternativene «Ja», «Nei» og «Vet ikke».

Analyser

Preliminært presenterer vi bakgrunnsdata sett opp mot forventning fra medlemsregisteret for å vurdere representativitet.

Selve undersøkelsen om tvangsbruk rapporteres i hovedsak som deskriptive data, men inkluderer også Spearmans rho-korrelasjoner samt kji-kvadrattester for forskjeller mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse, kontra dem som ikke har det.

Vi presenterer også deskriptive tall fra SACS og t-tester i tillegg til forskjeller i sumskårgjennomsnitt fra de tre antatte SACS under-skalaene mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse, og dem som ikke har hatt det.

Manglende data

Manglende data utover $N = 865$ er i hovedsak overlappende med de omkring ti prosentene som svarte på foregående spørsmål at de hadde «Ingen» erfaring med bruk av tvang. Ingen av spørsmålene var tvungne, så det forekommer også noen formodentlig vilkårlige mangler. Avvik fra $N = 865$ presenteres som $n = x$ på gjeldende datalinje i tabell.

RESULTATER

Bakgrunnsdata

Gjennomsnittsalder i medlemsregisteret er 43 år. I våre data er alderskategorien 40–49 modus med 27,8 % og samtidig medianalder. Med moderat flere i kategorien 30–39 (24,7 %) enn i kategorien 50–59 (19,2 %) og moderat flere i kategorien 60 eller mer (15,8 %) enn i kategorien 20–29 år (12,6 %) velger vi å anta at aldersfordelingen er akseptabelt lik medlemspopulasjonen.

Et knapt flertall av respondentene hadde over 15 års arbeidserfaring i alle former for psykisk helsevern (33,6 %). De med under fem års arbeidserfaring utgjorde likevel samlet en nesten like stor andel (28,8 %). Samlet svarte over halvparten (52,9 %) at de hadde «Noe» eller «Mye» erfaring med bruk av tvang, mens under en femdel svarte at de hadde «Ingen» erfaring med bruk av tvang (19,5 %). Vi fant en moderat, men statistisk signifikant sammenheng mellom alder og erfaring med bruk av tvang ($r_s = .25, p < .001$).

Tilsvarende fant vi en overordnet forskjell i erfaring med bruk av tvang mellom dem som var psykologspesialister, versus ikke-spesialister ($\chi^2 = 25.27, p < .001$). Justerte residualer derivert til Z verdier gir et bilde av at forskjellen kommer fra at psykologspesialistene oftere rapporterte «Mye» erfaring med bruk av tvang ($Z = 3.9, p < .001$), henholdsvis at ikke-spesialister oftere svarte at de hadde «Ingen» ($Z = -2.8, p = .005$) eller «Lite» ($Z = -2.1, p = .04$) erfaring med bruk av tvang. Residualverdiene fra svarkategorien «Noe» var under kuttpunkt ved $\alpha = 0.5$.

På samme måte rapporterte de som jobbet ved en «lukket»-avdeling, mer erfaring med bruk av tvang ($\chi^2 = 115.00, p < .001$), der effekten hovedsakelig kom fra svarkategorien «Mye» ($Z = 9.4, p < .001$).

Tabell 1

Psykologers beskrivelse av hvordan de opplever vanlige formelle og uformelle tvangsformer

	Etisk problematisk ¹ (%)	Viktig for effekt ² (%)	Vedtakskompetanse ³ (χ ²)
Frivillig innlagt, likevel utsatt for tvang (n = 756)	679 (89.8)	77 (10.2)	-
Beltelegging (n = 773)	649 (84.0)	124 (16.0)	*
Verbalt presse til å ta medisiner (n = 765)	593 (77.5)	172 (22.5)	-
Fastholding (n = 769)	555 (72.2)	214 (27.8)	**
Tvinge til å legge seg eller stå opp (n = 757)	528 (69.7)	229 (30.3)	*
Beslag av mobiltelefon (n = 761)	449 (59.0)	312 (41.0)	-
Tvangsmedisinering	449 (58.5)	318 (41.5)	*
Obligatoriske aktiviteter (n = 754) ⁴	432 (57.3)	322 (42.7)	*
Tvungen psykisk helsevern uten døgn (n = 744)	339 (45.6)	405 (54.4)	*
Tvungen psykisk helsevern (n = 780)	318 (40.8)	462 (59.2)	*
Skjerming (n = 759)	263 (34.7)	405 (54.4)	-
Restriksjoner i utgang eller besøk (n = 756)	257 (34.0)	499 (66.0)	-
Tvungen observasjon i institusjon (n = 766)	257 (33.6)	509 (66.4)	-
Husordensregler (n = 754) ⁴	158 (21.0)	596 (79.0)	*

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «Hvordan opplever du disse vanlige formelle og uformelle tvangsformene?»; ¹ «Opplevs som etisk problematisk»; ² «Er viktig for å få god effekt av behandling»; ³ Forskjeller mellom de som hadde (eller hadde hatt) vedtakskompetanse for tvang, * $p < .05$, ** $p < .001$, - = ikke signifikant; ⁴ De som hadde hatt eller hadde vedtakskompetanse, mente i større grad det var etisk problematisk ev. mindre viktig for behandlingseffekt.

Tabell 2

Psykologers vurdering av hva som gjør at de ønsker / ikke ønsker å jobbe med tvang

	Ja (%)	Nei (%)	Vet ikke (%)
Jeg synes det er etisk utfordrende å skulle jobbe med tvang (n = 836)	496 (59.3)	240 (28.7)	100 (12.0)
Utilstrekkelig tid, ressurser og personell (n = 834)	437 (52.4)	214 (25.7)	183 (21.9)
Kompetanse (n = 833)	334 (40.1)	336 (40.3)	163 (19.6)
Samhandlingsutfordringer om levekår og psykososiale behov (n = 829)	271 (32.7)	297 (35.8)	261 (31.5)
Ledelse og kultur på arbeidsplassen (n = 835)	215 (25.7)	367 (44.0)	253 (30.3)
Egenskaper ved pasientens sykdomsbilde (n = 831)	175 (21.1)	450 (54.2)	206 (24.8)

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «Gjør noe av følgende at du ikke ønsker å arbeide eller fortsette å arbeide med tvang?»

Tabell 3

Psykologenes oppfatning av hvor ofte pasienter og pårørende involveres i tvangsbruken

	Nesten alltid (%)	Noen ganger* (%)	Sjelden/Aldri*(%)
Før tvangsbruk: spørres pasienten om alternativer? ¹	240 (33.1)	355 (49.0)	130 (17.9)
Under tvangsbruk: spørres pasienten om alternativer? ³	245 (34.1)	359 (49.9)	115 (16.0)
Før tvangsbruk: spørres pårørende om alternativer? ²	116 (16.0)	374 (51.7)	233 (32.2)

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «I hvor stor grad mener du tvangsbruken informeres av brukere eller pårørende?» ¹ «Før det eventuelt er nødvendig med tvangsbruk, spørres pasienten om hvilke alternativer til tvang som bør prøves»; ² «Før tvang eventuelt blir gjennomført spørres nærmeste pårørende om hvilke alternativer til tvang som bør prøves»; ³ «Når tvang brukes, spørres pasienten underveis om alternative løsninger til tvang (slik at man kan redusere varigheten av tvangen)»; * «Noen ganger» og «Iblant», samt «Sjelden» og «Aldri» er slått sammen.

Opplevelse av formell og uformell bruk av tvang

I Tabell 1 presenteres besvarelsene på spørsmål om psykologene opplever ulike formelle og uformelle tvangsformer som etisk problematiske kontra viktig for å få god effekt av behandlingen. Linjene i tabellen er rangert etter flest besvarelser om hva de synes var etisk problematisk. I spørreundersøkelsen var spørsmålene tilfeldig listet.

Det er et hovedfunn at de fleste tvangsformer som innebærer fysisk eller verbal tvang direkte mot pasienten – fastholding, beltelegging, verbalt press om å ta medisiner, obligatoriske aktiviteter og legge/stå-opp tvang – overveiende oppleveres som etisk problematisk for »

psykologene. Videre svarte 40.8 prosent at de opplever tvungent psykisk helsevern (TPH) som etisk problematisk, og 45.6 prosent svarte at de opplevde tvang utenfor institusjon (TUD) som etisk problematisk.

Siste kolonne i tabellen tester den kji-distribuerte forskjellen mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse for tvang, og dem som ikke har det. De direkte tvangsformene fastholding, beltelegging og tvangsmedisinering oppleves som noe *mindre* etisk problematisk (eller viktigere for behandlingseffekt) av dem som har eller har hatt vedtakskompetanse. Det samme gjelder tvungent psykisk helsevern og tvangsmedisinering uten døgnopphold, mens obligatoriske aktiviteter og husordensregler faktisk opplevdes som *mer* problematisk av gruppen som har eller har hatt vedtakskompetanse.

System-, ansatte-, pasient- og behandlingsfaktorer

Psykologene svarte også på spørsmål om ulike faktorer som gjør at de ikke ønsker å arbeide eller fortsette å arbeide med tvang (Tabell 2). Svarene på disse spørsmålene bekrefter inntrykket av at psykologene gjennomgående synes at det er etisk utfordrende å jobbe med tvang. Majoriteten svarte bekreftende på dette (59.3 %). Videre svarte halvparten (52.4 %) at de opplever at utilstrekkelig tid, ressurser og personell gjør at de ikke ønsker å arbeide med eller fortsette å arbeide med bruk av tvang. En stor andel opplever også at de mangler kompetanse til å jobbe med tvang (40.1 %). En tredjedel (32.7 %) svarte at samhandlingsutfordringer om levekår og psykososiale behov gjør at de ikke ønsker å fortsette å arbeide med bruk av tvang, og en fjerdedel (25.7 %) svarte at de ikke ønsker å fortsette å arbeide med tvang på grunn av ledelse og kultur på arbeidsplassen. En femtedel (21.1 %) svarte at de ikke ønsket å fortsette eller arbeide med bruk av tvang på grunn av egenskaper ved pasientens sykdomsbilde.

Videre stilte vi også spørsmål i relasjon til faktorer som eventuelt er viktigst for å *hindre* forebygging av tvang. Her svarte også flest at det var «Utilstrekkelig tid, ressurser og personell» (41.0 %), «Ledelse og kultur på arbeidsplassen» kom som nummer to (17.9 %) og «Kompetanse» nummer tre (15.4 %). Resten av faktorene ble valgt av under ti prosent og «Vet ikke» lavest (7.7 %).

Pasient- og pårørendeinvolvering

I Tabell 3 under kommer det frem at en tredel av psykologene mener at pasienten spørres om alternativer til tvang ved nesten alle tilfellene der tvang eventuelt er nødvendig. Halvparten av psykologene mener pasienten spørres noen ganger eller iblant. Fordelingen er noenlunde den samme for om pasienter spørres om alternativer til tvang mens tvangsbruk pågår.

Bildet er motsatt angående om pårørende tilsvarende spørres om alternativer. En tredel av psykologene mener dette skjer sjelden eller aldri, halvparten at det skjer noen ganger eller iblant, og kun 16 prosent mener pårørende nesten alltid spørres.

SACS - Staff Attitude to Coercion Scale

Subskalaen «Tvang som krenkelse» ble gjennomsnittlig skåret med 3.47 av psykologene. Med et standardavvik på .59 og alle besvarelses mellom «Uenig» (2) og «Svært enig» (5) ligger besvarelsene et sted mellom «Nøytral» og «Enig». For «Tvang viktig for omsorg» og «Tvang viktig for behandling» benyttet respondene hele skalaen fra «Svært uenig» til «Svært enig». «Tvang viktig for omsorg og sikkerhet» ble gjennomsnittlig besvart med 3.86, og med standardavvik på .59 plasserer det besvarelsene et sted mellom «Nøytral» og opp mot eller over «Enig». Gjennomsnittet for subskalaen «Tvang viktig for behandling» var 2.48. Tross noe høyere standardavvik på .66 tyder det på at besvarelsene ligger rundt «Nøytral» og tenderer mot «Uenig». Både de som har hatt, og de som ikke har hatt vedtakskompetanse, svarte signifikant forskjellig fra «Nøytral» ($p < .001$) på alle subskalaer.

Vi fant signifikante gruppeforskjeller i besvarelsene på SACS mellom dem som har eller har hatt, og dem som *ikke* har hatt vedtakskompetanse. De som ikke har hatt vedtakskompetanse, skårer «Tvang som krenkelse» høyere ($t = 3.40$, $p = .001$, $MD = 0.15$). «Tvang viktig for omsorg og sikkerhet» ble skåret lavere av dem uten vedtakskompetanse ($t = -4.05$, $p < .001$, $MD = -0.18$). Begge gruppene skårer «Tvang viktig for behandling» statistisk likt ($t = 3.40$, $p = .001$, $MD = -0.05$).

DISKUSJON

Vår undersøkelse viser først og fremst at psykologene gjennomgående opplever det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk, og majoriteten svarer at dette gjør at de enten ikke

ønsker å jobbe med bruk av tvang, eller at de ønsker å slutte fordi det oppleves som etisk utfordrende. Dette funnet bekreftes av andre studier som også har funnet at tverrfaglige grupper ansatte innen psykisk helsevern opplever det som etisk utfordrende å arbeide med bruk av tvang (Husum et al., 2017). Andre studier har også funnet at psykologer er mer dialogisk anlagt enn leger, som i en studie fremsto som mer autoritære (Aasland et al., 2018). Å være mer dialogisk orientert kan tolkes som å være mer opptatt av samtale og dialog, som i psykoterapeutiske tilbud, mens autoritær orientering kan tolkes som å være mer tilbøyelig til paternalistiske intervensjoner og bruk av tvang som behandling (Aasland et al., 2018).

Å kjenne etiske utfordringer i jobben sin over tid kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet. Studier som har funnet at profesjonelle innen psykisk helsearbeid opplever moralsk stress i arbeidet med bruk av tvang, har undersøkt sykepleiere og tverrfaglige grupper ansatte (Jansen et al., 2020; Hem et al., 2018). Psykologers arbeid med bruk av tvang er av nyere dato, men denne undersøkelsen bekrefter at også psykologer som profesjon opplever det som etisk utfordrende å arbeide med bruk av tvang. Hva dette vil si for psykologers trivsel i tjenester som arbeider med bruk av tvang, og om det fører til moralsk stress, utbrenthet eller at de slutter i arbeidet, er problemstillinger som kan undersøkes videre (Hem et al., 2018; Hem et al., 2014; Husum et al., 2017; Aasland et al., 2018).

Videre fant vi at det overordnet er forskjeller i holdninger til ulike former for tvang. Det kan se ut som om psykologene har flere etiske betenkeligheter med bruk av fysiske eller direkte tvangsmidler enn med mer behandlingsrettede eller behandlingslignende tiltak som tvangsbehandling, med eller uten døgninnleggelse, skjerming og så videre. Tvang mot mennesker som i utgangspunktet er frivillig innlagt, beltelegging, fastholding og verbalt press for å ta medisiner skårer høyest for etiske betenkeligheter. Unntaket her er muligens tvangsmedisinering, der et flertall har etiske betenkeligheter. Det er også verdt å merke seg at uformaliserte former for tvang, som tvang mot dem som er frivillig innlagt, eller verbalt press om medisintaking, oppfattes like etisk betenkelig av både dem med og uten vedtakskompetanse, mens direkte fysiske inngrep som fastholding eller beltelegging oppfattes etisk problematisk i mindre grad av dem som har vedtakskompetanse. Om dette handler om kunnskap, tilvenning og innsikt i prosesser om nødvendighet eller kognitiv dissonans (Festinger, 1962) blant dem som står ansvarlig for vedtak, blir spekulasjon på bakgrunn av våre data, men er et spørsmål verdt å stille. På samme måte kan man spørre om de som har jobbet med tvang, har blitt habituert til andre holdninger, eller om det er en selvseleksjon blant dem som synes det er mer greit å jobbe med tvang, og som søker seg til stillinger som innebærer vedtakskompetanse.

Angående faktorer som kunne bidra til å hindre bruk av tvang, skårer tid og ressurser høyest, og det samsvarer med at psykologene mener etiske utfordringer med bruk av tvang og utilstrekkelig tid og ressurser er noe som gjør at de eventuelt ikke ønsker å jobbe med tvang. Dersom noe av tvangsbruken kunne vært unngått med mer tid og ressurser, er det heller ikke overraskende at psykologene finner det etisk utfordrende å skulle jobbe med tvang. Videre er det tankevekkende at 17,9 prosent oppga «Ledelse og kultur på arbeidsplassen» som *hindre* i forebygging av tvang. Dette antyder at helsepolitiske føringer om å redusere bruk av tvang ikke er like erkjent i alle kliniske miljø.



Å kjenne etiske utfordringer i jobben sin over tid kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet



... verbalt press for å ta medisiner skårer høyest for etiske betenkeligheter

Når det gjelder involvering av pasienten før bruk av tvang eller under bruk av tvang for å finne alternativer eller måter å forkorte tiden tvang er nødvendig, svarer det store flertallet at dette skjer enten *nesten* hver gang eller bare noen ganger. Ettersom pasienten alltid skal involveres, er dette for lave tall. At kun 16 prosent svarer at pårørende alltid spørres, er også et tydelig uttrykk for at bruk av tvang utføres med for lav involvering.

Besvarelsene på SACS gjenspeiler i stor grad de andre resultatene. Midtelskåre for underskalaen «Tvang som krenkelse» ligger et sted mellom «Nøytral» og «Enig». Her skårer de med vedtakskompetanse signifikant, men moderat lavere enn dem uten. Faktoren «Tvang viktig for omsorg & sikkerhet» skåres noe under «Nøytral» henimot «Uenig», men denne skåres høyere av dem med vedtakskompetanse. Samme spekulasjon gjør seg gjeldende her ved om de med vedtakskompetanse svarer slik på grunn av større kunnskap og innsikt eller fordi de rettferdiggjør sine egne vedtak. SACS-faktoren «Tvang viktig for behandling» skåres statistisk likt av dem med og uten vedtakskompetanse. Dette kan tolkes som om verken de som har, eller som ikke har erfaring med å fatte vedtak om tvang, anser bruk av tvang som nødvendig i behandling. I en undersøkelse av en tverrfaglig faggruppe informanter fra 2005/2006 skåret informantene lavere på faktorene «Tvang som krenkelse» og høyere på faktoren «Tvang som viktig for omsorg & sikkerhet». Faktoren «Tvang som behandling» skåres relativt likt (Husum et al., 2011). Dette kan antyde at det har forekommet endringer i holdningene til tvang blant helsepersonell over en femten års periode, i retning av at de er blitt mer bevisst tvangens potensielle skadelige virkninger og har mindre tro på at tvang er nødvendig for omsorg og sikkerhet.

Begrensninger

Selv om vi grovt vurderer profilen til dem som har besvart, som akseptabelt likt medlemsregisteret, er det klart at tredjeariabler som fører til selvseleksjon, har mulig innflytelse på besvarelsene i en slik undersøkelse med så lav overordnet svarprosent. Ulik kategorisk koding av bakgrunnsdata fra medlemsregisteret for å ivareta personvern hensyn bidrar til at en formalisert testing av representativitet ikke lar seg gjøre. Andre ukjente årsaker til frafall og varierende antall besvarelser på de forskjellige spørsmålene bidrar også til usikkerhet. Antallet inferenstester som vi kjører, medfører også en mulighet for tilfeldige signifikante testresultater, tross korreksjon av alfanivået. Det var også i åpne kommentarfelt relativt mange kommentarer fra deltagere som mente flere av spørsmålene inviterte til en tvungen dikotomi mellom etisk problematisk eller viktig for behandlingsresultat, og spørsmålsstilte validiteten i egne besvarelser.

KONKLUSJON

Et hovedfunn i undersøkelsen er at psykologene generelt opplever det som etisk utfordrende å arbeide med formelle og uformelle former for bruk av tvang. De som hadde eller hadde hatt vedtakskompetanse, svarte dessuten på flere av spørsmålene at det var mindre problematisk å jobbe med tvang. Å oppleve etiske utfordringer i arbeidet kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet. Det kan også føre til at man velger bort arbeid som involverer å arbeide med bruk av tvang. Hva dette har å si for psykologers arbeidsdeltagelse og trivsel i deler av de psykiske tjenestene som bruker tvang, er ukjent og er en problemstilling som bør undersøkes videre. Etiske utfordringer med å arbeide med

ulike former for bruk av tvang, samt forebygging av tvang, bør også være et tydelig tema i undervisning og veiledning for psykologer i ulike deler av arbeidsforløpet. Undersøkelsens form er slik at det ikke er å regne som

et vitenskapelig arbeid, men vi mener likevel den kanskje viser interessante tendenser som kan tas med i framtidig forskning. ✕

REFERANSER

- Betemps, E. J., Somoza, E. & Buncher, C. R. (1993). Hospital characteristics, diagnosis, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Psychiatric services*, 44(4), 367–371. <https://doi.org/10.1176/ps.44.4.367>
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C. & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24(6), 435–442. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.04.008>
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford University Press.
- Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27–39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Helse- og omsorgsdepartementet, "Lov Om Etablering Og Gjennomføring Av Psykisk Helsevern (Psykisk Helsevernloven)." 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. <https://doi.org/10.1177/0969733016629770>
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(9), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>
- Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>
- Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2017). A survey of mental healthcare staff's perception of ethical challenges related to the use of coercion in care. I J. Gather, T. Henking, A. Nossek & J. Vollmann (Red.), *Beneficial coercion in psychiatry?* (s. 203–219). mentis. https://doi.org/10.30965/9783957438157_015
- Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J. & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315–1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>
- Korkeila, J. A., Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. (2002). Predicting use of coercive measures in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 339–345. <https://doi.org/10.1080/080394802760322105>
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*. https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/10/Tvangsrapporten_2021.pdf
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>
- Sattar, S. P., Pinals, D. A., Din, A. U. & Appelbaum, P. S. (2006). To commit or not to commit: The psychiatry resident as a variable in involuntary commitment decisions. *Academic Psychiatry*, 30(3), 191–195. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.30.3.191>
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R. & Herbert, L. (2004). Ethical problems in decisions on coercive treatment. *European Psychiatry*, 19.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247–251. <https://doi.org/10.1080/13651500600650026>
- Zinkler, M. & von Peter, S. (2019). End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*, 8(3), 19. <https://doi.org/10.3390/laws8030019>
- Aasland, O. G., Husum, T. L., 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. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>

Når antipsykotika ikke fungerer - og konfliktene rundt tvang

Pasientorganisasjoner, behandlingssystem og profesjonsrepresentanter diskuterer stadig bruk av tvang i psykisk helsevern. Bruk av antipsykotika er et sentralt gjennomgangstema i konflikter og uenigheter.

TEKST

Olav Nytingnes

KONTAKT

olav.nytingnes@ahus.no

MERKNAD Teksten er basert på ideer fra et foredrag for LDO om tvangsbegrensningsloven 4. november 2019, kronikk i Dagens Medisin 5. desember 2019 og arbeidet med ReCoN (Reducing Coercion in Norway, Forskningsrådet 273546).

Behandlingen for alvorlige psykiske lidelser er omstridt. For psykisk helseverns del har dette en lang historie med kritiske pamfletter (Scull, 1979), kritiske selvbiografier (Larsen & Andersen, 2011) og organisert motstand (Crossley, 2004; Goldberg, 2003; Tranøy, 2008) som rekrutterer blant pasienter og eks-pasienter (Oaks, 2007). Sammen med politi og fengselsvesen (og dels brannvesen og militæret) er psykisk helsevern gitt oppgaven med å håndtere deler av det u håndterlige som iblant oppstår mellom mennesker, om nødvendig med tvang. Jevnlig blir det debatt om tvang i forbindelse med alvorlige voldshendelser, bruk av tvangsmidler under døgnbehandling, lengden av tvangsinnleggelse og rundt lovrevisjoner eller internasjonale konvensjoner. I løpet av et tiår med arbeidserfaring fra Rådet for psykisk helse og Helsedepartementet, samt erfaring med forskning på tvang i psykisk helsevern, har jeg sett at antipsykotisk tvangsbehandling stadig har materialisert seg som en mulig kjerne i konflikten.

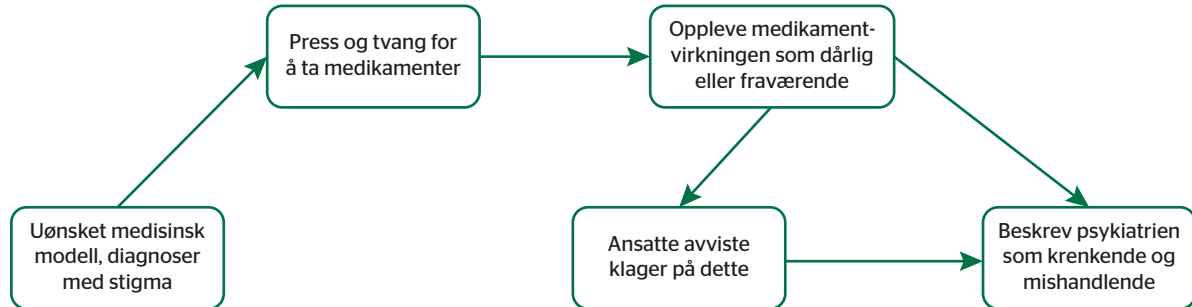
TVANGS- OG FRIVILLIGHETSSEMINARENE

Rådet for psykisk helse ble involvert i et samarbeid med Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Mental Helse Oslo og Universitetet i Tromsø, der vi avholdt 17 dialogseminarer om tvang og frivillighet på Gaustad i perioden 2006–2009. Til sammen 100 personer deltok i løpet av seminarene, fra 10 til 35 per seminar. Det ble skrevet og sendt ut detaljerte

referater fra 15 av seminarene. Ansatte, pårørende, organisasjonsfolk og forskere deltok og bidro, men i praksis var det mennesker som selv hadde vært under tvang og hadde negative erfaringer med det, som tok ordet oftest og snakket lengst. De sammenlignet tvang med for eksempel mishandling, nazisme og kommunisme, noe som også er funnet i intervjustudier (Everett, 1997; Olofsson & Jacobsson, 2001). Deltagerne fortalte om blandede erfaringer og nyanser, og noen lurte på hvordan ansatte egentlig hadde tenkt om praksis og tiltak som deltagerne opplevde som spesielt vonde. Det kom også ønsker om at erfaringene som var blitt delt i seminarene, skulle nå bredere ut. Da jeg og kolleger ved Ahus analyserte referatene, ble vi særlig nysgjerrig på disse sterke ordene som ble brukt. Vi analyserte utsagnene blant annet med *fokusert koding*, der man ser etter opptakt og innramming av nøkkelutsagn. Hovedfunnet var at tvangsbehandling med antipsykotika var en sentral kilde til den misnøyen med psykisk helsevern som ble beskrevet med ord som tortur og konsentrasjonsleir. En sa «Vi må skille mellom fysisk tvang som noen ganger må til, og å tvinge i folk gift og dop som ødelegger hjernen [...] Vi er mennesker som ikke tåler disse medisinene. De som tåler det, er det greit med. Vi som ikke tåler det, er her» (Nytingnes et al., 2016). Hen regnet seg som en med dårlig respons på antipsykotika, og indikerte at det var meningsfrender som hadde valgt å komme på seminarene. I analysene nøstet vi bakover

Figur 1

Hovedveien til de mest negative erfaringene med tvang



Merknad. Figuren viser hovedveien til de mest negative erfaringene i psykisk helsevern blant deltagere på seminarer om tvang og frivillighet på Gaustad, 2006–2009¹.

fra de sterkeste ordene (fra høyre mot venstre i figur 1), via dårlig medikamentrespons og resultatløse klager, og startpunktet syntes å være at pasientene hadde møtt en medisinsk modell de ikke syntes passet for sin krise eller sitt sammenbrudd. Vår oppsummering i figur 1 viser hovedveien til de mest negative opplevelsene hos møtedeltagerne. Og kanskje passet medisinmodellen dårlig, siden medikamentene ikke ble opplevd å virke slik deltagerne var blitt forespeilet. Seminarerne var satt opp for å lære om hvordan man lykkes uten tvang, men krenkelser og medikamentell tvangsbehandling endte opp som helt sentrale tema.

HVA GIR STERKEST NEGATIV OPPLEVD TVANG?

Senere skulle jeg og kolleger utvikle og prøve ut et måleverktøy for opplevd tvang, der Experienced Coercion Scale (ECS) etter hvert ble resultatet. Oppdraget fra Helsedirektoratet var å måle opplevd tvang uavhengig av den konkrete tvangsformen: Utsagn knyttet til konkrete tvangstiltak ble derfor ikke inkludert i måleverktøyet. I en av datainnsamlingene i forbindelse med utprøvingen skåret pasienter/brukere i ulike behandlingssituasjoner på utsagnene i ECS. I tillegg samlet vi opplysninger om bruk av tvang fra primærkontakter og behandlingsansvarlige. Sistnevnte ga også en vurdering av om de hadde brukt uformelt press overfor pasienten. Figur 2 oppsummerer sammenhengen vi fant. I gruppen pasienter som hadde tvangsbehandlingsvedtak (søylegruppen lengst til høyre), rapporterte 39 % den sterkeste negative opplevelsen (mørkegrønn søyle). Andelen i gruppen pasienter uten tvangsbehandlingsvedtak, men under tvungent vern eller observasjon (med/uten døgnopphold) var under halvparten av dette (Nyttingnes et al., 2017). Også i disse resultatene kom medikamentell tvangsbehandling ut med påfallende negative vurderinger hos en andel av pasientene, uten at dette var sentralt i vårt utgangspunkt eller inkludert i spørsmålene som ble stilt til informantene. Merk også at halvparten av pasientene under tvungent psykisk helsevern og om lag en tredel av

.....

1. Opprinnelig publisert i *International Journal of Law and Psychiatry* (49), 147–153.

”

... tvangsbehandling med antipsykotika var en sentral kilde til den misnøyen med psykisk helsevern som ble beskrevet med ord som tortur og konsentrasjonsleir

»



Ingen av foretakene startet medisinfri behandling på denne måten

pasienter med tvangsbehandlingsvedtak skåret betydelig aksept for frihetsinnskrenkelsen (lyse søyler). Den sterke negative betydningen av tvangsbehandling gjelder altså ikke for alle, nettopp slik seminarsitatet ovenfor indikerer.

DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

Nylig publiserte vi en artikkel der vi brukte kontroversen om medisinfri behandling til å lete etter hva som kan være kjerner i konfliktene rundt tvang i psykisk helsevern (Nyttingnes & Rugkåsa, 2021). Vi fant at press og tvang for medikamenter uten den ønskede virkningen var en slik kerne. Det første kravet om medisinfri behandling ble fremsatt i 2008 av Landsforeningen We Shall Overcome, som la vekt på tvangsbehandling «*som mange opplever som direkte skadelig*». De mente at medisinfri akuttpost kunne «*gjenopprette tillit til psykisk helsevern hos personer med svært dårlige erfaringer med psykiatrien*» (We Shall Overcome, 2008). Helsemyndighetene krevde i 2010 at helseforetakene skulle prøve ut om medisinfri behandling kunne bidra til å redusere tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Initiativet ble fulgt opp i 2012 med strategien Bedre kvalitet – økt frivillighet, der det het: «*Mens noen opplever å ha nytte av medisinen, har andre negative erfaringer*» i form av bivirkninger og dårligere fysisk og psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Ingen av foretakene startet medisinfri behandling på denne måten, og fem bruker- og pårørendeorganisasjoner samlet seg i Fellesorganisasjonen for medisinfrie tilbud (medisinfrietilbud.no) og skrev brev til helseministeren der de etterlyste fremdrift. Etter fem år valgte Helse- og omsorgsdepartementet å spesifisere oppdraget. En tydelig frist for en forpliktende plan for et døgntilbud om medisinfri behandling i hvert regionale helseforetak ble satt til mars 2016, med frist for oppstart av tiltaket i juni 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Først rundt juni-fristen startet forskere med psykiaterbakgrunn pressedebatten, der de beskrev tiltaket som «*Høies eksperiment*» basert på «*innspill fra fem brukerorganisasjoner*» (Røssberg, 2016) som «*undergraver kunnskapsbasert behandling*» (Andreassen, 2016), og der «*kan liv gå tapt*» (Larsen, 2016). I debatten ble særlig evidensbasert og erfaringsbasert diskurs tatt i bruk, for eksempel om nytte og risiko ved antipsykotisk behand-

ling og om hvem som egentlig talte saken til pasientene med minst gunstige utsikter. Tilhengere av medisinfri behandling viste til at mange pasienter ikke har nytte av antipsykotika (Keim, 2017), men også kritikerne av medisinfri behandling vurderte at hos «*20 % av dem som har schizofreni har antipsykotika liten effekt*» (Røssberg et al., 2017).

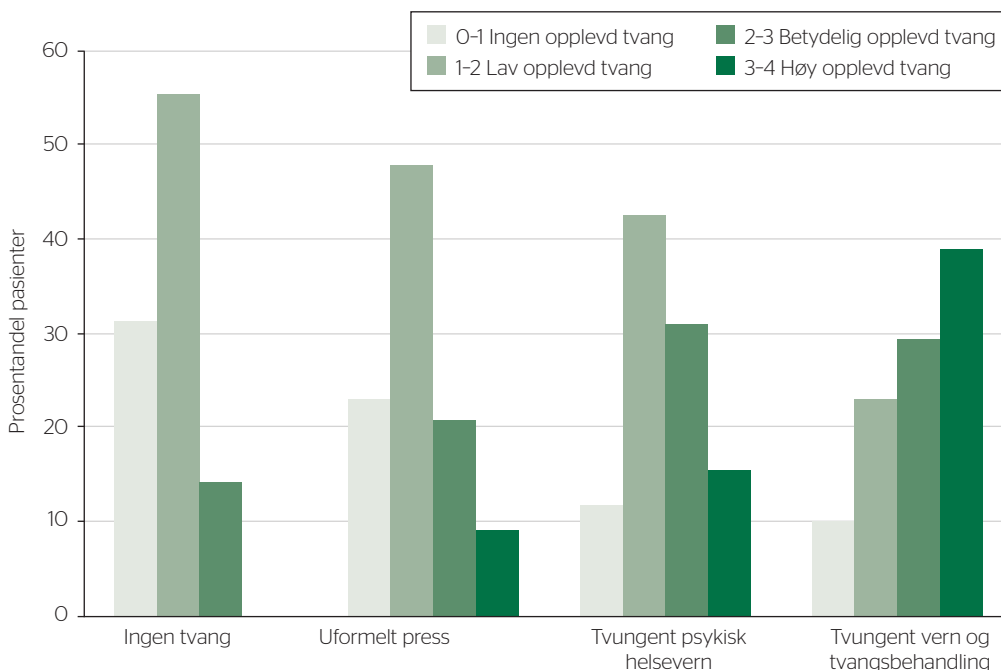
Uavhengig av striden om hvilken andel av pasientene som har nytte av medisiner, kunne det at det finnes pasienter som ikke får ønsket effekt av antipsykotika, gitt rom for en pragmatisk dialog om problemer og konsekvenser og mulige veier videre for disse pasientene. Likevel falt dialogen i fisk. Tilhengere av medisinfri behandling brukte egenerfaringsdiskurs og vektla manglende eller negative virkninger og betydningen av tvang som bakteppe. De pekte på at medikamentbruken snarere ble økt enn redusert hvis man ikke hadde den ønskede medikamentresponsen (Nesset, 2017), at reelt valg var mellom å ta medisiner frivillig, under tvang eller ikke å få noe hjelp (Keim, 2016; Sørensen, 2016), og at egenerfaringer med dette behandlingspresset tilsa behov for egne, medisinfrie avdelinger. Kritikerne av medisinfrie behandlingstiltak vektla biomedisinsk kunnskap om at man ikke kan vite hvem som har dårlig effekt før man har prøvd medikamenter, og derfor «*anbefales det at alle får tilbud om antipsykotika*» (Røssberg et al., 2017). Det samme gjelder for fysiske lidelser: Man må prøve astmabehandling før man kan vite om det har effekt (Larsen, 2016). Larsen problematiserte ikke det at pasientene diagnostisert med astma og psykose i praksis står i ulike situasjoner hvis de finner at medikamentbehandlingen samlet sett har negativ effekt, og hvis de ønsker andre tiltak som har svakere evidens. Kritikerne av medisinfri behandling problematiserte heller ikke hvem som skal bestemme hva som er manglende effekt, hvor situasjonsbestemt det er, hvorvidt pasienter uten ønsket effekt bør tvangsbehandles med slike medikamenter (eventuelt hvor lenge), og hvilke behandlingsformer som eventuelt bør erstatte dagens opplegg om denne gruppen pasienter ikke bør tvangsbehandles.

EN NØDUTGANG OG DENS FORBEHOLD

Tvangsbegrensningslov-utvalget tok senere tak i slike problemstillinger og skrev om faren for «at svakt skjønn, feilvurderinger eller feil diag-

Figur 2

Pasientrapportert opplevd tvang (N = 219)



Merknad. Behandlingsansvarlig eller primærkontakt rapporterte formell tvang basert på journal og rapporterte om det var lagt betydelig uformelt press på frivillig pasient. Pasienter ble deretter gruppert etter grad av press eller tvang i behandlingssituasjonen på rapporteringstidspunktet (Ingen tvang, Uformelt press, Tvungent psykisk helsevern, Tvungent vern og tvangsbehandling). Pasienter (N = 219) fra fire typer behandlingssituasjoner (akuttavdeling, DPS døgnpost, poliklinisk psykoserehabilitering og bolig med støtte for personer med psykiske lidelser) rapporterte opplevd tvang (Experienced Coercion Scale, ECS).²

nose kan få mer alvorlige og langsiktige konsekvenser enn det ville fått innen andre deler av helsetjenesten, siden pasienten ikke kan trekke seg fra behandlingen dersom bivirkningene overskygger ønskede virkninger» (NOU, 2019: 14, s. 253). De foreslo en slags nødutgang som skal gi pasienter med personlig, relevant erfaring med antipsykotikabehandling mulighet til å nekte dette gjennom en bindende forhånds-erklæring (kapittel 25.6.2.2.12).

En interessant side ved forslaget er unntak og begrensninger. Forhånds-erklæringen må godkjennes i nemnd, og gis bare til de som selv har hatt psykose, har gjenvunnet beslutningskompetanse og forstår rekkevidden av beslutningen. Erklæringen er bare virksom når den korresponderer med faktisk motstand. En pas-

.....

2. Opprinnelig publisert i Psychological Assessment, 29(10), 1210–1220.

siv pasient med forhånds-erklæring kan dermed gis antipsykotika uten samtykke. Behandler-vurderinger skal også gå foran hvis situasjonen vurderes som nød, hvis det er fare for en selv eller andre, eller ut fra hensyn til omsorgsevne for mindreårige barn. Særlig disse siste unntakene virker begrunnet ut fra en vurdering om at man ved akutte psykoser oftest ikke har noe aktuelt alternativ til antipsykotisk medikamentbehandling. Et mindretall i utvalget foreslo å forby slik tvangsbehandling, dels med formål om å presse frem flere alternativer til medikamentbehandling (kap. 25.6.2.3).

HOVEDPROBLEMET?

Dette ser altså ut til å være hovedproblemet – den gordiske knuten rundt tvang: *Tjenestefelt og lovgiver ser ikke noen aktuelle alternativer til medikamentell tvangsbehandling ved akutte psykoser, heller ikke for pasienter med manglende eller negative behandlingsresultat* »



... reelt valg var mellom å ta medisin frivillig, under tvang eller ikke å få noe hjelp

fra slike medikamenter. Pasienter som ikke har den ønskede medikamentresponsen, har risiko for nye akutte episoder. Om man kunne finne gjennomførbare alternativer til medikamentell behandling ved akutte psykoser, ville flere av disse unntakene fra reservasjonsretten bli unødvendige. Den medikamentelle modellen i figur 1 ville i så fall fått et alternativ, som også kunne tatt bort en sentral driver for den sterkeste negative opplevde tvangen i figur 2.

Gitt at dette er hovedproblemet, og at en rask løsning virker urealistisk for tjenestefeltet, bør det settes inn utviklingsressurser her: ideer, forskning, samarbeid og tjenesteutvikling med mål om å utvikle medikamentfrivillige alternativer eller supplement til dagens vanlige behandlingsformer i akutt-tjenestene. Ved i første omgang å rette utviklingsarbeidet mot tiltak for en begrenset gruppe av pasienter, der mange av partene i dag vurderer at antipsykotikaresponsen har vært dårlig, bør også fag- og forskningsetiske avveininger kunne ivaretas underveis.

OPPSUMMERING

Flere linjer av observasjoner peker på at antipsykotisk tvangsbehandling uten de ønskede medikamentvirkningene utgjør en kjernekonflikt i kontroversen om tvang.

Dagens behandlingsopplegg for alvorlige psykiske lidelser har en del pasienter uten ønsket respons på antipsykotika. I akuttbehandlingen vikles behandlingshensynet sammen med behovet for å håndtere det u håndterlige, og samfunnet vil nødvendigvis la pasienter med akutte symptomer gå ubehandlet. Så lenge tjenestene ikke ser noe aktuelt alternativ til medikamentell tvangsbehandling ved akutte psykotiske kriser, får vi en faglig, juridisk og menneskerettslig

floke for de pasientene som ikke får de positive virkningene som skal gjøre tvangsbehandlingen forholdsmessig. Selv om bedre og mer individtilpasset medikasjon kan hjelpe enkelte, er det neppe utsikt til snarlige lansering av nye, revolusjonerende medikamenter (Brady et al., 2019; Lago & Bahn, 2018). Derfor virker videre utvikling av medikamentfri eller -frivillig akuttbehandling nødvendig, om man tar på alvor problemet med manglende ønsket respons for en del pasienter under tvangsbehandling.

Det gir håp om løsning på floken når Norsk psykiatrisk forening går inn for forskning som evaluerer effekt av medisinfrie behandlinger, som gir kunnskap om hvem som kan klare seg uten antipsykotika, og om virkningen av mulige ikke-medikamentelle tilnærminger til kommanderende stemmer (Norsk psykiatrisk forening, 2018). De spede forsøkene på medisinfri behandling etter Helse- og omsorgsdepartementets krav ga stort sett intensiv psykososial behandling for ikke-akutte symptomer (Bjørgeren et al., 2018), og en del av pasientene her har ikke psykoselidelse (Standal et al., 2021).

Som respons på myndighetskravet om medisinfri behandling i 2010 skulle kanskje profesjoner og forskningsinstitusjoner heller brukt unntakene og skjønnsrommet i gjeldende retningslinjer til å prøve ut eksperimentell behandling. Om man i starten reserverer dette for pasienter der det er enighet om at medikamentresponsen er dårlig, kan det gi akseptabel forsknings- og fagetikk. Utprøvingen kunne planlegges med tanke på mulig videreutvikling mot å håndtere pasienter med mer akutt symptomintensitet og større funksjonsfall. En slik strategi gir muligheten til en gang i fremtiden å løse den gordiske knuten. ✘

REFERANSER

Andreassen, O. A. (2016). Helseminister undergraver kunnskapsbasert behandling. *Aftenposten*. <https://eavis.aftenposten.no/aftenposten/20801/?gatoken=dXNlcl9pZD0xNDMyMDc2JnVzZXJfaWRfdHlwZTI1jdXN0b20%3D>

Bjørgeren, D., Alexandersen, A., Kildal, C., Kvisle, I. M. & Benschop, A. R. (2018). *Frisk uten medikamenter? En sammenstilling og vurdering av de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern* (Rapport 1/2018). KBT. http://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2018/11/Frisk_uten_medikamenter_en_sammenstilling_og_vurdering_av_de_medikamentfrie_behandlingstilbudene_i_psykisk_helsevern_KBT.pdf

- Brady, L. S., Potter, W. Z. & Gordon, J. A. (2019). Redirecting the revolution: new developments in drug development for psychiatry. *Expert opinion on drug discovery*, 14(12), 1213–1219. <https://doi.org/10.1080/17460441.2019.1666102>
- Crossley, N. (2004). Not Being Mentally Ill. Social movements, system survivors and the oppositional habitus. *Anthropology & Medicine*, 11(2), 161–180. <https://doi.org/10.1080/13648470410001678668>
- Everett, B. L. (1997). *A Fragile Revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. Dissertation. York University, North York, Ontario.
- Goldberg, A. (2003). A Reinvented Public: 'Lunatics' Rights' and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. *German History*, 21(2), 159–182. <https://doi.org/10.1093/0266355403gh279oa>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2010). Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester. Brev til de regionale helseforetakene. 200903207-SoA/TR.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)*. Nasjonal plandel. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>
- Keim, W. (2016, 04. august). Realitetsfernt om medisinfri behandling. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/08/04/realitetsfernt-om-medikamentfri-behandling/>
- Keim, W. (2017, 21. august). Kommentar: Effekten av vedlikeholdsmedisinering med antipsykotika. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2017/05/kommentar/effekten-av-vedlikeholdsmedisinering-med-antipsykotika> <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0469>
- Lago, S. G. & Bahn, S. (2018). Clinical trials and therapeutic rationale for drug repurposing in schizophrenia. *ACS Chemical Neuroscience*, 10(1), 58–78. <https://doi.org/10.1021/acscchemneuro.8b00205>
- Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. (2011). «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet». Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 120–130. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-04>
- Larsen, T. K. (2016, 29. juli). Helseministeren på ville veier. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/29/helseministeren-pa-ville-veier/>
- Neset, M. (2017). Re: Psykiatriens indre konflikter eksponert. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137. <https://tidsskriftet.no/2017/05/brev-til-redaktoren/re-psykiatriens-indre-konflikter-eksponert-5>
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974eb760a412cb64661ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000ddd.pdf>
- Norsk psykiatrisk forening. (2018). *Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/12e1db020a0e4d46ba5d03894d9d9992/strategidokument-12-nov-2018.pdf>
- Nyttingnes, O., Holmén, A., Rugkåsa, J. & Ruud, T. (2017). The Development, Validation, and Feasibility of the Experienced Coercion Scale (ECS). *Psychological Assessment*, 29(10), 1210–1220. <https://doi.org/10.1037/pas0000404>
- Nyttingnes, O. & Rugkåsa, J. (2021). The Introduction of Medication-Free Mental Health Services in Norway: An Analysis of the Framing and Impact of Arguments From Different Standpoints. *Frontiers in Psychiatry*, 12(685024). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685024>
- Nyttingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Oaks, D. (2007). The moral imperative for dialogue with organizations of survivors of coerced psychiatric human rights violations. I T. W. Kallert, J. E. Mezzich & J. Monahan (red.), *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Aspects* (s. 187–211). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357–366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>
- Røssberg, J. I. (2016). Medisinfrie alternativer – et udokumentert sjansespill? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/47PIV/Det-er-langtfra-sikkert-at-det-riktige-er-a-innforemedisinfritt-behandlingstilbud-Jan-Ivar-Rossberg>
- Røssberg, J. I., Andreassen, O. A. & Ilner, S. O. (2017). Medisinfrie sykehusposter – et kunnskapsløst tiltak. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(6), 426–427. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0091>
- Scull, A. T. (1979). *Museums of madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England*. London: Penguin Books.
- Standal, K., Solbakken, O. A., Rugkåsa, J., Martinsen, A. R., Halvorsen, M. S., Abbass, A. & Heiervang, K. S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient preference and adherence*, 15, 1647–1660. <https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>
- Sørensen, J. M. (2016, 25. august). Profesorer som sprer, frykt, halvsannheter og løgn. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/GeAVx/Kort-sagt-25-august>
- Tranøy, J. (2008). *Kampen for rettsikkerhet og menneskerettigheter. WSOs historie 1968–1988*. Oslo: Lanser Forlag.
- We Shall Overcome. (2008). *Høringsnotat til 29/5–08. Hvordan redusere bruken av tvang i psykisk helsevern*. <http://wso.no/wp-content/uploads/2017/01/HoringsnotatWSOTvang.29.5.08.pdf>

Skepsis til makt hos psykologprofesjonen

Det er ikke lover og system som hemmer psykologenes fagutøvelse i 2022, det er psykologenes egen rolleforståelse.

TEKST

Anne-Kari Torgalsbøen

KONTAKT

a.k.torgalsboen@
psykologi.uio.no

ILLUSTRASJON

Marianne Gretteberg
Engedal

... Nitid var dit virke på eget Gebet.
At fravriste Havet dets hemmelighet,
Ærkjende dets Væsen og indste Essens
Er Krabbens Geskjeft. Det forsøger den mens
Saa silde den Tangskoven traaler
Og sidelengs Havbunden maaler ...
Høyt over den svømmer hin lystige Sei
– saa fri og sa aaben er Fidskenes Vei,
Saa rig er den Havets Værden
Der aabner sig under Færden ...
Langt ædlere Længsler er skjult bag dit Skjold
Ænd Lysten at fange og øve Control:
En Higen at sprænge Grændser
Og utforske Livets Essenser ...
O Krabbe, o Krabbe! O Krabbenes ven!
Hvad er du? Hvad vil du? Hvor søger du hen?
Vi aner en ømhed vel skjult bag dit Skald,
en Higen mod Høyden, en fare for Fald.
O Skaber, opfyld vore Drømme:
Lad Krabben en gang kunne svømme!

Utdrag fra Krabbetalen av professor
Ragnar Rommetveit, 1962.

Før i tiden var det vanlig at studentene hadde dyr som symbol med tilhørende fester, seremonier og ordener. Psykologstudentene valgte krabben som sitt symbol. I 1962 ble den første Krabbefesten arrangert av Norsk psykologforening og psykologstudentenes forening. Den klassiske krabbetalen til professor Ragnar Rommetveit sammenlignet psykologens liv og virke med krabbens. At krabben ble valgt som symbol, var opprinnelig på grunn av Harald Schjelderup (1895–1975), grunnleggeren av psykologi som selvstendig vitenskap i Norge, som hadde Krabbe som mellomnavn. Selv uttalte Schjelderup i Krabbetalen i 1961 at hans navn nok bare var en rent ytre foranledning, for «intuitivt må det være blitt valgt på grunn av det merkelige indre slektskap mellom krabben og psykologen, både opplevelsesmessig og adferdsmessig».

Tradisjonen med dyresymboler er for det meste forlatt av dagens studenter, men Rommetveits dikt om krabben som psykolog gir stadig rom for ettertanke og refleksjoner. Diktet kan fungere som et bakteppe når jeg nå skal se på psykologenes rolleforståelse samt til å være faglig



KRABBen De norske psykologstudentene valgte krabben som sitt dyresymbol på 1960-tallet.

ansvarlig for vedtak. Det er nå over 20 år siden vi fikk formell myndighet og posisjon i psykisk helsevern i forbindelse med de omfattende revisjonene av helselovene i 2001.

PROFESJONSHISTORIEN

Gjest og inntrenger

Som profesjon har psykologene alltid måttet søke innpass på territoriet til andre yrkesgrupper. På legenes felt fremsto vi som en blanding av gjest og inntrenger, der psykologene hele tiden har måttet legitimere sin tilstedeværelse. Og ved å fremstå som faglig dyktige har psykologene sikret seg en legitimitet som nyttige medarbeidere (Haavik, 2001). Det er altså mot denne bakgrunnen at man kan omtale psykologprofesjonen som en supplementsprofesjon, en profesjon som har utfordret andre yrkesgruppers jurisdiksjon og gjort det til sitt fagområde. Vi finner særlig klare spor av dette innenfor psykisk helsevern, hvilket er forståelig siden det var her de første psykologene begynte å arbeide.

I psykisk helsevern var psykologene marginaliserte når det gjaldt formell myndighet og posisjon, inntil de nye helselovene ble innført i 2001. Før den tid kunne psykologene som var tungt inne i behandlingsapparatet, ikke ta fullt ansvar for sine pasienter. De var nødt til å arbeide på delegert, det vil si lånt, myndighet fra en psykiater. Psykologene hadde ikke rettigheter i henhold til § 3-3 og § 3-7 i psykisk helsevernloven som regulerer vedtak om og opphør av bruk av tvang. Å fatte vedtak om bruk av tvang og opphør av tvang er en viktig ledelsesfunksjon i psykisk hel-

”

Som profesjon har psykologene alltid måttet søke innpass på territoriet til andre yrkesgrupper

»



... psykologene fremsto med en yrkesidentitet knyttet til å være et supplement til «psykiatrien»

severn. Loven var utformet slik at det kun var «vedkommende overlege» som kunne være faglig ansvarlig for vedtak etter § 1-4. Psykologene var derved avskåret fra ledelse i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Med endringen som først kom i forskrift (2001) og senere i lovtekst (2007), trengte psykologene seg inn i «psykiatrien», men de tok ikke den plassen som faget og loven nå ga dem mulighet til. Dette har jeg drøftet i et tidligere innlegg i tidsskriftet (Torgalsbøen, 2009). Det kunne virke som psykologene fortsatt fremsto med en yrkesidentitet knyttet til å være et supplement til «psykiatrien», og ikke som et fag og en profesjon som kunne brukes til å sette dagsorden i et moderne psykisk helsevern. Selv etter denne radikale endringen i psykologenes formelle posisjon ga flere psykologer uttrykk for ubehaget ved å arbeide under «psykiatriens parasoll» (Bergland et al., 2009), der psykologene som veloppdragne gjester innordnet seg den medisinske retorikken og aksepterte andres regler og definisjoner (Oddli & Kjøs, 2009). Jeg og flere undret oss over at til tross for at vi forvaltet de psykologiske metodene som er effektive i behandlingen av psykiske lidelser, og faget ga oss en teori-forankret forståelse av psykisk lidelse, akslet psykologene i liten grad rollen som faglige premissleverandører på systemnivå og som faglig ansvarlige for tvangsvedtak. I 2009 gjensto et arbeid med å endre psykologers holdninger, slik at de samsvarte med de forventningene helsemyndighetene hadde til psykologene, ikke kun som behandlere, men også som ledere og ansvarsbevisste aktører i utformingen av tjenestene (Torgalsbøen, 2009).

Selv om flere psykologspesialister nå er i funksjon som faglig ansvarlig for vedtak, har ikke psykologene strømmet til lederposisjonene i psykisk helsevern. Var og er det psykologenes «ædlere lengsler» som fortsatt råder grunnen?

Psykologen som uroelement i 1970

Sosiologen Yngvar Løchen har en interessant analyse av psykologene slik de fremsto i 1970, og den kan tjene som utgangspunkt for å forstå utviklingen i psykologenes rolleforståelse siden den gang (Løchen, 1970). Psykologene beskrives som et verdifullt uroelement i sykehuset, men de hadde problemer med å finne sin egen rolle. Selv om det ble understreket at de var fullverdige medlemmer av behandlingsteamet, og at noen til og med klaget over at de hadde større innflytelse enn deres formelle stilling skulle tilsi, følte psykologene at deres myndighet var begrenset og uklar.

Spenningsforholdet til legene ga seg uttrykk i at legene syntes at psykologene «gikk sine egne veier», og «at de brukte altfor lang tid på å ta en enkelt og ganske enkel test». Psykologene selv kunne derimot gi uttrykk for at «deres jobb ikke var å hjelpe legene, men å gjøre en god faglig innsats».

Andre medarbeidere oppfattet psykologene som skeptiske overfor institusjonens virkemidler, og at de var reserverte når det gjaldt å tre inn i de eksisterende samarbeidsformene. De hadde også en skepsis knyttet til hvordan institusjonen virket på pasientene, og ville konsentrere seg om behandling. De uttrykte ofte tvil om hvorvidt sykehusets maktstruktur og autoritetsforhold fremmet pasientenes interesser. Løchen skriver: «En del av den spenningen som gjør seg gjeldende i psykologens rolle i den psykiatriske institusjon, er et resultat av at psykologen som ekspert ikke er fullstendig integrert i den alminnelige terapeutiske prosess og i

systemets maktstruktur. Grunnbetingelsene må endres om man ønsker at forholdene skal bli annerledes» (1970, s. 115). Han mente også at sammenlignet med psykiaterrollen gir psykologens rolle bedre anledning til å fungere som en ekspert. «Men på denne måten blir han en trussel så vel faglig som moralsk – han arresterer institusjonsrepresentantene i deres konflikt mellom idealer og realiteter.» (s. 115)

Umyndig ekspert eller institusjonsrepresentant?

Løchen skisserte også to scenarioer for utviklingen av psykologrollen innen psykisk helsevern, der spørsmålet dreide seg om hvor langt man skulle gå i hver retning. I det ene scenarioet skulle psykologen få støtte i å dyrke det psykoterapeutiske idealet. Her ville psykologen muligens forbli umyndig, men fremtre som de svakes forsvarer. Psykologen ville være et sterkt uroelement i systemet og en innovatør. Men det er omkostninger knyttet til denne rollen fordi psykologen må utvikle en stil til dels i opposisjon til andre. Ifølge Løchen vil psykologen i det psykoterapeutiske ideal-scenarioet savne makt, føle at andre stenger ham ute, at hans bidrag ikke blir respektert, og at han kan bli blokkert. Medarbeiderne vil beskyldte ham for å være urealistisk, upraktisk og blåøyd.

I det andre scenarioet gis psykologen makt, et videre mandat og et krav om identifisering med institusjonen. Da vil psykologen bli en myndighetsperson, sannsynligvis en institusjonsrepresentant, en som stadig vil avpasse sitt bidrag til det helhetlige perspektiv, han vil bli en ren kliniker og en prognostiker. Men det er også mulig han vil opphøre «å være den *rene* ekspert: på den annen side vil han få del i den ære som tilkommer institusjonen og han vil få makt. Han blir som andre og trusselen er fjernet» (1970, s. 115).

Løchen beskriver også hvordan psykologene på 70-tallet nøt godt av å ha tilgang på symboler som tydet på høy rang i systemet (hvit frakk, spise lunsj med den øvrige stab, ha eget kontor), men at tosidigheten kom til uttrykk ved at psykologene også markerte at de sto utenfor dette fellesskapet. «De utvikler en annen stil med andre symboler. Psykologen kommer for sent, han understreker at han ikke er lege, han bruker fargede skjorter. Han prøver å markere at han ikke representerer hele institusjonen» (1970, s. 108).

Krabbe eller sei?

Da psykologspesialistene fikk rettigheten til å forvalte funksjonen som faglig ansvarlig for vedtak innen psykisk helsevern i 2001, ble de samtidig likestilt med psykiatere som faglig ledere i psykisk helsevern. Psykologspesialistene skulle nå forvalte bruk av tvang, et område som er svært kontroversielt, og som stiller store krav til psykologenes faglighet og etiske bevissthet. Dette representerer også en klar posisjonsendring for psykologer i psykisk helsevern, fra umyndig ekspertposisjon, altså kun som psykoterapekspert, til myndig offentlig posisjon, der psykologene i lederposisjon må innta et helsetjenesteperspektiv.

Da jeg var visepresident i Norsk psykologforening, hadde jeg hovedansvar for det profesjonspolitiske arbeidet med utforming av forskrifter til de nye helselovene som trådte i kraft i 2001, der en klar målsetting var å formalisere psykologenes til da uformelle ledelsesposisjoner i psykisk helsevern. Jeg fikk mange innspill som reflekterte psykologers ambivalente forhold til det å ha makt.

Selv ikke mot 2022 har psykologene strømmet til for å bekle lederposisjoner eller stillinger som faglig ansvarlig for vedtak, noe som kan tyde på en stabilt vegrende holdning til å gå inn i posisjoner der man må ta kontroll over andre eller være i maktposisjoner som ledere. Mange psykologer har nok fortsatt langt «ædlere lengsler», der de kan utforske livets essenser ved å dyrke psykoterapeutrollen. Krabben er vel heller ikke den skapningen i havet som har den beste forutsetningen eller posisjonen for å være lederstjerne for fremtidens psykologer, der den, når den ikke er gjemt i tangen, skritter sidelengs på bunnen. *Seien* er kanskje en bedre representant, fordi dens atferd er mer i samsvar med de forventningene som stilles til psykologene om også å «gå mot overflaten», i den forstand at de må aksle topp-posisjonene og derigjennom ta et større ansvar både for organiseringen og innholdet i helsetjenestefeltet. Psykisk helsevern bør i langt større grad avspeile både den kliniske psykologiens menneskesyn og dens innflytelse og anvendelighet med hensyn til de tjenester som gis.

Til tross for at psykiaterne nå over flere år har vært langt færre enn antallet kliniske psykologer i psykisk helsevern, har deres tradisjon for å definere den tverrfaglige psykiske helsetjenesten som medisinsk satt sine spor. Det tok »

tid før sentrale aktører innen helseforvaltningen, fagorganisasjoner, brukerorganisasjoner og helsepersonell lærte seg det nye profesjonsnøytrale språket. Andre øver seg fortsatt, selv over 20 år etter at den offisielle betegnelsen på spesialisthelsetjenesten ble endret fra «psykiatrien» til psykisk helsevern.

Enkelte toneangivende psykiatere tok tidligere til orde for at psykiatri også skulle spille en samfunnsmessig og kulturell rolle (Kringlen, 1996). Selv om psykiatere i dag i mye mindre grad setter dagsordenen, har de en lang historie med å marginalisere andre fagdisipliner og andre yrkesgruppers betydning i psykisk helsevernfeltet. Det er ikke lenger slik at psykisk helsevern er medisinsk, men psykiatri er i hovedsak et biomedisinsk fag. Som fag har psykiatri et identitetsproblem, der det alltid har vært et internt motsetningsforhold mellom den biologiske og den psykologiske retningen innen faget (Hermundstad, 1999). Ifølge en av verdens mest anerkjente psykiatere, Nancy Andreasen, har psykiatri som et felt som beskjeftiger seg med folks psykiske helse, aldri hørt hjemme blant de medisinske disiplinene (Andreasen, 1997). Hun tok til orde for å reddyke en nevrobiologisk modell innen psykiatrien. Jeg har i et tidligere debattinnlegg (Torgalsbøen, 2009) tematisert at den psykologiske retningen innen psykiatri mangler teoriforankrede begreper og i stor grad henter sine begreper og metoder fra psykologien. Spissformulert kan man si at psykiatriens menneskelige ansikt avhenger av at den «livnærer seg» på den kliniske psykologien. Men fordi psykiatere har sin grunnutdanning som leger, går de inn i lederstillinger i psykisk helsevern med en selvfølgelig autoritet, til tross for at den medisinske disiplinen psykiatri mangler en teoriforankret forståelse av psykisk lidelse.

Krabbetalen tematiserer på mange måter det motsetningsfylte i psykologenes selvforståelse, der talen på den ene siden fremhever psykologen som en som vil dyrke psykoterapeutrollen, men på den andre siden også har en ambisjon om å utvide denne rollen. Det ligger en ambisjon om å være noe *mer* – en higen mot høyden, men da er det fare for «fald». Det er vanskelig å kombinere opprør og respektabilitet, det er vanskelig å fornye ideer når man har ansvaret for de ideer man praktiserer. Kanskje er det derfor psykologene fortsatt vegrer seg for å innta roller som gjør at de må identifisere seg med systemet. I stedet fremstår de som et politisk parti i vedvarende opposisjon. Men det er ikke mulig å endre systemene uten å gå for maktposisjonene. Det er svært tankevekkende at selv 20 år etter at psykologene ble gitt makt, synes de fortsatt å være mest bekvemme med å være systemkritikere og dyrke det psykoterapeutiske idealet, samtidig som de mener seg berettiget til å ha en innflytelse i systemet. Trekker man linjen tilbake til 1970-tallet, ser det ut som lite har forandret seg i psykologenes rolleforståelse. Psykologen var antiautoritær, brukte skinnvest, var veldig for pasientene, men mot systemet. Psykologene markerte at de ikke tilhørte systemet ved å komme for sent på møter. De hadde allerede på dette tidspunktet mye uformell makt i rollen som uavhengig ekspert, men lite reell makt. Muligheten til å påvirke utformingen av helsetjenestene var derfor liten. Nå, over 50 år senere, har psykologen denne makten, men bruker den i for liten grad.

PSYKOLOGENES FORHOLD TIL MAKT

Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved psykologenes forhold til makt. Er profesjonen fortsatt såpass ung at den ennå ikke har blitt enig med seg selv hvordan makt skal håndteres og brukes? Ligger det et uttalt ideal

om at psykologen skal være den svakes forsvarer, og at man da er villig til å betale den prisen det medfører ved å forbli umyndig i systemet? At bruk av tvang går imot denne grunnholdningen, og at man ser på det å ta kontroll over et annet menneske som å være uforenlig med respekten for pasientenes autonomi?

Den lovendringen som skjedde for over 20 år siden, har utfordret psykologene til å utvide sitt rollerepertoar, slik at de svarer til de nye rettighetene som psykologen har oppnådd i psykisk helsevern. Men det virker ikke som det har skjedd en integrasjon av rollen som psykoterapeut og rollen som faglig premissleverandør. Dette er kanskje fordi verken utdanningsinstitusjonene eller spesialistutdanningene har fokusert nok på hva som skal til for at en profesjon skal kunne endre sin rolleforståelse. Å tematisere maktens betydning og hvordan en profesjon kan bruke makt til å gjennomføre ønskede endringer, er en del av denne tematikken. Fortsatt mener jeg at altfor mange psykologer har et anstrengt forhold til makt. Det er mye forstillelse og intellektualisering når det gjelder å underdrive maktens betydning. Mange synes å mene at det å gå for maktposisjoner er uforenlig med den tradisjonelle psykologrollen, som bygger på solide humanistiske verdier. Det virker ikke som det er stuerent blant psykologer å være opptatt av makt og innflytelse, i hvert fall ikke utad. Men dersom vi ser på historien innen den akademiske psykologi, var det til dels svært harde maktkamper innad i faget mellom ulike fagtradisjoner, der man kjempet om hvilken tradisjon som representerte den «egentlige psykologien».

Klinisk psykologi er den av fagdisiplinene innen psykologi som har vist seg å ha størst anvendbarhet for samfunnet. Derfor er det kanskje ikke så underlig at det er behandlerrollen som står sterkt i Norge. For å møte helsetjenestenes utfordringer i dag mener jeg at profesjonen vil være tjent med å legge større vekt på flere rollemodeller enn den kliniske terapeutrollen i profesjonsstudiet. Terapeutrollen blir for snever med henblikk på de utfordringer som venter morgendagens psykologer. Den kan for dertil disponerte personer også stimulere til en servilitet og en tilpasningsdyktighet som gjør at man mister troverdighet og autoritet i andres øyne. Det er dessverre fortsatt mye som hemmer altfor mange psykologer i å fremstå med naturlig trygghet og selvbevissthet annet enn i terapirommet.

I profesjonsutdanningen bør vi legge mer vekt på at studentene skal se på seg selv som en yrkesgruppe med en kompetanse som er svært etterspurt i ulike deler av samfunnet. De må bli bevisst på at kunnskap er makt, som igjen krever en bevissthet om at kunnskap kan brukes til å posisjonere seg, tenke strategisk og ha et ønske om innflytelse og makt med hensyn til de premisser som legges. Mitt inntrykk er at psykologene fortsatt har et for dårlig repertoar på posisjonering; de er opptatt av at det ikke skal virke som om de driver med profesjonskamp. Sammenligner man dem med legene, som muligens har for mye trening i å ta kontroll, bestemme på andres vegne og vite best, har psykologene *altfor lite* av disse ferdighetene. Kanskje det er en av grunnene til at de i stor grad unngår posisjonene der det er viktig å ha slike ferdigheter? Morgendagens psykologer må få bistand til å utforme sin rolle, der man kombinerer det beste fra den grunnleggende behandlerrollen med større frimodighet og mer selvbevissthet i utøvelsen av faget. Det må derfor trenes mer på ferdigheter innen ledelse og gruppedynamikk.

Da jeg var visepresident i Norsk psykologforening, var læringskurven svært bratt, og jeg måtte lære meg å navigere etter Fantomets lov: å være



Det er mye forstillelse og intellektualisering når det gjelder å underdrive maktens betydning





Å være de svakes forsvarer og ha rollen som humanist er ingen utakknemlig rolle å spille

tøff med de sterke og myk med de svake. Fortsatt synes for mange psykologer å ha et stort utviklingspotensial når det gjelder å være tøffe med de sterke. Er man myk overfor de harde, mister man troverdighet og fremstår som naiv.

Å være de svakes forsvarer og ha rollen som humanist er ingen utakknemlig rolle å spille. Pasientene ser på psykologen som en forsvarer av deres autonomi, og pårørende har forventninger om at psykologen skal gi verdig og human behandling. I denne rollen unngår psykologen kritikk og nyter derved godt av humanistens privilegier. Sammenligner vi psykologene med legene, har sistnevnte yrkesgruppe lengre erfaring med å være prognostikere. De er trent i å treffe valg, og faget hjelper legen i å treffe dem. Men også legen kan oppleve konflikten mellom verdig, human behandling og rasjonell effektiv og profesjonell reaksjon. Psykologen synes fortsatt ikke å ha funnet sin løsning på denne konflikten og fremstår som en som vegrer seg for å ta beslutninger som går på tvers av pasientens ønsker.

Psykologer og bruk av tvang

Det hadde ikke vært mulig for psykologene å påvirke tvangsfeltet eller komme i posisjon til å være faglig ansvarlige for vedtak dersom ikke Norsk psykologforening også hadde arbeidet for å endre psykologenes posisjon i psykisk helsevern. Psykologenes kompetanse innen normalpsykologi, personlighetspsykologi, klinisk psykologi, kommunikasjon og relasjonsbygging kan bidra til å finne alternativer til bruk av tvang og derigjennom forhåpentligvis redusere bruken av tvang. Det var også viktig at psykologene viste at de var villige til å påta seg et større ansvar for utviklingen av de psykiske helsetjenestene, og da særlig å få større innflytelse i det som på den tiden kaltes «institusjonspsykiatrien». Men fortsatt ser det ut som psykologene strever med å posisjonere seg i den delen av psykisk helsevern der beslutninger om tvang fattes, nemlig akuttavdelingene, og at de i for liten grad går for lederposisjonene som gir mulighet til å endre systemene.

Vi har i flere år befunnet oss i den paradoksale situasjonen at den øverste helsemyndighet etterspør kompetansen som psykologene besitter, men at de som forvalter denne kunnskapen, vegrer seg for å utvide sitt rolleperfor til også å være faglig premissleverandør på

systemnivå. Vi er nå på overtid når det gjelder å ta denne utfordringen og realisere ønsket til helsemyndighetene og ikke minst brukerne om en annen faglig plattform i psykisk helsevern.

Siden sosiolog Løchen skrev om psykologenes posisjon i «det psykiatriske sykehus», har psykologien som fag og som profesjon hatt en eventyrlig utvikling. Psykologens myndighet i psykisk helsevern er ikke lenger begrenset og uklar, men formalisert. Psykologene har fått makt som kan brukes til å definere hva vi mener er faglig forsvarlig virksomhet i psykisk helsevern. Denne bør vi bruke til å arbeide for en organisering av helsevesenet som sikrer kvalitativ god behandling og forsvarlig bruk av tvang. Det er mange psykologer som har engasjert seg i forskning på bruk av tvang og derigjennom har øvet en viss innflytelse på utformingen av tvangsbruken. Men det er fortsatt for få psykologer som arbeider systematisk for å endre systemene ovenfra og innenfra.

Begrensningene i psykologenes utøvelse av sitt fag ligger ikke lenger på systemnivå og i helselovene, men i en for snever definisjon av psykologrollen. En psykolog i 2022 må ha et bredere perspektiv på sitt faglige virke enn å «utforske Livets Essenser». La oss sørge for at krabben blir svømmedyktig, og at ambisjonen fra Krabbetalen blir realisert: «Før Aft'nen er omme vi kan faa Beskjed at svømmende Krabber er paavist et Sted.»

Det virker også som dagens psykologstudenter ser et utviklingspotensial hos krabben, og at de ikke uten videre ønsker å vrake krabben som ledestjerne. Jeg mottok følgende Krabbetale anno 2018 fra en student etter min forelesning om psykologprofesjonens utvikling i Norge, der psykologrollen ble tematisert:

Men snur vi havets situasjon på hode
 For i havet eksisterer det mest liv på vår klode
 Da mingler Krabben i tangen på toppen
 Med fordel av oppbygning i hodet og kroppen
 Den klynger seg fast i kunnskapens tak
 Ikke lenger nederst og bak
 Men med utsikt over livets vei
 Der det svømmer maneter, haier og sei
 Da kan Krabben dirigere, si ja og si nei
 Og på aller beste måte hjelpe akkurat deg!

Psykologstudent 2. semester, 2018. ✕

REFERANSER

- Andreasen, N. C. (1997). Linking mind and brain in the study of mental illness. A project for a scientific psychopathology. *Science*, 275(5306), 1586–1593. <https://doi.org/10.1126/science.275.5306.1586>
- Bergland, J., Egeland, R., Falao, J., Fasting, C., Løvfold, F., Ruud, O. Ø., Thormodsæter, O. & Øidvin, S. (2009). Psykologer under psykiatriens parasoll. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 935–937.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Ad Notam Gyldendal.
- Haavik, M. (2001). *Frist oss ikke inn i ledelse. En undersøkelse av psykologers identitet, med særlig vekt på ledelse* (Hovedoppgave). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Kringlen, E. (1996). Psykiatriens utvikling og vitenskapsteoretiske forankring. *Impuls*, 2 årg. 50: 79–82.
- Løchen, Y. (1970). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Universitetsforlaget.
- Oddli, H. & Kjøs, P. (2009). 7 løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24, 168–173.
- Torgalsbøen, A. K. (2009). Psykologen i «psykiatrien» – fra veloppdragen gjest til myndig entreprenør. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 702–704.

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til **redaksjonen@psykologtidsskriftet.no**.

Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på:

Skriv for oss på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:



Revider dine vedtaksvurderinger

Vi gjør alle feil iblant. Siden feilvurderingene vi gjør som vedtaksansvarlige kan få store konsekvenser, er det viktig med egenrevisjoner av vedtakene vi fatter.

TEKST Ivar Elvik

KONTAKT

ivar.elvik@ahus.no

ETTER ÅTTE ÅR som vedtaksansvarlig psykiologspesialist på to psykosesengeposter har jeg gjennomført mange vedtaksvurderinger. Dette er vurderinger som ligger i grenseland mellom klinisk skjønn og juss. Til tross for at jeg forsøker å være etterrettelig, kan jeg gjenkjenne bevisste og ubevisste prosesser hos meg selv som påvirker vurderingene mine. Beslutningene mine påvirkes av systematiske skjevtolkninger, eller kognitive bias. Som psykolog har jeg god kunnskap om slike skjevheter. Dessverre er kunnskap ingen vaksine. Jeg er åpent bedre til å påpeke bias hos andre enn hos meg selv. Som faglig ansvarlig kan mine feilvurderinger potensielt få fatale konsekvenser. Det kan skje enten ved at jeg unnlater å oppheve tvungent vern når tvangskriteriene ikke er oppfylt, noe som i praksis er et brudd på menneskerettighetene til den det gjelder, eller ved at jeg unnlater å opprettholde eller å fatte gyldige vedtak for pasienter som sårt trenger behandling. Jeg tror dessverre at begge deler skjer litt for ofte, og har derfor bestemt meg for å gjennomføre en egenrevisjon. Yager og kol-

leger (2021) har oppsummert vanlige kognitive og følelsesmessige bias i psykoterapi. Jeg har tatt utgangspunkt i denne litteraturgjennomgangen i revisjonen av egne tvangsvurderinger.

SKJEVHETER I INNTAKSVURDERINGER

De første vurderingene gjør jeg typisk ved inntak av nye pasienter som allerede er underlagt tvungent psykisk helsevern. Da har jeg allerede arvet en diagnosevurdering og et tvangsvedtak. Denne arven blir et anker som kan påvirke min vurdering. *Forankringseffekten* (Yager et al., 2021) er en betegnelse på en bias som fører til at senere informasjon blir veid opp mot den første informasjonen. Det er en effekt man ofte utnytter i forhandlinger for å påvirke den andre parten til høyest eller lavest mulig pris. I mitt tilfelle er forhandlingsspørsmålet grad av psykose. Psykose-opplevelser ligger på en dimensjon fra normale unormale opplevelser som ikke vurderes som tegn på alvorlig psykisk lidelse, til de mest alvorlige variantene av psykose som medfører alvorlig funksjonsnedsettelse og behov for langvarig behandling.



Det sitter langt inne å slippe ut noen som er i en desperat nød de ikke helt forstår selv, og ønske dem lykke til videre alene i miseren

For å diagnostisere noen som alvorlig sinnslidende, som er hovedkriteriet for tvungent psykisk helsevern, krever det vanligvis en vurdering av om det foreligger stor grad av psykose. Det er lettere for meg å konkludere med at pasienten har bikket over denne grensen hvis jeg allerede har ankret min forståelse av ham med alvorlig grad av psykose. I tillegg er jeg i utgangspunktet dreven i å lukte meg frem til tegn på psykose. *Bekreftelsestendensen*, en hang til å legge merke til det som bekrefter det man allerede tror, hjelper meg godt på veien der (Yager et al., 2021). For å toppe det hele er oppmerksomheten min styrt av at psykose har noe iboende tragisk og spennende ved seg som gjør at man legger spesielt merke til det fremfor annen informasjon. Det er den samme dynamikken som styrer hva som får store overskrifter i nyhetene. *Fremtredenhetsskjevhet* beskriver tendensen til å bli dratt mot oppsiktsvekkende informasjon på bekostning av kjedelig informasjon (Yager et al., 2021). Psykose som fenomen fremstår som mer oppsiktsvekkende enn for eksempel depresjon. Alle disse faktorene gjør at en oftere konkluderer med at psykose er til stede i mer alvorlig grad enn det som er tilfellet.

På den andre siden kan en nedarvet vurdering om at det *ikke* foreligger psykose, ha en tilsvarende forankringseffekt i motsatt retning. Siden min kontekst er en psykosepost, er ikke dette en effekt jeg kjenner på i hverdagen. Men jeg har sett flere pasientforløp hvor pasienter med langvarig, ubehandlet psykose har en behandlingshistorie for andre problemer enn psykose. Her kan symptomer som stemmehøring og vrangforestillinger omtales indirekte uten at psykose blir nevnt som differensialdiagnose. Det kan virke som at når man først har utredet en pasient, er man ikke lengre oppmerksom på andre forklaringer på pasien-

tens plager. *For tidlig konklusjon* beskriver en tendens hvor nysgjerrigheten forsvinner etter at man har trukket en konklusjon (Yager et al., 2021). Klinikere som er pushet til tidlige diagnosevurderinger gjennom pakkeforløp-kravene, er ekstra sårbare for denne tankefellen.

UNNLATELSE OG HANDLINGSSKJEVHET

Ønsket om å hjelpe andre var, etter ønsket om å finne ut hvorfor jeg var så sær, min viktigste motivasjonsfaktor for å bli psykolog. Valget om å jobbe i psykosefeltet kjentes naturlig fordi hjelpebehovet for psykoserammede er så tydelig. I de tilfellene hvor man ikke klarer å komme til med frivillig behandling, fremstår ofte tvang som den eneste muligheten til å komme i behandlingsposisjon. Det sitter langt inne å slippe ut noen som er i en desperat nød de ikke helt forstår selv, og ønske dem lykke til videre alene i miseren. *Handlingsskjevhet* beskriver en tendens til å foretrekke beslutning om å handle i stedet for å vente og se (Yager et al., 2021). Mange vurderinger om tvangsbehandling kan nok være påvirket av denne skjevheten. Det kjennes umoralsk å la være å handle overfor noen som er i en psykose, spesielt når man blir fortalt at psykose kan være giftig for hjernen (Anderson et al., 2014). I 2017 fikk pasienter økte rettigheter til å ta beslutninger om behandling, selv om pasienten etter helsepersonellets skjønn tar horrible behandlingsvalg. Lovendringen innebærer at ved tvil om pasientens samtykkekompetanse skal hen vurderes som samtykkekompetent. Vedtaksansvarlige står derfor oftere i situasjoner der de etter loven gjør vurderinger som innebærer en unnlattelse av tvangsbruk. Jeg mener lovendringen har ført til at flere pasienter som kunne fått et bedre liv hvis de mottok hjelp underlagt tvungent psykisk helsevern, nå må seile sin egen sjø. Min personlige mening om lovendringen bør selvsagt ikke påvirke min juridiske vurdering av om kriteriene for tvang er til stede. Hvis jeg skal være ærlig, har jeg nok i tvilstilfeller vurdert pasienter til å mangle samtykkekompetanse. Ut fra loven er det ikke mulig å tvile seg frem til at en pasient mangler samtykkekompetanse. Lovteksten sier at manglende samtykkekompetanse skal være åpenbar.

Hypotetiske katastrofeoverskrifter

I behandlingsmøter hender det jeg blir bedt om å se for meg hypotetiske avisoverskrifter av typen «Utskrevet pasient drepte tilfeldig forbi-»

passerende». Formaninger som dette kommer gjerne i samtale om utgang, utskrivelse eller opphevelse av tvangsparagrafer. Slike fantasi-overskrifter er ubehagelige. Jeg ser dem visuelt for meg. Gjerne med et lite flatterende bilde av meg selv med undertekst av typen «Psykologspesialist gjorde dagen før vurdering om å utskrive drapsmannen». Trikkedrapet er et eksempel på en nyhetssak hvor pasienten begikk drap kort tid etter utskrivelse fra sengepost. Etter denne hendelsen var det flere klinikere som fikk et sterkt behov for å holde ryggen fri og unngå at deres vurderinger skulle føre til lignende katastrofer. Da føles det ofte tryggere å være på den sikre siden og fortsette tvungent vern. Det å ha vedtaksansvar for pasienter med volds- og selvmordsrisiko kan av og til føles som et spill der du fort blir sittende igjen med svartep. Ingen vil være den personen som står ansvarlig hvis noe alvorlig skjer. *Unnlatelseskjevhet* beskriver tendensen til å la være å ta vanskelige beslutninger (Yager et al., 2021). I sporvognproblemet blir du bedt om å se for deg en sporvogn som er på vei mot en gruppe mennesker. Du har mulighet til å endre sporvognens kurs mot en enkelt person og dermed redde flere mennesker, men samtidig forårsaker du et menneskes død. Unnlatelseskjevhet vil i dette moralfilosofiske tankeeksperimentet gjøre at en gjerne lar være å endre sporvognens retning. Når jeg står med valg om å oppheve tvungent vern, kan jeg kjenne på hvor lett det er å følge denne tendensen. Hva om jeg opphever tvang og pasienten i etterkant utsetter seg selv eller andre for alvorlig skade? Da kan det være lettere å akseptere eventuelle negative sider ved videre tvang. Det personlige ansvaret føles kanskje mindre hvis en opprettholder tvang, sammenlignet med å vedta en opphe-

velse av tvungent vern og overføring til frivillig behandling.

Unnlatelseeffekten kan ha motsatt fortegn for klinikere som skal vurdere om man bør etablere tvang. Hvis man ser på tvangsbruk som potensielt skadelig for pasienter, kan valget om å unnlate å igangsette tvang være enklere. Unnlatelsen kan medføre mer ødeleggelse, men en kjenner seg allikevel mindre ansvarlig for passivitet enn for en aktiv handling.

«TRUST ME, I'M A PSYCHOLOGIST»

Etter 12 år i psykosefeltet begynner jeg å få tro på egne vurderinger. Der hvor jeg tidligere var åpen for alt, drar jeg nå nytte av å ha kjennskap til forskjellige kjennetegn hos pasienter som jeg kan huske fra tidligere saker. *Overmodige slutninger*, eller «overconfidence bias», beskriver en universell tendens til å tro at en vet mer enn det en faktisk gjør (Yager et al., 2021). Den er ironisk nok relatert til en typisk tankefelle når det gjelder psykosepasienter, nemlig *trekke raske konklusjoner*, eller «jumping to conclusions» (Dudley et al., 2016). Begge tankefellene er kjennetegnet av at du trekker raske slutninger basert på lite empiri, og så holder fast ved slutningene selv om du får ny informasjon. Egne meninger blir tillagt mer vekt enn grundig innsamling av informasjon gjennom anamnese og strukturerte utredningsredskap. Jeg gjør meg ofte opp en mening om pasientens hovedproblem i løpet av en samtale eller to. Disse tentative vurderingene har en tendens til å bli endelige diagnostiske vurderinger. Når det er snakk om vedtaksvurderinger, må en ofte gjøre rede for hvorfor pasienten skal være underlagt tvang. Det kan være enten fordi pasienten har klagd på vedtak eller i forbindelse med en kontrollundersøkelse. I disse situasjonene er det meningen at jeg som vedtaksansvarlig skal gjøre en nøytral vurdering opp mot kriteriene for tvungent vern. I realiteten opplever jeg å være i en forsvarsposisjon, der jeg må forsvare det som jeg og/eller kolleger har vurdert. Litt overdreven tro på egne evner kommer godt med når en skal forsvare slike vurderinger.

Vegring mot vedtaksansvar

Det er 20 år siden psykologspesialister fikk vedtaksmyndighet på linje med psykiaterne. Ett av argumentene for å gi psykologene et slikt ansvar var at dette ville bidra til mindre tvang. Denne antatte reduksjonen i tvangsbruk har



Det å ha vedtaksansvar for pasienter med volds- og selvmordsrisiko kan av og til føles som et spill der du fort blir sittende igjen med svartep

- **Forankringseffekten:** Klinikerer lar seg prege av tidligere tvangsvedtaksvurderinger og tar ikke nøytral stilling til informasjonen som kommer frem.
- **Bekreftelsestendensen:** Klinikerer legger bare merke til symptomer som bekrefter det hen allerede antar.
- **Fremtredensskjevhet:** Klinikerer legger merke til de mest spennende symptomene over mer ordinære symptomer
- **For tidlig konklusjon:** Klinikerer tar en tidlig vurdering og stopper å undersøke andre mulige tolkninger
- **Handlingskjevhet:** Klinikerer følger ett press mot å foreta seg an aktiv beslutning eller handling i stedet for å «vente og se»
- **Unnlattesskjevhet:** Klinikerer opplever beslutningsvegring i vanskelige avgjørelser
- **Overmodige slutninger:** Klinikerer får overdreven tro på egne vurderinger og unnlater å undersøke alternative tolkninger
- **Konformitetsbias:** Klinikerer unnlater å komme med vurderinger som går imot en gjeldende konsensus

glimret med sitt fravær. Mitt inntrykk er at psykologer som stand er mer kritiske til bruk av tvungent psykisk helsevern. Dette bekreftes i en studie hvor norske psykologer, psykiatere, sykepleiere og andre helsepersonell ble fremlagt flere kliniske vignetter og bedt om å vurdere aktuelle tvangsvedtak. Psykiaterne foreslo oftere tvangstiltak enn psykologene (Aasland et al., 2018). Så hvorfor fører ikke psykologers vedtaksposisjon til mindre tvangsbruk?

Min erfaring er at dette bunner i en vegring mot å ta på seg vedtaksansvar. Som tillitsvalgt gjennom flere år har jeg kjempet i oppoverbakke for å motivere psykologer til å påta seg rollen som vedtaksansvarlig. Jeg jobbet tidligere i et helseforetak som hadde et eget lønns-tillegg på 55 000 for å inneha vedtaksansvar. Psykologene var ikke imponert. De som var mest kritiske til bruk av tvang, hadde ingen hast med å skitne til egne hender. De var mer komfortable med å kritisere tvangsbruk fra utsiden enn å gå inn i en rolle som ville medføre å stå ansvarlig for en tvang. Dermed satte de seg i en posisjon hvor de ikke kunne gjøre noe med problemet.

For de av oss med skitne hender tror jeg kultur er en viktig opprettholdende prosess. Selv skaffet jeg meg vedtakskompetanse gjennom en blanding av interne kurs, veiledning og erfaring. Alle disse elementene bidro sterkt til en innprenting av «slik gjør vi det her» når det gjaldt hvordan en skulle forvalte vedtaksrollen. Jeg merket ikke nevneverdige forskjeller

mellom psykologspesialistene og psykiaterne i holdninger til tvungent psykisk helsevern. Mitt inntrykk var at arbeidsplassens vurderingskultur for tvungent helsevern var sterkere enn eventuelle holdninger og refleksjoner fagpersonene hadde fra før. Både leger og psykologer er i utdanningsstillinger i minst fem år før de blir psykologspesialister eller psykiatere. Da er det meningen at de skal ta til seg læring og kunnskap heller enn å være endringsagenter. Psykologer som ender opp med vedtaksmyndighet, har gjennomgått en skole på sine respektive sykehus som i stor grad er med på å opprettholde tidligere praksis. Dette betyr ikke at praksisen ikke er riktig, bare at den er motstandsdyktig mot endring.

PRESS FRA ALLE KANTER

Det er krevende å komme med alternative synspunkter når en er alene om dem. Hvis du er den eneste som har synspunkter som går mot konsensus blant kolleger, kan du fort kjenne deg litt som en av deltakerne i konformitetsstudiene til Solomon Asch (1951). I disse studiene begynte flere deltakere å tvile på sine egne vurderinger i en enkel oppgave når de ble møtt med en konstruert konsensus. Deltakerne tenderte mot å svare i tråd med resten av gruppen, enten fordi de begynte å tvile på egen persepsjon, eller for å unngå å komme i konflikt med gruppen. Tendensen til å tenke og handle i tråd med en gruppekonsensus kalles passende nok *konformitetsbias* eller «conformity bias» (Mos-



covici & Faucheux, 1971). En slik dynamikk kan også utspille seg i en personalgruppe som har en sterk kultur rundt tvangsbruk. Hvis du har et annet syn på tvangsbruk som du er alene om, kan du fort begynne å tvile på egne faglige vurderinger og bli bekymret for kritikk fra kolleger. Min egen dagsform påvirker motivasjonen for å bryte med konsensus om tvangsvurderinger på arbeidsplassen min. Har jeg overskudd, kan jeg fint stå i rollen som enslig kranglefant. Men i en travel klinisk hverdag merker jeg ofte at jeg lar meg bli dratt med i den behagelige konformiteten.

Jeg setter pris på pårørendearbeid. Den likegyldigheten som psykosepasienter kan vise overfor jobben du gjør, blir ofte kompensert med stor takknemmelighet fra de pårørende. Samtidig er det mange pårørende som står på barrikadene sammen med pasienten for å kjempe mot tvangsbruk. Pårørendes syn på tvangsbruk er åpenbart viktig, og de har en naturlig rett til informasjon og til å klage på tvangsvedtak. Jeg lar meg påvirke av hva de pårørende mener om tvangsbruk. I mange tilfeller er det riktig, men det kan også lede meg vekk fra en juridisk korrekt beslutning. En desperat pårørende kan dytte meg mot å opprettholde tvang hos en samtykkekompetent pasient som gang på gang velger bort behandling, eller mot å oppheve tvungent vern som er hjemlet og nødvendig hos en pasient uten samtykkekompetanse. På toppen av dette kan kommune, poliklinisk behandler og fastleger presse på fordi de opplever at de ikke greier å gi god nok hjelp uten tvang.

MOTOVERFØRINGER

Positive og negative følelser for pasienter kan også påvirke mine kliniske vurderinger. Uerkjent antipati mot pasientene kan gi et ubevisst ønske om å straffe dem. Det kan føre til en rekke ubevisste handlinger, alt fra å oppheve tvang for å bli kvitt dem til lavere terskel for bruk av tvangsmidler. På den andre siden kan pasienter som skaper positive motoverføringsreaksjoner hos meg, gjøre at jeg blir mer motvillig til å fatte tvangsvedtak, eller at jeg opphever et vedtak på uriktig grunnlag. I noen tilfeller kan jeg til og med strekke meg lenger for å ikke oppheve tvang for en pasient som trigger positive motoverføringsreaksjoner hos meg, siden jeg ikke vil overlate pasienten til seg selv. Det er ikke helt klart for meg om mine



Hvis du har et annet syn på tvangsbruk som du er alene om, kan du fort begynne å tvile på egne faglige vurderinger

motoverføringsreaksjoner bidrar til økt eller redusert tvangsbruk. Det som derimot står klart for meg, er at mine motoverføringsreaksjoner bidrar til at jeg blir mindre treffsikker i mine vurderinger.

JURIDISK OG KLINISK TANKESETT

Som kliniker synes jeg det er vanskelig å stå imot alle de psykologiske og følelsesmessige mekanismene som påvirker vurderingene mine. Jevnlig egenrevisjon gir meg litt økt mentalt rom til å gjøre riktige vurderinger. Det krever overskudd og tid, noe som er et knapphetsgode innen spesialisthelsetjenesten. Jeg er også avhengig av andres refleksjoner rundt min praksis, og felles drøftinger med andre klinikere med vedtaksansvar er gull verdt. I slike drøftinger har jeg blitt bevisst forskjellige tanke-sett hos meg selv som kan være virksomme i vedtaksvurderinger. Jeg vil kalle disse min indre kliniker og min indre jurist. Klinikeren har som sist største mål å hjelpe pasientene. Juridiske vurderinger blir for klinikeren et middel for å nå dette målet. Den juridiske vurderingen et vedtak blir fattet på, blir da tilpasset et ønsket klinisk utfall. En selvmordstruet jente uten psykose blir vurdert med alvorlig sinnslidelse for å sikre hjelp. Tvilen blir underkjent i vurderinger av samtykkekompetanse. Jeg lar være å nevne usikkerhet om behandlingseffekt. Når det er min indre kliniker som styrer, ser jeg mange gråsoner i den psykiske helsevernloven som jeg kan bruke for å sikre behandlingen jeg mener er best for pasientene mine. Min indre jurist er også interessert i god behandling, men ikke på bekostning av rettssikkerhet eller riktige juridiske vurderinger. Når min indre jurist styrer roret, ser jeg mer svart-hvitt på det samme lovverket. Da

er det tydelig når selvmordsfare ikke hjemler tvang, hvem som er samtykkekompetent, og hvor viktig det er å beskrive usikkerhet i vedtak. For min egen del tror jeg at mine vedtaksvur-

deringer vil bli mer treffsikre hvis jeg klarer å oppdage når min indre, paternalistiske kliniker gjør vurderinger som burde vært overlatt til min indre jurist. ✕

REFERANSER

- Anderson, K. K., Voineskos, A., Mulsant, B. H., George, T. P. & Mckenzie, K. J. (2014). The role of untreated psychosis in neurodegeneration: a review of hypothesized mechanisms of neurotoxicity in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 513–517. <https://doi.org/10.1177/070674371405901003>
- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. I H. Guetzkow (red.), *Groups, leadership and men: research in human relations* (s. 177–190). Carnegie Press.
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S. & Hutton, P. (2016). Psychosis, Delusions and the «Jumping to Conclusions» Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 652–665. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Moscovici, S., & Faucheux, C. (1972). Social influence, conformity bias, and the study of active minorities. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, s. 149–202). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60027-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60027-1)
- Yager, J., Kay, J. & Kelsay, K. (2021). Clinicians' Cognitive and Affective Biases and the Practice of Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 74(3). <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200025>
- Aasland, O. G., Husum, T. L., 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. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>

Hvorfor har vi ikke lykkes med å redusere tvangen i Norge?

20 år med politiske ambisjoner om å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern har ikke gitt ønskede resultater. Kunnskaper om hvordan vi kan lykkes med endringer i klinisk praksis, finnes, men anvendes ikke.

TEKST Trond Hatling og Erlend Bugge

KONTAKT
trond.hatling@
samforsk.no

Både nasjonalt og internasjonalt har en lenge arbeidet mot bruk av tvang i psykisk helsevern. Her hjemme har dette blant annet kommet til uttrykk gjennom Stortingets behandling av revisjonene av psykisk helsevernloven i 1999, 2007 og 2017. Internasjonalt har tvangsbruk vært tematisert både gjennom FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter (på engelsk forkortet CRPD) fra 2006 og i vedtak fra Europarådets parlamentarikersamling i 2019. Gode intensjoner til tross, tvangstallene har snarere økt enn falt de siste 20 årene. Heller ikke psykologenes inntog som vedtaksansvarlige i 1999 har hatt noen synlig effekt på tvangsbruken. Paradoksalt nok har det i den samme perioden vært gjennomført en rekke studier som viser at det er mulig å redusere bruk av tvang. Et nærliggende eksempel er det såkalte *Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang* fra 2000/2001, hvor man fikk en klar nedgang i bruk av tvang ved å invol-

vere det kliniske miljøet (Den norske legeforening, 2011).

Målet med dette essayet er å belyse utviklingen i tvang i det psykiske helsevernet siden tusenårsskiftet. Først gjennomgår vi hvilke betingelser som må være til stede for å lykkes med endringer i komplekse tjenestesystemer. Deretter presenteres utviklingen i tvangsinnleggelse og tvangsmidler fra år 2000, før vi viser hva som er blitt gjort fra sentrale helsestyresmakter for å realisere målet om å redusere bruken av tvang. Til slutt drøfter vi i hvilken grad endringsbetingelsene er blitt oppfylt i arbeidet for å redusere bruk av tvang.

ENDRINGER I KOMPLEKSE TJENESTESYSTEMER

Endring dreier seg ikke bare om hva man gjør, men også om når og hvordan man gjør det. En sentral suksessfaktor i endringsarbeid er involvering av endringsaktørene (det vil si de som

skal utføre endringene, og de som berøres av dem (Nilsen et al., 2020), beslutninger om hvilken type tvang man bør redusere, hvilke målsettinger man skal ha, hvilke metoder man skal implementere og så videre. En slik prosess vil normalt ta lang tid og bør heller forstås som en «utviklingsmessig evolusjon» enn som et tidsavgrenset prosjekt (Ovretveit et al., 2012). Varige endringer i arbeidsmetoder og holdninger blant de titusenvise som arbeider i det psykiske helse-tilbudet i primær- og spesialisthelsetjenesten, innebærer således en tidshorisont på flere år. Her er det betimelig å fremheve en annen gylden regel for endring, nemlig trinnvis implementering, med fokus på noen få, helst bare ett, mål til å begynne med (JICA, 2013). Lykkes man med ett konkret og tidfestet mål (IHI, 2021b), kan man legge til flere og høyne lista for hva man ønsker å oppnå. Å fokusere på ett mål innebærer imidlertid ikke at man bruker bare én tilnærming. Forskningen viser at det sannsynligvis er når man bruker flere metoder på flere nivåer (multimodal tilnærming), at man lykkes best med å redusere bruken av tvang (Gooding et al., 2020). Et kjennetegn ved disse metodene er ikke bare et enøyd fokus på reduksjon av tvang, men også samtidige og komplementære tiltak for å styrke frivillighet og samarbeid.

Et ofte underkjent element i implementering av nye metoder er kommunikasjon om hensikten med intervensjonen: Hvorfor bør vi gjøre ting annerledes? Hva er den forventede gevinsten av å gjøre ting annerledes (IHI, 2021a)? Et nøkkelpoeng her er at kommunikasjonen må synliggjøre den antatte gevinsten for de kliniske miljøene. Reduserte tvangstall vil i seg selv neppe være tilstrekkelig motivasjon for endring. Nedgang i tvang må også kunne begrunnes i at potensielle ulemper ved en slik nedgang er relativt mindre enn den forventede gevinsten. Et eksempel kan være at arbeidsmetodikk som øker graden av frivillighet og medbestemmelse, kan gi like gode behandlingsresultater uten for eksempel en vesentlig økning i antall innleggelses (Molyneaux et al., 2019). Dette kan knyttes til en annen læresetning innen organisasjonsteori, nemlig at implementerte tiltak må være kompatible med den eksisterende tenkning og kultur (Sanson-Fisher, 2004). Konkret innebærer dette blant annet at tiltak for å redusere tvang må ta utgangspunkt i hvordan beslutningene om tvang fattes, og utfordre de bakenforliggende antagelsene (Mannion & Davies, 2018). En vik-

tig del av en strategi for tvangsreduksjon blir dermed opplæring, hvor studier på effekten av tvang har en naturlig plass, likeså tiltak for frivillighet. Opplæring i vitenskapelig tenkning og etisk refleksjon hører også hjemme i dette. En slik opplæring kan belyse rådende grunnlagstenkning omkring tvang, i tillegg til at det gir et felles kunnskapsgrunnlag, som i sin tur bidrar til omforente målsettinger og metoder (Wensing et al., 2020).

Organisasjon

Selv om det meste av endringsarbeidet må utføres av dem som jobber i de psykiske helsetjenestene, kreves det en superstruktur som er dedikert til å redusere bruken av tvang. En slik organisasjon må ha en ledelse og enheter for brukerstøtte/opplæring, rapportering og så videre. Eksisterende litteratur indikerer at man har best sjanse for å lykkes om en slik organisasjon er enkel, ubyråkratisk og lite hierarkisk, med en operativ profil innrettet mot hjelp, støtte og motivering (Nystrom, 2009; Vaughn et al., 2019). Prosessen må også forankres i organisasjon og ledelse på ulike nivåer av de psykiske helsetjenestene, det vil si nasjonalt, regionalt og lokalt, med fastsettelse av ansvar, målsettinger og måltall. Endringsarbeidet må selvsagt omfatte alle som jobber innen de psykiske helsetjenestene, men henvisende leger og vedtaksansvarlige spesialister er særlig viktige å inkludere. Her viser forskningen at hvis ikke nøkkelgruppene er på rett side av endringsarbeidet, er faren for å mislykkes stor (Daly et al., 2014; Leite et al., 2020).

Løpende statistikk

En grunnleggende forutsetning for alt endringsarbeid er at man vet hvor man er, og hvor man skal. Det betyr at man trenger konkret og målbar informasjon (tall) om hvordan man beveger seg i forhold til de mål man har satt (Shah, 2019). Som et minimum må informasjonen (tallene) være tilgjengelige på organisasjonsnivå, fortrinnsvis på enhetsnivå. Effektivt endringsarbeid kan bare skje dersom det er en direkte forbindelse mellom endringsaktørene, tiltakene og oppnådde resultater; de som jobber med implementeringen av endringene, må se at innsatsen gir utslag i måltallene. For at dette skal være mulig, må det også være tidsnærhet mellom iverksettelse av tiltakene og resultater (Islam & Li, 2019). Tall for de utvalgte målene må altså være ferske, gjerne oppdatert ukentlig, »



... det er mulig å redusere bruk av tvang



... tiltak for å redusere tvang må ta utgangspunkt i hvordan beslutningene om tvang fattes, og utfordre de bakenforliggende antagelsene

fordi dette gir større sikkerhet for at det man gjør, kan relateres til de resultater man får. Blir tall publisert på kvartals- eller årsbasis, er det helt i det blå for endringsaktørene om disse kan knyttes til anstrengelser den siste tiden.

HVA HAR VÆRT GJORT?

Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene

I de årlige oppdragsdokumentene formidler Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sine krav til de regionale helseforetakene (RHF). En gjennomgang av dokumentene som er tilgjengelig på departementets hjemmeside, viser at man i alle år siden 2002 har stilt krav om redusert tvangsbruk i spesialisthelsetjenesten.

Oppdragsdokumentene inneholder også spesifikke mål som alle RHF-ene skal nå innen de ulike områdene, såkalte styringsparametere. Dette omfatter alt fra fristbrudd til sykehusinfeksjoner. Kravene til hva som skal rapporteres, og hvilke mål som skal nås, har imidlertid vært varierende. Siden 2010 har det vært definert styringsparametere for tvangsbruk, og gjennom årene har det variert hvilke parametere man har fokusert på. Til og med 2017 var det kun andel tvangsinnleggelse som skulle rapporteres, med unntak av 2013, hvor HOD også ba om andel tvangsbehandlingstiltak. I 2018 ba de om både andel tvangsinnleggelse og antall tvangsmidler, for dernest kun å be om det siste

fra 2019. Man har de fleste årene hatt en formulering om at tvangsbruken skal være redusert sammenlignet med året før, mens man for 2014 stilte et spesifikt krav om 5 % reduksjon.

En viktig måte HOD kan følge med på utviklingen på, er gjennom RHF-rapporteringen på styringsparametere, hvor hyppighetskrav signaliserer HODs vektlegging. For tvangsbruk har det variert om man har krevd tertialvis eller årlig rapportering (fleste årlig). Til sammenligning har HOD siden 2014 krevd månedlig rapportering for gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.

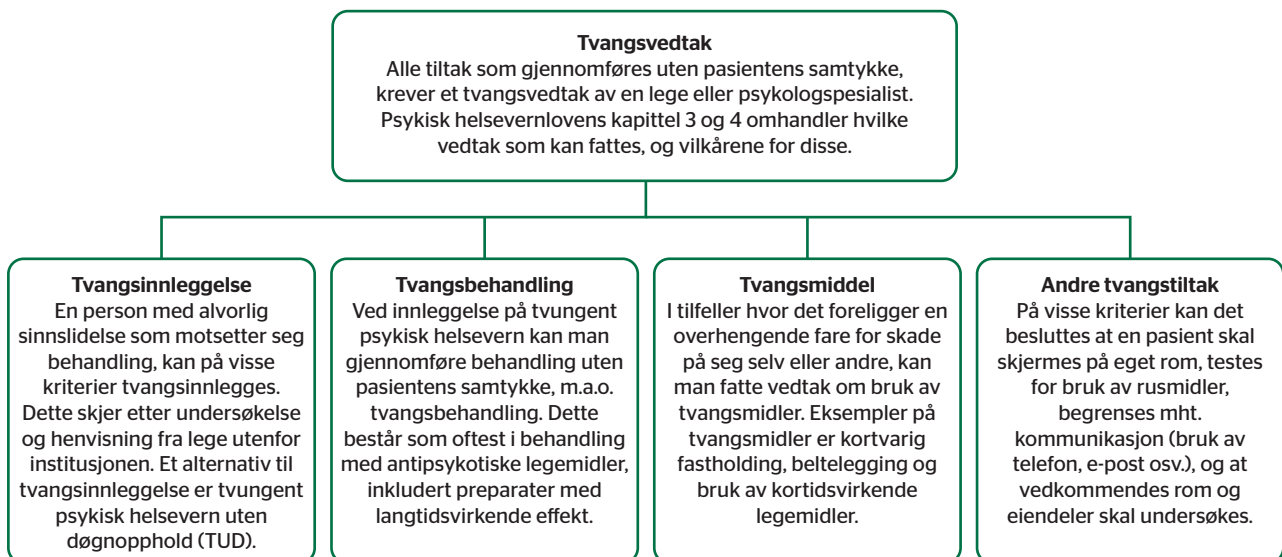
Styringsparametere på tvangsområdet har med andre ord verken lagt opp til hyppighet eller målbarhet i tråd med kunnskapen om endringsarbeid.

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern

Helsedepartementet ga i 2003 Sosial- og helsedirektoratet i oppgave å utarbeide en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Den ferdige planen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) hadde fire hovedmålsettinger: økt frivillighet ved innleggelse, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk. De fleste av de 29 tiltakene var innen de to første målområdene. Ansvaret for gjennomføringen ble i all hovedsak lagt til direktoratet, i samarbeid med instanser som

Figur 1

Sentrale begreper innen tvungent psykisk helsevern



regionale helseforetak, yrkes- og brukerorganisasjoner med videre. Ingen av tiltakene var direkte rettet mot å redusere tvang, men omfattet i hovedsak utarbeidelse av faglige anbefalinger for å styrke tjenestetilbudet (funksjonsdelingen mellom sykehus og DPS, akutteam mv.). Flere av tiltakene var relativt vagt formulerte. Eksempelvis skulle man *vurdere* å etablere opplæringsprogram for ansatte. Både tiltaksplanens egen omtale av personalets kompetanse, datidens kunnskapsstatus og den lange prosessen for å utvikle MAP (<https://sifer.no/undervisning/map-mote-med-aggresjon-og-vold-i-psykisk-helsevern/>) tilsier at man allerede da burde sørget for å etablere et slikt opplæringsprogram. I planen fremkom det ikke hvordan den skulle ledes, koordineres eller følges opp underveis.

INGEN REDUKSJON I BRUKEN AV TVANG

Psykisk helsevernloven hjemler bruk av tvang på en rekke områder. Grovt sett kan disse deles inn som i figur 1.

En nærmere beskrivelse av de fleste tvangshjemlene framstilles i tabell 1.

Det er bare for tvangsinnleggelse og tvangsmidler vi har utviklingstall på nasjonalt nivå for de siste 20 årene. For tvangsmidler har det vært benyttet ulike innsamlingsmetoder, og tallene for tvangsinnleggelse har vært beheftet med manglende innrapportering fra noen geografiske områder enkelte år. Det primære for vårt formål er å vise de grove utviklingstrekkene, men det må tas forbehold om nøyaktigheten i tallene for enkeltår (jf. tekst til den enkelte figur).



Tabell 1

Oversikt over typer av tvang og vilkår for bruk av disse i psykisk helsevernloven

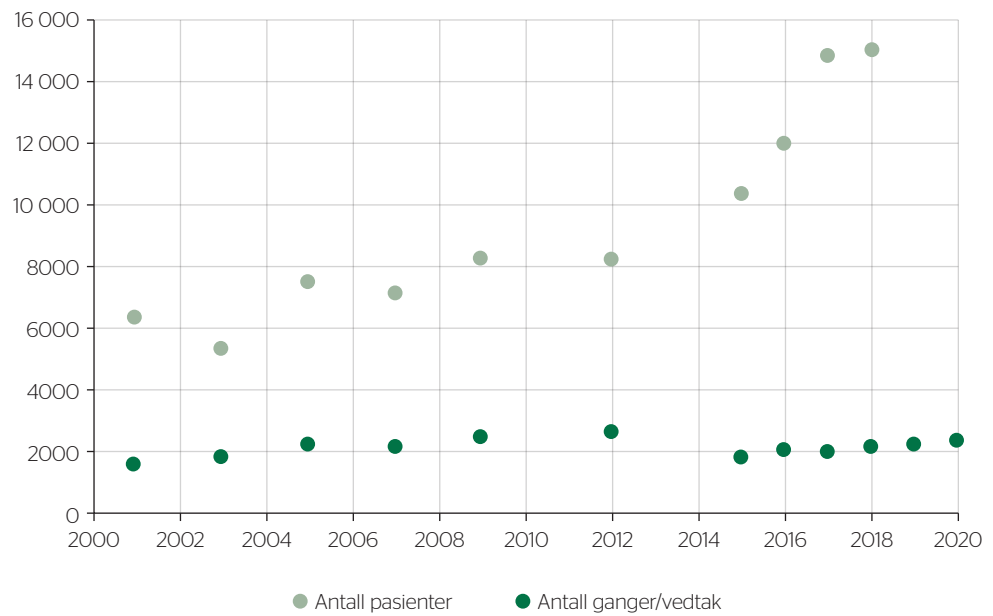
Psykisk helsevernloven	Type tvang	Vilkår for bruk av tvang
Innleggelse på tvungent psykisk helsevern		
<i>Frivillighet skal være forsøkt før tvangsinnleggelse, og det skal gjøres en helhetsvurdering om hvorvidt tvangsinnleggelse er til det beste for pasienten. Pasienten skal undersøkes av lege forut for innleggelsen og av lege- eller psykologspesialist ved ankomst til institusjonen.</i>		
§ 3-2	Innleggelse for tvungen observasjon	Alvorlig sinnslidelse er overveiende sannsynlig. Pasienten mangler evne til å samtykke, ev. må det foreligge fare for eget liv eller andres liv eller helse.
§ 3-3	Tvangsinnleggelse	Alvorlig sinnslidelse (f.eks. psykose) foreligger. Pasienten mangler evne til å samtykke, samt at det må foreligge fare for eget liv eller andres liv eller helse, og/eller behandling er nødvendig.
Tvangsmidler og tvangsbehandling		
<i>Bruk av tvang skal begrenses til det strengt nødvendige og ha kortest mulig varighet. Tvangstiltak skal være minst mulig inngripende, og effekten av tiltaket må klart oppveie ulempene. All bruk av tvangsmidler/-behandling skal nedtegnes i egen protokoll.</i>		
§ 4-3	Skjerming	Pasienten kan holdes atskilt fra medpasienter dersom den psykiske tilstanden eller utagerende adferd gjør det nødvendig.
§ 4-4	Tvangsbehandling	Ved en alvorlig sinnslidelse kan pasienten behandles med legemidler mot sin vilje. Ved en alvorlig spiseforstyrrelse kan pasienten behandles med ernæring mot sin vilje.
§ 4-5	Innskrenking av kommunikasjon	Ved sterke behandlingsmessige eller velferdsmessige grunner, eller ved sterke hensyn til nærstående person, kan det besluttes begrensninger i pasientens rett til å motta besøk, bruke elektronisk kommunikasjon eller sende/motta pakker.
§ 4-6	Undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon	Ved begrunnet mistanke om at rusmidler, farlige gjenstander eller lignende innføres i en institusjon, kan pasientens rom eller eiendeler undersøkes, ev. kan det også gjennomføres kroppsvisitasjon.
§ 4-7	Rusmiddeltesting	Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan det tas prøver av pasienten for å avdekke dette.
§ 4-8	Bruk av tvangsmidler	For å hindre at en pasient skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar etc., kan det brukes tvangsmidler som fastholding, beltelegging og korttidsvirkende medikamenter.

Figur 2
Tvangsinnleggelse og tvangsinnlagte i Norge



Merknad. Antall tvangsinnleggelse i Norge i perioden 2001–2020 samt antall personer tvangsinnlagt 2008–2019.

Figur 3
Utvikling i bruk av tvangsmidler



Merknad. Antall vedtak som ble fattet 2001–2018, og antall pasienter som fikk vedtak om bruk av tvangsmidler i perioden 2001–2020.

Utvikling i tvangsinnleggelseser

I figur 2 viser vi antall tvangsinnleggelseser (tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern) og antall personer tvangsinnlagt det enkelte år. Fordi noen pasienter tvangsinnlegges flere ganger i løpet av et år, er antallet tvangsinnleggelseser høyere.

Som det framgår av figur 2, har det over 20-årsperioden vært en økning både i antall tvangsinnleggelseser og antall tvangsinnlagte. For tvangsinnleggelseser har en over mange år manglet pålitelige og komplette opplysninger. For perioden fram til 2011 er de publiserte tallene estimerer (høy/lav). Vi har derfor av framstillingshensyn valgt å presentere et gjennomsnitt for noen år i figuren over. Tallene for 2001–2006 er hentet fra Bremnes et al. (2008b), for 2007–2010 fra Helsedirektoratet (2012), for 2011 fra Helsedirektoratet (2014), for 2012–2018 fra Helsedirektoratet (2021a) og for 2019–2020 fra Helsedirektoratet (2021b).

Utvikling i bruk av tvangsmidler

I figur 3 viser vi utviklingen i samlet bruk av tvangsmidler (mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og holding), både antall pasienter det er fattet vedtak overfor (inkluderer for 2001–2012 også skjerming) og antall vedtak/ganger.

For perioden 2001–2012 ble opplysningene om bruk av tvangsmidler samlet inn manuelt, for 2001–2006 av Bremnes et al. (2008a), for 2009 av Bjørkly et al. (2011) og for 2012 av Knutzen et al. (2014). For tvangsmidler ble datakvaliteten i Norsk Pasientregister (NPR) i flere år etter dette vurdert som for lav til å bli publisert.

Muligens som et resultat av at VG i 2016 skrev en rekke artikler om tvangsmiddelbruk, herunder manglene ved offentlig statistikk (<https://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/>), har man publisert opplysninger om tvangsmidler fra NPR fra 2015 (Helsedirektoratet, 2021a, 2021b). Tallene for periodene før 2012 og etter 2015 er derfor basert på ulike datainnsamlingsmetoder, og det er grunn til å anta at utviklingen på tvers av disse periodene ikke er direkte sammenlignbare. Derimot viser utviklingen innen hver av periodene en til dels betydelig økning i bruk av tvangsmidler.

STRATEGI FOR ØKT FRIVILLIGHET

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) består av tre plandeler: en nasjonal, en regional og en lokal del (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Strategien hadde tre hovedmål: Tjenestene skal i størst mulig grad være basert på frivillighet, de skal være av en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minimum og aldri brukes der det ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter, samt at all tvangsbruk skal registreres og innrapporteres til NPR.

Det erkjennes at man ikke har oppnådd målet om å redusere bruken av tvang, tross gjentatte styringssignaler til RHF-ene og at de fleste tiltakene i tiltaksplanen fra 2006 er blitt gjennomført.

I den nasjonale delen av strategiplanen kobles tvangsbruken til større samfunnsmessige trekk og utviklingen av helsetjenestene (Meld. St. 47 (2008–2009)). Strategien viser til de ulike strukturelle grepene i Samhandlingsreformen og hvordan disse kan bidra til å redusere bruken av tvang. Blant annet peker den i kapittel fire på områder som godt utbygde og tilrettelagte tilbud i kommunen – et sted å bo, noe å leve av og noe å leve for, god oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse – tilgjengelige og sammenhengende psykiske helsetjenester, samt god



En definerer her «riktig bruk» av tvang til å «være en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter»





Den viktigste endringen i 2017-revisjonen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke skulle kunne tvangsinnlegges eller tvangsbehandles, selv om de hadde en alvorlig sinnslidelse

beredskap, – kompetente og tilgjengelige akutt-tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Strategien peker også på at det er en forutsetning at man kontinuerlig monitorerer tvangsbruk på både lokalt og nasjonalt nivå for å lykkes i arbeidet med å redusere bruken av tvang.

Samtidig hevdes det at det ikke er godt nok faglig grunnlag for å fastsette nasjonale normtall for tvangsbruk, selv om de regionale og lokale planene forutsettes å inneholde konkrete og målbare tiltak. I den regionale og lokale delen ba departementet om at det ble utarbeidet eksplisitte planer for reduksjon av tvang, men disse skulle bare sendes HOD til orientering.

Mens tiltaksplanen av 2006 brukte begrepene redusert og kvalitets-sikret bruk av tvang, inneholder strategiplanen begrep som økt frivillighet og riktig bruk av tvang. En definerer her «riktig bruk» av tvang til å «være en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter» (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 13). I hvilken grad riktig bruk av tvang i en slik forståelse fører til redusert bruk av tvang, blir ikke drøftet.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene i sine planer tilfredsstiller departementets krav, og at disse blir gjennomført og fulgt opp.

Helsedirektoratet gis ansvaret med å iverksette tiltakene i den nasjonale plandelen, samt følge utviklingen og understøtte implementeringen av lokale og regionale planer. Helsedirektoratet skulle blant annet sette i gang informasjons- og kommunikasjonstiltak for å understøtte iverksettingen av en samlet strategi, og skape arenaer for kunnskaps- og erfaringsutveksling på ulike nivåer og på tvers av helseforetak og helse-regioner. Dette ble så vidt vi kjenner til ikke gjennomført.

Den nasjonale plandelen inneholder 14 tiltak, men de to mest konkrete og klinikknære tiltakene ble aldri realisert. Det ene var å utarbeide en felles veileder om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det andre var å utgi et tipshefte til begge tjenestenivå om frivillige og brukerstyrte tilbud.

Det ble forventet at Helsedirektoratet og RHF-ene dekket merarbeidet med å realisere strategien innen eksisterende budsjetter.

LOV-INITIATIV

Det har de siste 20 årene vært to lovrevisjoner, i henholdsvis 2007 og 2017. Det har også vært satt ned to lovutvalg, Paulsrud-utvalget (Regjeringen, 2011) og Tvangslovutvalget (Regjeringen, 2019).

I korthet innebar lovrevisjonen i 2007 noen få innstramminger i enkelte paragrafer, samt at kortvarig holding ble definert som tvangsmiddel. Den viktigste endringen i 2017-revisjonen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke skulle kunne tvangsinnlegges eller tvangsbehandles, selv om de hadde en alvorlig sinnslidelse. Unntaket var om de var til fare for eget liv eller andres liv og helse. I formålsbestemmelsen til 2017-revisjonen fremkom det for øvrig at loven skulle «... forebygge og begrense bruken av tvang». Med fasit i hånd (se figur 2, 3 og tabell 1) kan vi fastslå at lovrevisjonene ikke har hatt noen tvangsreduserende effekter.

Paulsrud-utvalgets forslag ble i realiteten lagt i en skuff, da det kun ble nevnt i en bisetning i statsbudsjettet som ble lagt fram samme år. Mange av problemstillingene fra Paulsrud-utvalget ble likevel videreført i Tvangslovutvalget, som skulle se på mulighetene for en felles lov på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder (psykisk helse, rus mv.). Det er ennå ikke klart hva som blir resultatet av dette arbeidet. I den siste

av to høringer til den såkalte tvangsbegrensningsloven fra Tvangslovutvalget er HOD særlig interessert i å få innspill på konsekvensene av implementering av loven.

HVORFOR UTEBLIR REDUKSJON I TVANGSBRUK?

Både tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler har økt gjennom disse 20 årene, stikk i strid med politiske ambisjoner og styringssignaler. Oppsummert viser en gjennomgang av de sentrale offentlige initiativene for å redusere bruken av tvang at det ikke har vært mangel på planer. Det har heller ikke manglet kunnskap om status når det gjelder tvangsbruk, både gjengitt i de to plandokumentene og gjennom regelmessige publikasjoner fra SINTEF og etter hvert Helse- og omsorgsdepartementet. Det har også vært tydelige føringer til de regionale helseforetakene gjennom hele 20-årsperioden om å redusere tvangsbruken. For enkelte år har man også kvantifisert reduksjonsmålet. Myndighetene har vært tydelige på at det er viktig å monitorere tvangsbruk kontinuerlig, både på nasjonalt og lokalt nivå. At man har stilt krav til RHF-ene om tertialvis eller årlig rapportering av tvangsbruk, er dog langt unna de forventninger til løpende statistikk på måloppnåelse som slike endringsprosesser fordrer.

Medieoppmerksomhet om tvang har direkte innflytelse på Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler til RHF-ene. Gjennom 2016 hadde VG en rekke artikler om tvangsmiddelbruk i det psykiske helsevernet, og avdekket blant annet mangelen på komplette data. For 2017 stilte HOD derfor krav om at RHF-ene skulle etablere system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern: «Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass.»

Det er ingen støtte for at forskjeller i lovverk i seg selv har betydelige konsekvenser for bruk av tvang (Sheridan Rains et al., 2019). De mindre endringene man har gjort i det norske lovverket gjennom årene, vil derfor trolig ikke gi de ønskede resultatene. At man har satt så store ressurser inn på lovendringer mens man i 2006 kun skulle *vurdere* opplæring, er dermed det motsatte av hva forskning på tvangsreduksjon og kliniske endringer foreskriver.

Tvangsbruk innen psykiatrien opererer i spenningsfeltet mellom individets rettigheter på den ene siden og samfunnsvernet på den andre siden. I den grad samfunnsvernet står

sterkt i befolkningen og blant politikere vil det sannsynligvis være vanskelig å få ned tvangsbruken i psykisk helsevern. En vesentlig reduksjon i bruken av tvang vil også kreve en større aksept for alvorlig psykiske syke i det offentlige rom, og til syvende og sist kanskje øke faren for alvorlige, om enn svært sjeldne, hendelser.

I oppdragsdokumentet til RHF-ene for 2022 er styringsparameteren på tvangsområdet endret til å «forhindre feil bruk av tvang», uten at det er satt noen kvantitative mål. Og i Hurdalsplattformen bebuder Støre-regjeringen en gjennomgang av vilkåret om manglende samtykkekompetanse fra lovendringen i 2017, blant annet begrunnet i samfunnssikkerhet. Om dette samlet sett signaliserer mindre helsepolitisk oppmerksomhet på reduksjon av tvang framover gjenstår å se.

AVSLUTNING

Bruk av tvang i behandling er sammensatt, og innsatsen for å redusere tvangsbruk må skje på flere nivåer (individ, organisasjon, samfunn). Når man ikke bruker kunnskapen om implementeringsarbeid i komplekse organisasjoner, er det fare for at ambisjonen om tvangsreduksjon ikke blir annet enn gode intensjoner. Manglende sentral organisering og ledelse, liten involvering av tjenesteaktører og brukere, lite målrettet arbeid med enkeltområder og fravær av dedikerte ressurser peker seg ut som klare svakheter i myndighetenes proklamasjon om at tvangen må ned. Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne gjelder fra 1. mars 2022: <https://www.helsetilsynet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>. Rådene inneholder en rekke gode tiltak, men uten omfattende implementeringsstøtte viser vår gjennomgang at de ikke vil gi resultatene man ønsker. Vår oppfordring er at en i de kommende årene erkjenner at dette er langsiktig og komplekst endringsarbeid. Det må ledes, både nasjonalt, regionalt og lokalt, det forutsetter tett involvering av det kliniske miljøet og brukere/pasienter – særlig når det gjelder tvangsinnleggelse, er tett kommunal deltakelse avgjørende, og det må foreligge systemer for kontinuerlig monitorering av måloppnåelse på organisasjons-/enhetsnivå. At tvangen ikke er redusert de siste 20 årene, skyldes etter vår vurdering at disse faktorene i stor grad har vært fraværende i tvangsreduksjonsarbeidet så langt. ❌ »

REFERANSER

- Björkly, S., Knutzen, M., Sandvik, L. & Furre, A. (2011). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009*. (Rapport 2011-1), Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Oslo. https://www.researchgate.net/publication/272060986_Innsamling_og_analyse_av_data_om_bruk_av_tvangsmidler_og_vedtak_om_skjerming_i_det_psykiske_helsevernet_for_voksne_i_2009
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007* (Rapport A8231). SINTEF Helse.
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008b). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006* (Sluttrapport. SINTEF A4319). SINTEF Helse. <https://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Tvang-i-psykisk-helsevern/Bruk-av-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-i-2001-2003-2005-og-2007/>
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P. M. & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 75-83. <https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>
- Den norske legeforening. (2011). *Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter-fra-gjennombruddsprojekter/gjennombruddsprojekter-psykiatri-bruk-av-tvang/>
- Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27-39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011* (Rapport IS-2035).
- Helsedirektoratet. (2014). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013* (Rapport IS-2243). <http://docplayer.me/9781388-Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2013.html>
- Helsedirektoratet. (2021a). <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Supplerende notat for NKI Publiseringsen*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne/Supplerende%20notat%20til%20NKI%20publiseringsen.pdf/_/attachment/inline/b95bac6e-00ca-4203-9f2f-e6c3b5b6b538:312ddda5886e09aad445e0594b882cf264000b52/Supplerende%20notat%20til%20NKI%20publiseringsen.pdf
- IHI. (2021a). *Communication Strategies for Spreading Changes*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/CommunicationStrategiesforSpreadingChanges.aspx>
- IHI. (2021b). *Science of Improvement: Setting Aims*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementSettingAims.aspx>
- Islam, M. & Li, Y. J. (2019). Quality improvement in healthcare: the need for valid, reliable and efficient methods and indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 495-496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz077>
- JICA. (2013). *Change Management for Hospitals through Stepwise Approach* (T. H. W. Karandagoda, red., 2. utg.). Japan International Cooperation Agency.
- Knutzen, M., Björkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A. & Sandvik, L. (2014). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012* (Rapport 2014-2), Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse-region Sør-Øst, Oslo. https://sifer.no/wp-content/uploads/2019/08/Rapport_2012_Tvangsmidler_og_skjerming_17_des3.pdf
- Leite, H., Bateman, N. & Radnor, Z. (2020). Beyond the ostensible: an exploration of barriers to lean implementation and sustainability in healthcare. *Production Planning & Control*, 31(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1623426>
- Mannion, R. & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, k4907. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A. & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>

- Nystrom, M. (2009). Characteristics of health care organizations associated with learning and development: lessons from a pilot study. *Quality Management in Health Care*, 18(4), 285–294. <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e3181bee19e>
- Ovretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., Lofgren, S., Mazzocato, P., Tolf, S. & Brommels, M. (2012). Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 237–257. <https://doi.org/10.1108/14777261211230790>
- Regjeringen. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>
- Regjeringen. (2019). *Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Sanson-Fisher, R. W. (2004). Diffusion of innovation theory for clinical change. *The Medical Journal of Australia*, 180(S6), S55–56. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05947.x>
- Shah, A. (2019). Using data for improvement. *BMJ*, 364, i189. <https://doi.org/10.1136/bmj.i189>
- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*, 6(5), 403–417. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (Rapport IS-1370). https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Vaughn, V. M., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J., Ameling, J., Winter, S., Townsend, W. & Chopra, V. (2019). Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 74–84. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573>
- Wensing, M., Grol, R. & Grimshaw, J. (2020). *Improving patient care: the implementation of change in health care* (3. utg.). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119488620>

Brukerinvolvering i forskning

Forskningsprosjektet ReCoN omhandler tvungent psykisk helsevern. I dette fagessayet belyser vi noen utfordringer og suksesskriterier for brukerinvolvering som vi har erfart underveis i prosjektet, samt viktige betingelser for at Solveig Kjus som medforsker har kunnet bidra med sin kunnskap, kompetanse og erfaring.

TEKST Solveig H. H. Kjus og Trond Hatling

KONTAKT
solveig.kjus@
samforsk.no

MERKNAD
Takksigelse
Vi ønsker å takke
prosjektleder og
forsker Jorun
Rugkåsa, forskerne
Irene Wormdahl og
Tonje Lossius Husum
og også de lokale
samarbeidspartnerne
i MH og LPP. De
har alle vært
viktige for å utvikle
brukerinvolveringen i
ReCoN-intervensjonen.

RECON er et forskningsrådsfinansiert prosjekt som skal identifisere potensialet for å redusere bruken av tvungent psykisk helsevern fra et kommunalt perspektiv (Wormdahl et al., 2020; Wormdahl et al., 2021). Prosjektet har stort fokus på samskaping og brukerinvolvering. Her vil vi begrense gjennomgangen til å beskrive hvordan vi arbeidet med brukerinvolvering i prosjektet, som var sammensatt og gikk over flere faser.

Datainnsamlingen omfattet kartlegging av «veiene til tvang» gjennom kvalitative intervjuer (Wormdahl et al., 2020). Aktører i fem kommuner ble intervjuet for å samle inn ulike vurderinger av hvorfor tvangsinnleggelse skjer, og hva som kan gjøres for å forhindre det. Videre har vi i ReCoN-prosjektet samskapt en intervensjon for å forebygge tvangsinnleggelse på kommunalt nivå. Intervensjonen ble utviklet i samarbeid med tjenesteledere, fagfolk, personer med egenerfaring og pårørende og har siden høsten 2020 blitt prøvd ut i de fem deltakende kommunene.

Solveig H. H. Kjus (førsteforfatter) er ansatt som medforsker og er hovedansvarlig for brukerinvolveringen i prosjektet. Hun har egenerfaring med tvangsinnleggelse og bruker fortsatt flere tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten der jeg bor. I tillegg er jeg tillitsvalgt i et lokallag av Mental Helse (MH), har en doktorgrad i romfysikk, og jeg har gjennomført Videreutdanning i samarbeidsbasert

forskning i psykisk helsearbeid (VIDSAM). Hvordan disse erfaringene har vært relevante og nyttige i jobben som medforsker, belyses senere i essayet.

Trond Hatling er utdannet sykepleier og arbeidet tidlig i karrieren ved Reitgjerdet sykehus. Blant annet grunnet utstrakt bruk av tvang ble Reitgjerdet nedlagt i 1987 (Reitgjerdet sykehus, 1980). Trond utdannet seg senere som sosiolog og har mange års erfaring fra forskning på tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Siden midten av 90-tallet har han vært opptatt av tvang som praksis- og forskningsfelt, og har hatt og har ulike roller knyttet til tematikken nasjonalt og internasjonalt. Han leder den delen av prosjektet som vi bruker som case i dette essayet.

Når vi i teksten skriver «jeg», gjelder det medforskeren (Solveig), når vi skriver «han», menes det Trond, mens «vi» henspiller på alle forskerne som har vært involvert i ReCoN. Samlet har vi lang erfaring fra nasjonal og internasjonal forskning på tvang som involverer et brukerperspektiv. De fleste som er engasjert i prosjektet, er også ansatt i eller medlemmer av det norske tvangsforskningsnettverket.

Vi kjente derfor feltet og mange av de sentrale diskusjonene og aktørene også blant bruker- og pårørendeorganisasjoner. Dermed lå det på mange måter godt til rette for å tenke involvering av personer med egenerfaring i prosjektet.

HVORFOR BRUKERINVOLVERING I RECON?

Brukerinvolvering har fått større betydning i forskning

Et slagord innen medforskning er «Intet om oss uten oss» (Askheim & Borg, 2010). Dette innebærer at brukere av tjenestene ønsker å være med og påvirke og bestemme hva det forskes på, hvordan det forskes, og hvordan resultatene tolkes og implementeres i tjenestene.

I dag setter de store forskningsfinansieringsaktørene krav om brukerinvolvering i alle prosjekter (DAM, 2022; NFR, 2015), og dette støttes av myndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2014). Brukerorganisasjonene har også presset på, og blant annet sier Mental Helses Samfunnspolitiske program for 2020–2022 at «Mental Helse vil at brukere i større grad blir involvert i tilknytning til brukerundersøkelser i tjenester og forskning» (Mental Helse, 2020).

Et viktig grep for å oppnå reell involvering i forskning er at personer som ønsker å bidra med sin egenerfaring i forskning, og forskere som ønsker å samarbeide med medforskere, gjennomfører utdanning i medforskning.

Brukerinvolvering er spesielt viktig i forskning på tvang fordi tvang av mange oppleves som skadelig (Lauveng & Skulterud, 2021). Brukererfaringer er derfor viktige for å synliggjøre konsekvenser av tjenestenes handlinger. Tidligere forskning (Lauveng & Skulterud, 2021; Norvoll & Husum, 2011) viser at fagfolk og de som har egenerfaring med tvang, har svært ulike perspektiver på tvang, og dette underbygger behovet for brukerinvolvering.

Om begrepet «bruker» i et intervensjonsprosjekt om tvangsbruk

I ReCoN-prosjektet trengte vi å avklare begrepet «bruker» langs to dimensjoner. Et spørsmål vi stilte oss, var hvorvidt «bruker» gav helt feil signaler når det å bli utsatt for tvangsbruk var tema. I tillegg trengte vi å avklare hvordan vi skulle tenke rundt pårørende som gruppe – deres erfaring knyttet til tvang var vel også relevant?

Etter å ha fulgt diskusjoner i ulike brukermiljøer var jeg av den klare oppfatning at mange med egenerfaring med tvang reagerer på «bruker» som begrep. Det er fagpersonene/tjenestene som bruker tvang, ikke den som er utsatt for tvangsinnleggelse eller -medisinering. På mitt initiativ ble ulike begreper diskutert og forkastet i prosjektgruppa. Blant annet forkastet vi «Person som har vært utsatt for tvang» fordi vi anså dette som verdiladet. Vi landet på det mer beskrivende «Person med egenerfaring med tvang» eller liknende, alt etter hva som passer inn i sammenhengen. Vi benyttet likevel ord som «brukerinvolvering» i vårt materiale, ettersom ikke alle involverte brukere og pårørende i prosjektet har egenerfaring med tvang.

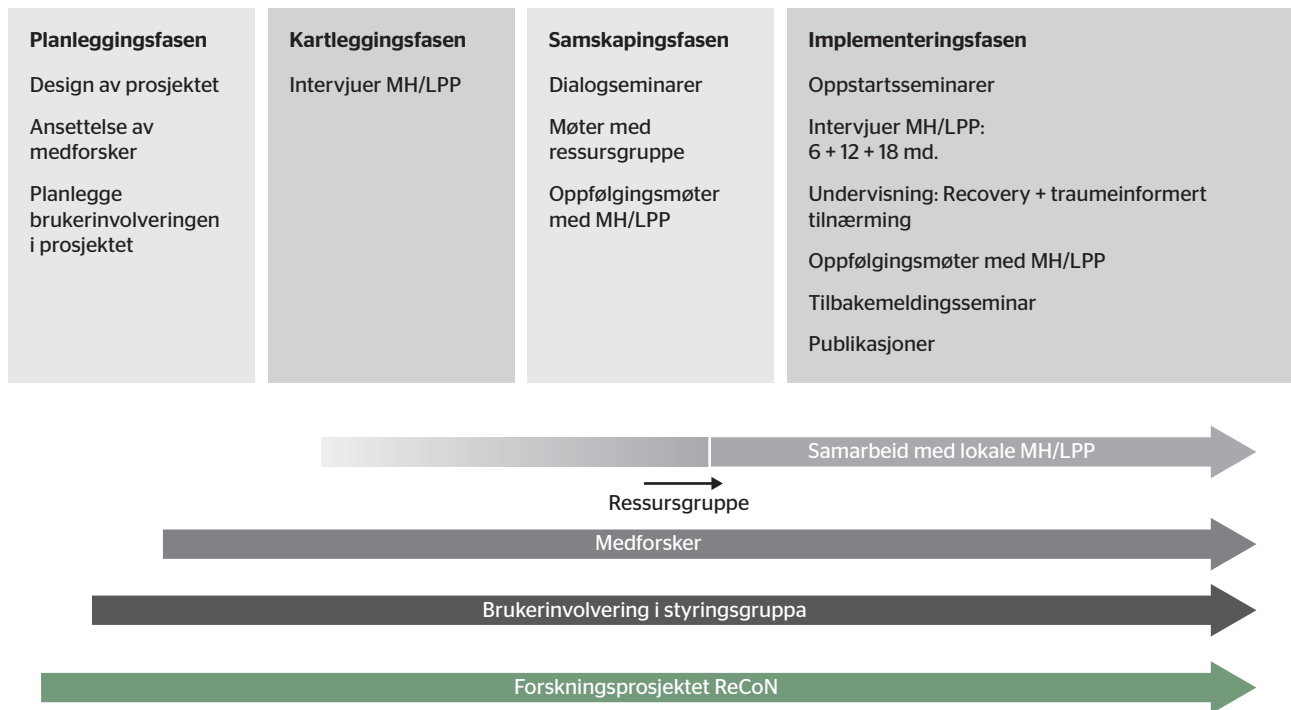
Mange pårørende har mye kunnskap om hva som skal til for at den de er pårørende til, skal få en bedre hverdag. I en del tilfeller er de pårørende talerør for sine nærmeste fordi disse er i for dårlig form til å tale sin egen sak. I tillegg kjenner mange pårørende på belastninger ved at den de er pårørende til, ikke får nok eller riktig hjelp. Vi mente derfor at et prosjekt som vil se på om det er mulig å redusere bruken av tvangsinnleggelse, også burde inkludere pårørendeperspektiver og -erfaringer. Pårørende er ikke nødvendigvis enige med den de er pårørende til, om hvilken hjelp som er mest hensiktsmessig, og noen pårørende ønsker å være involvert, men får ikke lov av den de er pårørende til. Ved å inkludere dem har vi gjennom hele prosjektet derfor anvendt et utvidet egenerfaringsbegrep. »



Brukerinvolvering i forskning kan lett bli et honnørord uten reelt innhold

Figur 1

Skjematisk fremstilling av brukerinvolveringen i forskningsprosjektet ReCoN



Merknad. Den øverste delen av figuren viser de ulike fasene i prosjektet med tilhørende aktiviteter relevante for brukerinvolveringen. Den nederste delen av figuren indikerer start og slutt på involvering.

SIKRE INVOLVERING I ALLE FASER

Brukerinvolvering i forskning kan lett bli et honnørord uten reelt innhold ved å kople på personer med egenerfaring enten for seint eller på en måte som gir liten reell innflytelse. For å få brukerperspektivet jobbet tidlig inn i tenkingen i ReCoN ble daværende leder for Mental Helse (MH) med i gruppa som utviklet prosjektsøknaden. Vedkommende har siden vært en del av prosjektets styringsgruppe. Vi budsjetterte også for en medforsker i 20 % og for andre former for brukermedvirkning gjennom prosjektperioden.

Figur 1 viser hvordan vi realiserte brukerinvolvering i ulike faser og for ulike formål, og hvordan dette inkluderer mange prosesser.

Ansettelse av medforsker

Et sentralt punkt i **planleggingsfasen** var å få ansatt medforsker i prosjektet. I stillingsutlysningen poengterte vi at medforskeren skulle bidra inn i alle deler av prosjektet, fra planlegging via utvikling av intervjuguider, analyse og

publisering av data til policyutvikling og kunnskapsoverføring til praksisfeltet. Kvalifikasjoner som ble etterspurt i utlysningen, var relevant og bearbeidet egenerfaring fra psykisk helsevern og fra tvungent vern. Det var også ønskelig med erfaring fra å diskutere perspektiv og erfaringer med andre med slik egenerfaring, eksempelvis gjennom deltakelse i brukerorganisasjon eller liknende. Vi ønsket også at personen skulle ha kjennskap til forskningsmetoder. Det var 16 som søkte på stillingen, og vi intervjuet i første runde seks meget kvalifiserte søkere, hvorav fire gikk videre til andre intervjurunde. Selv om flere av søkerne oppfylte de fleste av våre kriterier, var Solveig den som tilfredsstilte samtlige av dem, og som dessuten hadde gjennomført Videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid (VIDSAM).

Forskningsintervjuer

I prosjektets **kartleggingsfase** var målet å klarlegge veiene inn til tvang og hva som kunne vært gjort for å unngå at det ble tvangsinnleggelse. Til dette var det viktig å inkludere de med egenerfaring i intervjustudien. Vi gjennomførte derfor fokusgrupper med representanter fra MH og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP). Ikke alle hadde egenerfaring og pårørendeerfaring med tvangsbruk, men de hadde erfaringer fra de lokale tjenestene.

Med i disse intervjuene var to forskere i tillegg til meg. De stilte spørsmålene, jeg noterte og stilte supplerende spørsmål. Vi intervjuet

til sammen 37 personer fra MH og LPP, mens det til sammenlikning ble intervjuet 65 tjenesteytere (Wormdahl et al., 2021).

Viktige bidragsytere

I **samskapingsfasen** av prosjektet foreslo jeg å etablere en ressursgruppe for å sikre større involvering av flere med egenerfaring, men det ble vanskelig å få de andre forskerne med på dette. De fryktet at det ville bli mye ekstra jobb, og så ikke helt den potensielle nytten. For meg var dette et veldig viktig verktøy for å kunne få inn flere perspektiv enn bare mitt eget. Vi fant til slutt en løsning på dette sammen, men prosessen før vi fant denne løsningen, synes jeg tok uforholdsmessig lang tid. Løsningen innebar en akseptabel arbeidsmengde for alle parter, der vi to forfatterne tok hovedansvaret for kontakten.

Første møte med ressursgruppa ble avholdt 1,5 år etter prosjektoppstart. Det lyktes oss bare å finne to personer med relevant erfaring, til tross for at jeg kontaktet MH både på fylkesnivå og nasjonalt samt Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT). Vi la ned ressursgruppa etter bare to møter fordi den ene da trakk seg av personlige årsaker.

Nå måtte vi tenke nytt for å styrke brukerinvolveringen. Kanskje vi kunne involvere representantene fra MH og LPP fra de fem kommunene i større grad? Vi brukte litt tid på å tenke ut formen på dette.

Koronasituasjonen muliggjorde hyppige elektroniske oppfølgingsmøter. Vi valgte av flere grunner å ha separate oppfølgingsmøter for MH og LPP. Påførende og de med egenerfaring med tvang har ofte motstridende perspektiver. De fra samme organisasjon kjenner gjerne hverandre godt, og det blir da en tryggere arena for meningsutveksling. Færre personer i hvert oppfølgingsmøte bidro også til at alle kom lettere til orde.

I oppfølgingsmøtene før intervensjonsstart diskuterte vi innholdet i intervensjonen og hvordan den skulle gjennomføres for å få den mer treffsikker. I **implementeringsfasen** hadde vi også jevnlig oppfølgingsmøter for å sikre at perspektivet deres fikk stor nok vekt, og samtidig undersøke om intervensjonen fungerte etter hensikten: å redusere tvangsinnleggelse. Vi var også interessert i om de opplevde endringer i brukermedvirkning i kommunen. Deres innenfraperspektiv på hvordan intervensjonen fungerte, ga oss et bredere informasjonsgrunnlag for å stille de rette spørsmålene til koordinatorene i kommunene og veilede disse.

Vi gjennomførte også digitale intervjuer med representanter fra MH, LPP og noen erfaringsmedarbeidere flere ganger under intervensjonsperioden for å monitorere utviklingen for hver kommune. Intervjuguiden var den samme som for koordinatorene i kommunene.

I hver kommune avholdt vi fysiske dialog-, oppstarts- og tilbakemeldingsseminar og gjennomførte digitale kompetansehevende tiltak som en del av intervensjonen. Vi var opptatt av at MH og LPP skulle delta på alt dette. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å sikre full deltakelse, tross tilbud om kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste.

Vi ba kommunene om selv å invitere MH og LPP til undervisningen og seminarene, i håp om å stimulere til bedre samarbeid mellom MH/LPP og kommunen. For de fleste kommunene virket ikke dette helt naturlig, selv om de var enige i at det var gode grunner for at brukerorganisasjonene skulle være representert. Vi måtte derfor ta noen ekstra runder og be brukerorganisasjonene selv purre på invitasjon.

Vi har også involvert brukere/påførende i vår publisering. I en artikkel som beskriver intervensjonen (Wormdahl et al., 2022), er en representant

fra MH og en fra LPP medforfattere sammen med representanter fra kommunene og oss i forskerteamet. Jeg er i tillegg medforfatter på to andre publikasjoner i prosjektet (Hofstad et al., 2021; Wormdahl et al., 2021).

Hvorfor var det vanskelig å rekruttere?

Å rekruttere personer med egenerfaring med tvang viste seg å være vanskeligere enn vi hadde forutsett. Det kan tenkes at vi var vel naive, selv om vi visste både av egenerfaring og via andre som hadde forsøkt, at dette var svært krevende (Norvoll et al., 2008).

Da vi skulle rekruttere brukermedvirkere i prosjektet, var det flere egenskaper/erfaringer vi ønsket oss hos disse: personer med egenerfaring eller påførende erfaring med tvangsinnleggelse, lokalkunnskap fra de deltakende kommunene, og at de kunne godta premissene for forskningsprosjektet, særlig det at prosjektet ikke hadde en nullvisjon når det gjaldt tvang.

Min nære kjennskap til MH gjorde det enkelt å ta kontakt både på lokallagsnivå, fylkesnivå og nasjonalt nivå i MH. På denne måten klarte vi å oppnå representasjon fra MH i fire av de fem ReCoN-kommunene. I den siste kommunen var det ikke noe lokallag, men senere i prosjektet kom samarbeidet med fylkeslaget på plass.

Det var noe lettere å rekruttere personer med påførende erfaring med tvang via LPP. I starten fikk vi representasjon fra LPP tilknyttet alle de fem kommunene, og flere av disse hadde erfaring med å være påførende til noen som var blitt tvangsinnlagt.

Kanskje hadde vi fått flere informanter med egenerfaring med tvang dersom vi hadde kontaktet andre brukerorganisasjoner enn bare MH. Men MH har lokallag i veldig mange av landets kommuner. Derfor har de nær kontakt med tjenestene og folk som bor i intervensjonskommunene. Ofte sitter representanter fra MH i brukerråd for psykisk helse i kommunene og er dermed også nyttige i samarbeidet med kommunene.

Vår erfaring er at det er vanskeligere å rekruttere informanter/representanter til et forskningsprosjekt som handler om tvang enn til andre forskningsprosjekter innen psykisk helse. Kan dette være fordi personer som har opplevd tvang, ønsker å legge disse erfaringene bak seg? Andre har kanskje ikke overskudd og har mer enn nok med å klare dagene. Mange kan oppleve det som belastende og stigmatiserende å stå fram med sine opplevelser >>



Det viste seg imidlertid å være vanskelig å sikre full deltakelse, tross tilbud om kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste

med tvang. Noen opplever nok også å være i en avmaktsposisjon der de har mistet troen på at brukerinvolvering nytter.

Også mellom brukere og brukerorganisasjoner kan tvangsdebatten framstå som polarisert, selv om det er enighet om tvangsbrukens negative konsekvenser for den enkelte. Ut fra et menneskerettighetsperspektiv er det sterke talspersoner for en nullvisjon og at dette må følges opp gjennom lovgivingen. Andre mener at tvang noen ganger er nødvendig, og framhever kvalitativ og ressursmessig styrking av tjenestene, i tillegg til lovendringer, for å redusere bruken av tvang. For noen med egenerfaring med tvang kan det derfor ha vært vanskelig å delta i ReCoN-prosjektet på grunn av dets mangel på en nullvisjon. Med motsatt fortegn ville dette også vært tilfellet om prosjektet hadde hatt en nullvisjon. For andre vil polariseringen i seg selv være en belastning som hindrer deltakelse. Vi vet ikke hvordan denne polariseringen faktisk har slått ut for ReCoN i de deltakende kommunene, men det er et bakteppe for all brukerinvolvering på dette området.

Vår erfaring er at mange lokallag i MH har få personer å spille på, og de har ikke nødvendigvis oversikt over medlemmer som har opplevd tvang, eller som kunne hatt interesse av å delta i et forskningsprosjekt. Og var de personene vi lette etter, medlemmer i MH i det hele tatt, og dersom de var det, var de i så fall vant til å være aktive medlemmer?

Vi spurte også de ansatte i ReCoN-kommunene om de kunne hjelpe med rekruttering, men opplevde at dette ikke ga noe mer. De ansatte ble da stående i et dilemma om hvem som var «frisk nok» til å bli spurt. Det er også usikkert om de ansatte var tilstrekkelig motiverte og hadde tid og ressurser til å kunne følge opp dette (Løken, 2021).

Hva har vi lært?

Representantene fra MH og LPP skryter av involveringen i prosjektet, men ønsker at vi hadde vært til større hjelp for å få til brukerinvolveringen lokalt i prosjektet. Vi kunne hjulpet brukerorganisasjonene i arbeidet med brukerinvolveringen, for eksempel gjennom større grad av veiledning av kommunene.

Vi hadde håpet på enda mer medvirkning og bidrag fra de involverte fra MH og LPP. Her var vi naive, og erkjente ikke hvor stor forskjell det var i forutsetninger mellom fagpersoner og

de med egenerfaring når det gjaldt kapasitet til å bidra. I alle kommunene var det etablerte strukturer for fagutvikling, mens MH og LPP er organisasjoner basert på frivillighet. De ytret et sterkt ønske om å bli involvert, men etter spurte det i liten grad selv og hadde i mindre grad forberedt seg til oppfølgingsmøtene. Det kan hende at bidraget ville vært annerledes dersom vi hadde betalt honorar til deltakerne fra MH og LPP. Det ville signalisert økt likeverdighet mellom aktørgruppene og større forventninger til å bidra. Prosjektet hadde penger som kunne vært brukt til dette. Jeg var ikke klar over at det var en mulighet, og problematiserte det derfor ikke overfor prosjektledelsen.

Det var stor interesse for stillingen som medforsker, men vi opplevde mye trøbbel med å få til brukerinvolvering gjennom intervensjonsprosjektet. Medforskerstillingen er jo en jobb som gir en helt annen posisjon i forskerteamet med tanke på medvirkning. En annen ting er at en slik stilling kan appellere til dem med interesse i tvangsfeltet, mens andre ikke har lyst til å fokusere på den delen av sin erfaring.

Det kan også tenkes at vi kunne oppnådd større brukerinvolvering dersom stillingen som medforsker var større. For meg var det akkurat passe med 20 %, men dette kunne vært løst med for eksempel to medforskere i 20 % stilling. Vi ville da vært to medforskere (dog bare i 40 %) i tillegg til tre forskere (170 %).

Likevel ga brukerinvolveringen i ReCoN-prosjektet bedre forståelse av prosessene rundt tvang (Wormdahl et al., 2021). Dataene som ble samlet inn, ga større bredde i alternative tilnærminger til tvang enn hva situasjonen ville vært uten brukerinvolveringen. På den måten avdekket ReCoN løsninger som kan minske tvang, men som ikke fagfolkene hadde tenkt på.

Diskusjonene rundt etablering av ressursgruppe synliggjør at det gjenstår mye før forskningsfinansieringen og forskerkollektivet har tatt tilstrekkelig høyde for hvor ressurskrevende det er å ta brukerinvolvering på alvor i forskning. Samtidig har min fortolkning av medforskerrollen vært avgjørende for at vi har oppnådd det nivået av involvering som vi gjorde.

MEDFORSKERROLLEN – EN SAMMENSATT ROLLE

Jeg har en alvorlig psykisk lidelse og har hatt mye erfaring med tvang. I tillegg har jeg en for-

skerutdannelse innen fysikk og også erfaring fra andre forskningsprosjekter innen psykisk helse. Disse akademiske erfaringene gav meg en større trygghet til å klare å ta plassen som medforsker i prosjektet.

Selv om forskningsmetodene er ulike mellom forskningsfelt, er det også flere fellestrekk: Forskning tar tid, en må være grundig, og det er egne regler for publisering. Uten denne erfaringen kan det hende at jeg hadde følt på irritasjon eller utålmodighet i arbeidet som medforsker i ReCoN-prosjektet. Ut fra min egenerfaring med tvang kjenner jeg jo primært på et ønske om å endre uheldige forhold raskt.

Gjennom videreutdanningen innen samarbeidsbasert forskning (VIDSAM) følte jeg meg tryggere på egen kunnskap og egne bidrag. Studiet ga meg kunnskap om ulike måter å løse medforskerrollen på (Sweeney & Morgan, 2009; Telford & Faulkner, 2009) og om ulike forskningsmetoder innen helseforskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg delte også publikasjoner om medforskning med de andre forskerne. Jeg skulle samtidig ønske at jeg hadde lært mer om ulike tips og metoder for å rekruttere informanter og brukermedvirkere til prosjekter der rekrutteringen kan være en utfordring.

Erfaringer fra et annet forskningsprosjekt (Mjøsund et al., 2017) innen psykisk helse hadde også gitt meg viktig kunnskap om nødvendigheten av å bringe inn flere perspektiv enn bare mitt eget i prosjektet. Derfor jobbet jeg hardt for å involvere andre personer med egenerfaring og pårørende i prosjektet.

Å bruke egne erfaringer - styrke og utfordring

Min egenerfaring med tvang, og også ferskvareerfaring med henvisning til tvang, gjorde at jeg kunne forstå med et innenfraperspektiv hva de med egenerfaring fortalte. Men denne ferskvareerfaringen kunne til tider bli krevende. Jeg har et stort behov for å planlegge godt og tåler stress dårlig, og jeg trenger noe mer tilrettelegging og mer emosjonell støtte enn mine kolleger. Ferskvareerfaringen kunne derfor innimellom være en utfordring for kollegene mine. Dette må forstås, anerkjennes og håndteres for at ferskvaren ikke skal bli noe negativt.

Det var veldig viktig at jeg hadde et avklart forhold til hendelsene i mitt eget liv, og greide å skille dem fra hendelsene som informan-

Oppsummert har vi følgende erfaringer fra brukermedvirkningen i ReCoN:

- Mens det er et forskningspolitisk ønske om å styrke brukerinvolveringen i forskning er ikke finansieringen tilpasset den økte tids- og ressursbruken dette medfører for forskerne.
- Brukermedvirkning bør honoreres for å signalisere likeverdighet. Vi burde i større grad brukt rammene vi hadde til brukermedvirkning på honorering.
- Det er mange med relevant kompetanse som medforskere som kan nås ved å bruke et bredt sett av kanaler for å rekruttere. Standard prosedyrer for å prioritere mellom kandidater er nyttige og nødvendige.
- Brukerorganisasjonene hadde et sterkt ønske om involvering. Både sårbar og manglende organisering lokalt begrenset den faktiske muligheten.
- Både finansiering og organisatoriske forhold tilsier at det burde vært lagt ned mer tid til forventningsavklaringer: Hva er realistiske forventninger til brukerinvolvering i prosjektet (kvalitativt og kvantitativt)?
- Vi kunne hjulpet brukerorganisasjonene mer i arbeidet med å få til brukerinvolveringen, for eksempel gjennom større grad av veiledning til kommunene.
- Ansatte i kommunene kan mangle motivasjon til og kompetanse på brukermedvirkning. Håndteringen av dette bør bygges inn i prosjektplanleggingen.
- Det er viktig å utvikle kompetanse innen brukerinvolvering hos forskere som del av forskeropplæringen.



ter fortalte om. Dersom man som medforsker bare har øyne for seg og sitt, vil man ikke kunne favne flere erfaringer enn sine egne. Gjennom mitt engasjement i MH hadde jeg tilegnet meg kunnskap om dette.

Jeg var innlagt flere ganger i løpet av prosjektet. Den store viljen til å gjennomføre resulterte av og til i innleggelse etter jobbreiser. Dette betyr at gjennomføring av for eksempel seminarer med tilhørende reising var en kjent risikofaktor for forverring, men den risikoen synes jeg det var verdt å ta for å kunne bidra og oppleve mening og mestring. Noen få møter har også måttet avlyses på grunn av innleggelse, men dette er unntak. Jeg har hatt et stort ønske om å bidra med min kompetanse inn i prosjektet og ønsket ikke «å leve livet i en polstret boks».

Det var også helt vesentlig at jeg kunne være åpen om min egen situasjon. På denne måten kunne mine egne erfaringer brukes blant annet i foredrag på seminarer og i undervisning underveis i intervensjonen. Men det er viktig å poengtere at når jeg har brukt egne erfaringer i foredrag, har det vært på mine premiser og ikke noe jeg følte kollegene forventet av meg. Å bruke egne erfaringer i prosjektet har dessuten gitt disse erfaringene, som jo ikke er så positive, en nytteverdi. De var dermed ikke forgjeves og kan bidra til å hjelpe andre ved at de slipper å oppleve det samme.

Jeg har fått mange positive tilbakemeldinger fra de andre forskerne i prosjektet om at mitt bidrag har vært betydelig. Ofte sier de at mine kommentarer er kloke og med et perspektiv som de andre mangler.

Ansvarlig for å ivareta involveringsperspektivet

Allerede i ansettelsesintervjuet ble jeg bedt om å skissere brukermedvirkningen i prosjektet, og dette ble min største arbeidsoppgave den første tiden. Det var en spennende, men relativt krevende øvelse, og det ble mange runder mellom Trond og meg før oppgavene ble definert. Jeg dro da nytte av et tidligere prosjekt hvor jeg hadde vært med i rådgivningsgruppa (Mjøsund et al., 2018).

Det har også vært min jobb å finne de rette personene fra MH og LPP, og i all hovedsak har det vært mitt ansvar å holde kontakten med disse representantene. Jeg har dessuten vært «vaktbikkje» og passet på at ord og uttrykk ikke

er stigmatiserende og sikret at perspektivet til de som har kjent tvang på kroppen, har fått stor nok vekt i forskningen.

Selv om det var mitt hovedansvar å ivareta involveringsperspektivet, ville det ha styrket arbeidet dersom de andre forskerne også hadde gjennomført en utdanning i samarbeidsbasert forskning (som VIDSAM). Jeg antydte dette, men slike studier er ikke meritterende for de som tar PhD. I tillegg er det relativt tidkrevende og dermed også utfordrende å ta for etablerte forskere. Med de uttalte ambisjonene om brukerinvolvering i forskning ville en naturlig konsekvens vært at det ble lagt til rette for og stilt krav om opplæring i medforskning som del av forskerutdannelsen.

Inkluderende og forståelsesfulle kolleger

Flere ting har vært avgjørende for at jeg klarte å bidra med mine erfaringer inn i prosjektet. At jeg var åpen om hva som trengtes for å kunne bidra og om mulige hindringer, var viktig. Den følelsesmessige støtten fra kolleger har også vært avgjørende for at jeg har kunnet bidra, selv i dårlige perioder av egen sykdom. Jeg opplevde meg naturlig inkludert i forskergruppa, på lik linje med de andre, og at min kompetanse var like viktig som de andres.

De andre forskerne har fungert som en heia-gjeng i dårlige perioder og har aldri klaget over mindre bidrag. Gode og oppmuntrende e-poster og telefonsamtaler har også bidratt positivt. Jeg spør meg selv om deres helse- eller sosialfaglige bakgrunn kan ha medvirket til en større forståelse og dermed aksept.

Tryggheten min i rollen som medforsker vokste også underveis i prosjektet fordi jeg opplevde at kollegene til stadighet ga uttrykk for at mitt bidrag faktisk betydde noe.

Alltid ha en «plan B» ved store oppgaver

En viktig faktor for at jeg har kunnet bidra i så stor grad, har vært en fleksibilitet fra begge parter når det gjelder arbeidstid, arbeidssted og oppgaver. Jeg hadde blant annet ofte hjemmekontor også før pandemien og har gjennomført utallige digitale møter, selv under innleggelse.

For meg har det vært viktig å kunne planlegge ting i god tid, men «god tid» for meg er ikke nødvendigvis det samme som «god tid» for de andre i prosjektet, så det kan ha vært årsak til noe frustrasjon. Jeg har erfart at jeg plutselig kan bli syk og indisponert noen dager. Derfor er det godt for meg å vite at jeg rekker å komme i mål til tross for dette. Mine kolleger, som ikke har denne utfordringen og har andre oppgaver som haster mer i øyeblikket, kan ha problemer med å forstå hvorfor jeg maser om å få ferdig for eksempel en felles presentasjon. Men med åpenhet og vilje til samarbeid ordnet det seg alltid.

En viktig tilrettelegging var å alltid ha en plan B når viktige gjøremål skulle gjennomføres, i tilfelle min form skulle forhindre deltakelse. Eksempler på plan B kunne være å alltid bestille reise og opphold med avbestillingsmulighet eller å avtale hvem som skulle ta arbeidsoppgavene dersom jeg skulle bli forhindret. Resultatet av å ha en plan B var, i de aller fleste tilfellene, at jeg senket skuldrene og klarte å gjennomføre arbeidsoppgavene.

Sluttord – sårbarhet gjelder de fleste

I prosjektet har vi erkjent og håndtert mine utfordringer og sårbarheter underveis på en, for meg, god måte. Samtidig er det viktig å erkjenne at

det ikke bare er medforskere som er sårbare; i ulik grad og på ulike måter gjelder vel det alle. Forskningens prestasjonskultur kan en del ganger være et hinder for åpenhet om dette.

Oppmerksomhet rundt medforskerrollen kan slik bidra til større vektlegging av dette i forskningsprosjekt hvor tids- og ressursrammer er knappe. ✕



Å rekruttere personer med egen erfaring med tvang viste seg å være vanskeligere enn vi hadde forutsett

REFERANSER

- Askheim, O. P. & Borg, M. (2010). Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer «brukbar» kunnskap? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 100–109. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-02-02>
- DAM. (2022). *Utlysning. Her finner du utlysningsteksten for Forskning 2022*. <https://dam.no/programmer/forskning/utlysning/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21* (Rapport). https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf
- Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nytingnes, O., Kjus, S. H. H. & Husum, T. L. (2021). Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within-Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015–2018. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 737698–737698. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.737698>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lauveng, A. & Skulterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*.
- Løken, T. D. (2021). Rekruttering og deltakelse i kvalitativ forskning: Tjenestemottakere og pårørende som deltakere. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykiske helse* (s. 43–62). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch3>
- Mental Helse. (2020). *Samfunnspolitisk program 2020–2022*. <https://mentalthelse.no/om-oss/dokumenter/styringsdokumenter>
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Espnes, G. A., Haaland-Overby, M., Jensen, S. L., Norheim, I., Kjus, S. H., Portaasen, I. L. & Vinje, H. F. (2017). Service user involvement enhanced the research quality in a study using interpretative phenomenological analysis – the power of multiple perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 265–278. <https://doi.org/10.1111/jan.13093>
- Mjøsund, N. H., Vinje, H. F., Eriksson, M., Haaland-Overby, M., Jensen, S. L., Kjus, S., Norheim, I., Portaasen, I. L. & Espnes, G. A. (2018). Salutogenic service user involvement in nursing research: A case study. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13708>
- NFR. (2015). *Programplan 2015–2024. Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. <https://www.forskningsradet.no/contentassets/6d45731a23754d0487440d1bbad0a9f2/helsevel-programplan-2015-2024-oppdateret-2019.pdf>
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K.-G. (2008). *Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)* (SINTEF Helse rapport, Issue A8450). SINTEF. <https://doi.org/10.7577/afi/notat/2011:9>
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Reitgjerdet sykehus. (1980). *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus fra den granskingskomisjon som ble nedsatt ved kongelig resolusjon 29. februar 1980: avgitt 31. august 1980*.
- Sweeney, A. & Morgan, L. (2009). Levels and stages. I J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (red.), *Handbook of service user involvement in mental health research* (s. 25–36). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470743157.ch3>
- Telford, R. & Faulkner, A. (2009). Learning about service user involvement in mental health research. *Journal of Mental Health*, 13(6), 549–559. <https://doi.org/10.1080/09638230400017137>
- Wormdahl, I., Hatling, T., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Brodersen, D., Christensen, S. D., Nyborg, P. S., Skolseng, T. B., Ødegård, E. I., Anderssen, A. M., Gundersen, E. & Rise, M. B. (2022). *The ReCoN intervention: A co-created comprehensive intervention for primary mental health care aiming to prevent involuntary admissions* [innsendt artikkel].
- Wormdahl, I., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Hatling, T. & Rise, M. B. (2021). Between No Help and Coercion: Toward Referral to Involuntary Psychiatric Admission. A Qualitative Interview Study of Stakeholders' Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 708175. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.708175>
- Wormdahl, I., Husum, T. L., Rugkåsa, J. & Rise, M. B. (2020). Professionals' perspectives on factors within primary mental health services that can affect pathways to involuntary psychiatric admissions. *International journal of mental health systems*, 14(1), 86–86. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00417-z>

Til fare eller ikke

Lovkravene til tvangsinnleggelse er redusert ved fare for andres liv og helse, og fører til en menneskerettslig problematisk forskjellsbehandling av pasienter i psykisk helsevern.

TEKST Kent Jensen

KONTAKT

Kent.Jensen@unn.no

MED ENDRINGENE I psykisk helsevernloven i 2017 innførte man krav til manglende samtykkekompetanse for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Å inneha samtykkekompetanse betyr at man skal kunne motta og forstå informasjon om sin egen tilstand, anerkjenne og resonnerer med denne informasjonen og på dette grunnlaget uttrykke valg. Har man samtykkekompetanse, kan man også nekte å motta anbefalt behandling.

Kravet til manglende samtykkekompetanse gjelder *ikke* dersom personen anses til fare for eget liv eller andres liv og helse. Det vil si at det såkalte *farevilkåret* er oppfylt. Lovendringen har allerede medført økt bruk av farevilkåret, fra 20 % av alle tvangsinnleggelse i 2016 til 25 % i 2018 (Bremnes & Skui, 2019). Økningen kan ha to mulige forklaringer – en reell økning i voldsrisiko, eller en tidligere underreportering.

Formålet bak lovendringen var å redusere bruk av tvang overfor pasienter som anses i stand til selv å se konsekvensene av å nekte behandling. Innføringen av samtykkekompetanse var også et nødvendig første skritt i retning av å tilpasse det norske lovverket til FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (Regjeringen, 2021), som også omfatter mennesker med kroniske psykiske lidelser.

Innføring av kravet om manglende samtykkekompetanse har sannsynligvis påvirket forløpene for tvangsinnleggelse. Alvorlig psykisk sykdom utvikles som regel gradvis, og symptomer på psykose eller mani er ofte uttalte på det tidspunktet pasienten åpenbart er uten samtykkekompetanse. Dette har medført at

enkelte har blitt innlagt senere i sykdomsforløpet, mens andre har blitt skrevet ut fra sykehuset på et tidligere tidspunkt enn det som før var vanlig. Det finnes enkeltteksempler på at for tidlig utskrivelse som var begrunnet i gjenvunnet samtykkekompetanse, har resultert i alvorlig vold kort tid etter utskrivelse (Helsetilsynet, 2020). I dette konkrete eksempelet pekte Helsetilsynet blant annet på manglende voldsrisikovurderinger som svikt i helsehjelpen.

Psykisk helsevernloven stiller altså mindre strenge krav til å bruke tvang overfor personer som vurderes til fare for seg selv eller andre. Dette er en villet forskjellsbehandling som fører til en gruppeinndeling mellom personer der man har vurdert at det er fare til stede, og personer der man mener fare ikke er til stede. Tvangsbegrensingsloven som ble foreslått i 2019, legger opp til å øke denne forskjellsbehandlingen ved å gjøre det vanskeligere å bruke tvang, unntatt der det foreligger *fare for andre*.

Vurderinger av farevilkåret kan derfor få store konsekvenser for videre behandling – tvang eller ikke? Farevilkårsvurderingene blir et veivalg bestemt av behandlende psykiater eller psykologspesialist som fører med seg et stort ansvar for å velge rett.

VURDERING AV FAREVILKÅRET I KLINISK PRAKSIS

Farevilkåret er sammensatt av fare for eget liv og andres liv og helse. Fare for eget liv handler som regel om selvmordsrisiko.

Kartlegging av selvmordsrisiko bør gjøres etter nasjonal retningslinje for forebygging av

selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008a). Basert på kartleggingen av statistiske risikofaktorer, tidligere historikk og aktuell situasjon skal det gjøres en *risikokategorisering* i lav, moderat eller høy risiko. Proporsjonale tiltak skal så tas avhengig av bedømt risikokategori.

Fare for *andres liv og helse* har stor spennvidde i alvorlighet. Vilkåret kan være oppfylt ved alt fra grove verbale trusler til risiko for at personen dreper en annen person. Her regner jeg drap som ytterste konsekvens av fysisk vold. Alvorlige psykiske lidelser som eneste risikofaktor gir kun en liten økt risiko for vold (Nederlof et al., 2013). Dersom personen i tillegg har rusmisbruk, øker risikoen for vold betydelig (Witt et al., 2013). Tidligere voldshistorikk er likevel viktigste risikofaktor for fremtidig vold.

Klinikernes vurdering av voldsrisiko må selvfølgelig baseres på skjønn, hvor både den aktuelle psykiatriske tilstanden, tidligere volds-historikk og annen relevant informasjon inngår. Oppfordringen er å bruke et strukturert verktøy, men det er uklart hvor stor andel av vurderingene som er basert på dette. De vanligste verktøyene for kartlegging av voldsrisiko er det kortfattede V-risk 10 (SIFER, u.å.) og HCR-20 (SIFER, u.å.), som er mer omfattende. HCR-20 krever opplæring og er mest aktuelt å bruke først etter en innledende positiv screening for alvorlig vold.

Farevilkåret er vanskelig å vurdere. Det er en sekkebetegnelse som rommer svært ulike typer fare i varierende alvorlighetsgrad. Faren skal også være *nærliggende*, som betyr at faren skal ha nær sammenheng med den psykiske lidelsen og ikke nødvendigvis være nært forestående i tid. Det største antallet løpende farevurderinger i psykisk helsevern gjøres antagelig innen akuttpsykiatrien, og det er usikkert om alle klinikere har fått tilstrekkelig opplæring i å gjennomføre farevurderinger.

TVILSOM LIVREDNING

Det er interessant å se nærmere på hvordan de mest alvorlige utfallene, tap av liv, står seg opp mot bruk av tvangsinnleggelse der farevilkåret var oppfylt.

For drap er det kun de sakene der gjerningspersonen ble funnet å være utilregnelig, som er relevante, ikke om det forelå psykisk lidelse. Dette er fordi utilregnelighet – som regel knyttet til en psykotisk fungering i gjer-

”

Tvangsinnleggelse
begrunnet i farevilkåret
er 740 ganger høyere enn
antall drap i utilregnelig
tilstand

»



For de fleste tilfeller vil et oppfylt farevilkår innebære at en viss risiko er til stede, men at sannsynligheten for alvorlig vold er lav

Samtykkekompetanse

Å inneha samtykkekompetanse betyr at man skal kunne motta og forstå informasjon om sin egen tilstand, anerkjenne og resonnerer med denne informasjonen og på dette grunnlaget uttrykke valg. Har man samtykkekompetanse, kan man også nekte å motta anbefalt behandling.

ningsøyeblikket – kunne ha kvalifisert for alvorlig sinnslidelse og dermed muligjort tvangsinnleggelse som et beskyttende tiltak.

I 2018 ble farevilkåret vurdert som oppfylt for 25 %, dvs. for rundt 2000 tvangsinnleggelser.

Antallet selvmord i 2018 var 674 (NSSF, u.å.). En metaanalyse fant at 26 % hadde vært i kontakt med psykisk helsevern siste år før selvmordet (Walby et al., 2018). For 2018 kan vi altså estimere at 175 av de 674 som endte sitt liv, var i kontakt med psykisk helsevern forut. Dette sett opp mot de 151 000 personene som mottok behandling dette året (Helsedirektoratet, 2008b).

Antallet drapssaker i 2018 var 25 (Politiet.no, 2020), hvorav gjerningspersonen i fem av sakene ble funnet utilregnelig. For drap begått av utilregnelig gjerningsperson fant Olsen-utvalget at 54 % hadde vært til behandling og 19 % hadde vært innlagt det siste året før drapet skjedde (Politiet, 2020).

Antall tvangsinnleggelser begrunnet i farevilkåret er altså 11 ganger høyere enn antall selvmord og 740 ganger høyere enn antall drap i utilregnelig tilstand, der personen forut hadde hatt kontakt med psykisk helsevern.

Dette er riktignok estimerte og deskriptive tall og sier ikke noe sikkert om årsakssammenhenger. Hvor mange selvmord og drap som *ikke skjedde* på grunn av disse 2000 tvangsinnleggelsene, vites ikke og kan neppe beregnes godt.

Hva betyr det så at farevilkåret er oppfylt? For de fleste tilfeller vil dette innebære at en viss risiko er til stede, men at sannsynligheten for alvorlig vold er lav.

Alt tap av liv er selvfølgelig en tragedie. Selvmord er likevel hendelser med lav forekomst i samfunnet. Drap begått av utilregnelige med alvorlige sinnslidelser forekommer vesentlig sjeldnere enn dette igjen. Evnen til å forutsi på individnivå avhenger både av nøyaktighet av risikovurderinger og hvor ofte hendelsen forekommer. Derfor er det enklere å forutse vold i et lukket miljø, som for eksempel i en sengepost i psykisk helsevern der forekomsten er høy, enn ute i samfunnet der forekomsten er relativt lav. Se *The predictive value of risk categorization in schizophrenia* (Large et al., 2011) for en innføring i disse sammenhengene.

Bruk av tvang kan på den annen side ha sterk negativ effekt for den som utsettes for det – en større studie fant nylig en sammenheng mellom opplevd tvang og forhøyet risiko for selvmordsforsøk etter utskrivelse (Jordan et al., 2020). Bruk av tvangsinnleggelser for å beskytte personens eget liv har derfor tvilsom effekt på gruppenivå.

FREMTIDENS PSYKISKE HELSEVERN

Det stilles stadig strengere krav til å anvende tvang innen psykisk helsevern. Tvangsbegrensingslovens forslag går flere steg videre i denne retningen. Her stilles det flere nye vilkår for tvangsbruk, men der vilkårene er oppfylt, er det stort sett mulig å benytte de samme tvangsvirkemidlene som etter dagens lovverk. Ingen kjenner fremtiden, men slik utviklingen ser ut til å gå, lever bruk av tvang innen psykisk helsevern på lånt tid. FNs spesialrapportør for menneskerettigheter til personer med funksjonsnedsettelse og CRPD-komiteen anbefaler at all bruk av tvang innen psykisk helsevern forbys (FN, 2020). Europarådet fremla i 2019 en resolusjon som oppfordrer alle medlemsland til å starte en overgang mot et tvangs-fritt psykisk helsevern (Europarådet, 2019). Den tyske psykiateren Martin Zinkler har i artikkelformat presentert hvordan et psykisk helsevern uten tvang kan se ut; ved fare for *eget liv* skal man ikke kunne stoppes i handlinger, inkludert de farlige, om disse er i tråd med vedkommendes vilje

og preferanser. Tilbakehold på sykehus kan kun være i en kort periode for å avklare dette (Zinkler & von Peter, 2019). Tvangsbegrensningslovens forslag er noenlunde tilsvarende; en person som er til fare for eget liv, men *beslutningskompetent*, kan ikke tvangsinnlegges, og derfor ikke stoppes i sitt ønske om å ta sitt liv. Ved fare for andre mener Zinkler at alle må være like for loven, uavhengig av psykisk funksjonsnedsettelse eller ikke. Kriminelle handlinger må følgelig dømmes likt, men personer som oppfattes å være psykisk syke, må få grundig informasjon om hvilke helsetjenester som kan tilbys. Ingen skal kunne dømmes til tvangsinnleggelse eller -behandling, og alle står fritt til å velge å ta imot helsehjelp om de ønsker det. Dette skiller seg sterkt fra tvangsbegrensningslovens forslag (beholde dagens lovverk ved fare for andre) og straffelovens mulighet til å dømme utilregnelige til tvungent psykisk helsevern.

ET FREMTIDIG TODELT SYSTEM

Når man velger å definere en gruppe til å ha oppfylt favevilkår etter definisjonen i psykisk helsevernloven, risikerer man en nærmest vilkårlig forskjellsbehandling sett opp mot reell risiko for tap av liv. Denne forskjellsbehandlingen utgjør to ulike regelsett for tvang. I tillegg vil vurderingene variere over tid, som medfører at mange pasienter vil forflytte seg mellom disse to ulike regelsettene.

Tvangsbegrensningsloven trekker opp et skille ved beslutningskompetansen. Er den intakt, kan ikke personen holdes tilbake på tvang ved fare for eget liv. Ved fare for andres liv og helse er det ikke mulig å skille ut fra beslutningskompetansen, fordi behovet for samfunnsvern er uavhengig av hva pasienten ønsker. Det er da naturlig å spørre om det er helsevesenets oppgave å forebygge alvorlig kriminalitet, eller om det er en oppgave som bør ligge hos justissektoren.

Erichsen og Gitlesens dissens til tvangsbegrensningsloven sier noe om akkurat dette: «I den grad en slik utredning vil vise behov for tvangstiltak, så bør tvangstiltak innen helse- og omsorgsfeltet løftes ut av helse- og omsorgssektoren og behandles av andre sektorer.»

Fremtiden kan tvinge frem et todelt system – et psykisk helsevern helt uten tvang og ivaretagelse av dem til fare for andre under kriminalomsorgen. Et slikt system fordrer en innnevning av definisjonen av fare og en bedre måte å vurdere fare på. Skal dette ansvaret tilfalle justissektoren, vil fare måtte vurderes i en

domstol. Da risikerer i så fall rettsvesenet å forhåndsdomme i strid med grunnleggende rettsprinsipper, men på linje med det helsevesenet forventes å gjøre den dag i dag.

Det er definitivt både fordeler og ulemper med en slik todeling – men jeg mener det er på tide å diskutere dette som et alternativ. ✘

REFERANSER

- Bremnes, R. & Skui, H. (2019). *Tvang i psykisk helsevern* (IS-2888). HelseDirektoratet.
- Europarådet (2019). Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038&lang=en>
- FN (2020). *Visit to Norway. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities*. <https://www.tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2020/09/Report-of-the-Special-Rapporteur-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-Norway.pdf>
- HelseDirektoratet (2008a). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). HelseDirektoratet.
- HelseDirektoratet (2008b). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (IS-2819). HelseDirektoratet.
- Helsetilsynet (2020). Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/2020/svikt_helsehjelp_akuttinnleggelse_psykotisk_pasient_2020.pdf
- Jordan, J. T. & McNeil, D. E. (2020). Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 180–188. <https://doi.org/10.1111/sltb.12560>
- Large, M. M., Ryan, C. J., Singh, S. P., Paton, M. B., & Niessen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1), 25–33. <https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549770>
- Nederlof, A. F., Muris, P. & Hovens, J. E. (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.018>
- NOU 2010: 3. *Drap i Norge i perioden 2004–2009*. Helse -og omsorgsdepartementet.
- NSSF (u.å.). *Fakta om selvmord*. NSSF.no. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/nssf_fakta-om-selvmord_web.pdf
- Politiet (2020). *Nasjonal drapsoversikt 2020*. Politiet.no. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/drapsoversikt-2020-.pdf>
- Regjeringen (2021, 13. oktober). *FN-konvensjonen om rett til menneske med nedsett funksjonsevne*. Regjeringa.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-mangfold/likestilling-og-inkludering/konvensjoner/fn-konvensjonen-om-rett-til-menneske-med-nedsett-funksjonsevne-crdp/id2426271/>
- SIFER (u.å.). V-RISK-10. Sifer.no. <https://sifer.no/verktoy/v-risk/10/>
- SIFER (u.å.). HCR-20v3. Sifer.no. [https://sifer.no/verktoy/hcr-20v3/Tvangsforsk\(u.å.\).Svikt_i_helsehjelpen_ved_akuttinnleggelse_av_psykotisk_pasient](https://sifer.no/verktoy/hcr-20v3/Tvangsforsk(u.å.).Svikt_i_helsehjelpen_ved_akuttinnleggelse_av_psykotisk_pasient)
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751–759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Zinkler, M., & von Peter, S. (2019). End coercion in mental health services—toward a system based on support only. *Laws*, 8(3), 19. <https://doi.org/10.3390/laws8030019>



DEL II

Bruk av tvang i ulike populasjoner

Tvangens dilemma i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse

Anvendelse av tvungent vern i behandling av spiseforstyrrelser er ikke uvanlig og svært komplisert. Hvordan skal vi manøvrere blant motsetningsfylte hensyn?

TEKST Hedvig Aasen

KONTAKT

hdaa@ous-hf.no

MERKNAD Teksten omtaler pasienten som «hun». Denne forklaringen gjenspeiler at et stort flertall av spiseforstyrrelsespasienter er kvinner. Språkvalget er ikke ment å signalisere at kjønn har noen relevans i tematikken.

Selv om hun har et tilsynelatende reflektert forhold til sykdommen og det umiddelbare behovet for å innta næring, er hun for tiden ute av stand til å ta konsekvensene av dette i form av frivillig næringsinntak. Hun har selv beskrevet at hun kjemper en indre kamp mellom sykdommen og «resten» av henne, der sykdommen nå er den dominerende kraften.

Sitatet er hentet fra dom avsagt i Høyesterett august 2015, og viser til en uttalelse fra Kontrollkommissjonen i den gjeldende saken, hvor en pasient anket beslutningen om fortsatt tvungent psykisk helsevern (Norges Høyesterett, 2015). Det sentrale spørsmålet i rettssaken var om pasientens anoreksi måtte anses som en «alvorlig sinnslidelse» i juridisk forstand. Høyesterett forkastet anken enstemmig og la til grunn at hovedvilkåret for anvendelse av TPH var oppfylt.

Beskrivelsen over er velkjent. Alvorlig anoreksi innebærer ofte en dypt splittet funksjon der personen som er rammet, kan ha normal eller sterk intellektuell fungering og samtidig

er ute av stand til å ivareta noen av de mest grunnleggende behov vi har, behov for næring, væske og hvile. Bakgrunnen kan beskrives som å være styrt av en sterk «anorektisk drive», som innebærer at man handler ut fra en vrangforestilling om egen kropp og dens behov (Helsedirektoratet, 2017). Når personen det gjelder, er styrt av en slik «drive» og samtidig forstår at hun har mistet kontrollen, og at situasjonen er farlig, er det duket for ambivalens og indre krig.

”

... selv med et godt formulert lovverk vil kompetanse og kultur i organisasjonen påvirke valg vi som vedtaksansvarlige gjør i den enkelte sak

Bruk av tvang overfor mennesker med alvorlig psykisk lidelse har historisk sett vært omfattende (Syse, 2007). Over de siste par tiår har politiske signaler og føringer, lovverk og holdninger vært opptatt av pasientrettigheter, autonomi og mål om redusert tvangsbruk. I spiseforstyrrelsesfeltet har vi hatt diskusjoner om at vi jobber med en annerledes problematikk enn de fleste andre som forvalter tvang i psykisk helsevesen, og det har vært ulike holdninger til temaet tvang og etikk. I 2017 fikk vi en lovendring som inkluderte vurdering av manglende samtykkekompetanse som kriterium for vedtak om tvungent vern (Helsedirektoratet, 2017). Dette innebærer at behandlere må ta stilling til hvorvidt personen på grunn av sin spiseforstyrrelse ikke evner å forstå eller anerkjenne hva tilstanden innebærer, og ikke kan resonneres seg frem til og konkludere med et eget selvstendig fundert valg om tiltak og behandling, fordi sykdommen kommer i veien for det. Litt enkelt sagt skal det være slik at personen er ute av stand til å velge slik hun ellers ville ha gjort, på grunn av tilstanden som begrunner tvangen. Hvorvidt lovendringen har ført til en reell reduksjon i tvangsbruk, er usikkert, det finnes regionale ulikheter og mulig indikasjon på at varighet av tvang har minket mer enn hyppighet (Helsedirektoratet, 2020). I 2020 kom en ny sak opp for høyesterett der en pasient med anoreksi fremmet påstand om at hun ikke lenger kunne underlegges tvungent vern. I denne saken ble spørsmålet om samtykkekompetanse drøftet og vurdert. Ett standpunkt gikk på at samtykkekompetanse ikke var avgjørende ettersom farekriteriet også ble vurdert som innfridd. Et annet syn var at samtykkekompetansen måtte vurderes. Konklusjonen om fortsatt TPH var det imidlertid enighet om (Norges høyesterett, 2020).

Diskusjonen omkring samtykkekompetanse har hatt en side som man i forkant kanskje ikke så komme. Spørsmålet dreier seg om hvorvidt vi kan behandle noen under frivillig paragraf dersom hun mangler samtykkekompetanse. I noen tilfeller kan det jo skje at pasienten ikke motsetter seg behandling som blir foreslått, samtidig som hun vurderes *ikke* samtykkekompetent i nettopp dette spørsmålet. En form for ironisk bivirkning av lovendringen kunne da bli økt tvangsbruk ut fra pasientens rett til å få vurdert sin samtykkekompetanse. Mitt inntrykk er ikke at spiseforstyrrelsesfel-

tet har endt opp med økt tvangsbruk på denne måten. Kanskje har vi i stedet blitt mer opptatt av det som omhandler en *helhetlig vurdering*. Det er et viktig kriterium at TPH kun skal benyttes når det fremtrer totalt sett som den klart beste løsningen for den det gjelder.

NÅR BENYTTES VI TVUNGENT VERN?

Her kan det være på sin plass å ta et lite skritt tilbake: Når er det vi benytter TPH i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse? Lovverket er naturligvis det samme som for andre grupper av pasienter, og velkjent for en del lesere. De fleste tilfeller i vårt felt gjelder alvorlig anoreksi, og mer sjelden de andre spiseforstyrrelsesdiagnosene. Dette handler formodentlig om det livstruende aspektet i alvorlig underernæring, der denne gruppen har en særstilling. Andre former for spiseforstyrrelse kan være like utfordrende å behandle, og kan være forbundet med alvorlig somatisk helseskade, men det vil oftest ikke bli livstruende i samme grad som anoreksi. Vurderingen av hovedkriteriet for etablering av tvungent vern er ikke diagnoseavhengig, men stiller spørsmålet om tilstanden utgjør alvorlig sinnslidelse i juridisk forstand. Gjør den det, må man vurdere behandlingskriteriet, som handler om hvorvidt utsikt til bedring eller (snarlig) forverring påvirkes av behandlingstiltaket. Dessuten må man som vedtaksansvarlig ta stilling til om pasienten på grunn av lidelsen utgjør fare for eget (eller andres) liv eller egen helse, det såkalte farekriteriet. Farekriteriet kan «trumfe» kravet om manglende samtykkekompetanse, slik at tvungent vern kan anvendes uavhengig av samtykkekompetanse, dersom spiseforstyrrelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv.

Så langt har jeg altså nevnt hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse med tilleggs-kriterier om behandling og fare, krav om manglende samtykkekompetanse og en samlet helhetlig vurdering om at tvangen er til det beste. De andre kriteriene i psykisk helsevernloven § 3–3 omhandler at frivillighet skal være forsøkt, at det skal gjøres to – hvorav en uavhengig – legeundersøkelser, at institusjonen skal være godkjent for forvaltning av tvang, og at pasienten har rett til selv å få uttale seg (Helsedirektoratet, 2017).

Vi kommer ikke utenom at selv med et godt formulert lovverk vil vurderinger, vektning av ulike aspekter, verdier og overbevisninger i



den enkelte behandler, allianse med pasienten og relasjonskompetanse samt både kompetanse og kultur i organisasjonen påvirke valg vi som vedtaksansvarlige gjør i den enkelte sak. Arbeid med tvang fordrer derfor en grundighet og refleksjon rundt *alle* disse temaene. Vi må inn i detaljer på mikronivå i samspill med pasienten, og opp på et overordnet etisk og filosofisk nivå. Vi må være i det praktisk gjennomførbare og det ideologiske. Dette er en krevende oppgave, og det er min erfaring at den forutsetter en stor kapasitet til å håndtere og leve med og i dilemma, der ulike hensyn kolliderer med hverandre og man i faglig fellesskap finner frem til beste eller minst skadelige utvei. Overordnet sett kan det for mange kjennes naturlig å ta avstand fra tvang og fokusere på rettigheter og autonomi som noe ukrenkelig og ubetinget. På samme tid kan man tenke om det å få hjelp i en periode man selv ikke er i stand til å beslutte nødvendigheten av det, som en viktig rettighet. Tvang kan også være ivaretagelse av liv, muligheter og verdighet. Jeg vil forsøke her å se nærmere på noen varianter av disse dilemmaene slik vi møter dem i spiseforstyrrelsesfeltet, med vekt på de vedtakene vi forholder oss aller mest til, nemlig etablering og forvaltning av TPH etter phvl. § 3-3 og vedtak om og utøvelse av ernæring uten samtykke etter phvl. § 4-4b.

FAGLIGE OG ETISKE DILEMMA

Tvang som nødvendighet og skadelig inngripen

Noen ganger går vi til tvang for å redde liv. Alvorlig underernæring kan ha dødelig utfall, og i en del situasjoner opplever vi at pasienten ikke vil eller klarer å ta til seg næring overhodet, eller bare i små mengder som ikke strekker til, og som gir ytterligere vekttap. I den akutte fasen kan tvilen av og til settes til side, og det blir tydelig for oss at dersom vi ikke griper inn, så blir situasjonen sannsynligvis fatal. Det skal svært mye til før vi vil vurdere at et menneske skal overlates til å dø, dersom vi kan hindre det. Problemet med håndteringen i akutfasen er at vi noen ganger kommer i krig med den vi forsøker å hjelpe. Tvang med låste dører, sonding av næring mot ens vilje, noen ganger med fastholding eller i verste fall beltebruk for å hindre skade i ernæringssituasjonen, kan gjøre stor psykisk skade. Personer som utsettes for dette, reagerer ofte med sinne,

motstand, skam og resignasjon. Det som kanskje fantes av motivasjon og tillit til mestring, kan ødelegges, tillit til andre blir vanskeligere enn før, ensomhet og smerte kan bli resultatet. Noen har i utgangspunktet utfordringer knyttet til vonde mellommenneskelige erfaringer og strever med tillit, og noen har traumer som innebærer stor sårbarhet for tvangsutøvelse. Tvangssituasjoner kan også i seg selv bli traumatiske og skape angst som igjen ender opp med å forsterke patologien i spiseforstyrrelsen, som vi i utgangspunktet prøver å behandle. Totalvurderingen om behandling med tvang faktisk er til hjelp, er utfordrende i dette landskapet, og noen ganger må vi innse at det ikke finnes én god løsning, bare flere dårlige, hvor vi må prøve å velge den som resulterer i minst mulig skade, både på kort og lengre sikt.

Tvang som angstreduksjon og hvilepute

En annen side av historien er naturligvis også at man i lengre behandlingssløp under tvungent vern kan få til en bevegelse og utvikling i god retning. Pasienter kan erfare at når de mister muligheten til å velge bort næring over tid, så reduseres angsten for maten, eller at det blir mulig å gjennomføre matinntaket på tross av angsten. En del kan også erfare at kroppen blir friskere, og at ulike plager minsker. Når utviklingen går slik vi håper på, vil matinntak og vekt normaliseres og etter hvert muliggjøre endrede tankebaner og emosjonell kontakt. Personen blir friere til å velge slik det kjennes riktig for henne, og spørsmålet om opphør av TPH blir aktualisert. I denne prosessen kan vi noen ganger havne i et samspill med pasienten som kanskje høres overraskende ut for den som ikke er tett på dynamikken. Det som i starten kan ha fortonet seg som en evig lang innleggelse, blir på et punkt til for kort tid, og det som var vanskelig med å bli bestemt over, er endret til frykten for at tvangen skal opphøre. Vi kommer inn i en situasjon hvor det at andre eier ansvaret for (re)ernæringen, er noe trygt. Seg selv kan man ikke stole på, og mange valg kjennes vanskelige og angstprovoserende. Kanskje er vi her inne i en annen form for uheldig konsekvens av tvang: at redusert autonomi påvirker agens og egen mestringstillit. Personen det gjelder, kan ende opp mer relasjonelt avhengig enn tidligere. Dersom dette trekket er tydelig til stede i utgangspunktet, kan slike mønstre

forsterkes av tvangsbruk, og vi ender opp med ytterligere svekket selvstendighet. Fortsatt bruk av tvang i disse situasjonene er komplisert. Inntil et punkt utgjør tvangen kanskje en nødvendig hjelp til å stå i den indre krigen, og alternativet er en så sterk angst at man raskt havner i et tilbakefall. Senere i prosessen blir det riktig å overlate mer ansvar til pasienten. Dersom vi opprettholder tvang for lenge, risikerer vi å invitere til unngåelse av materiale som det kan være nødvendig å jobbe med for å bli frisk. Dette handler både om ansvar og om grad av spiseforstyrret angst. Noen vil kjenne seg igjen i at spiseforstyrrelsen faktisk kan ha det best med at behandlingen skjer under tvang, fordi det gjør at man kan unngå å ta ansvar for de friske valgene. I verste fall kan vi ende opp med å hindre tilfriskning ved å opprettholde tvang i vårt forsøk på å avhjelpe angststrykket.

Samarbeid, rolleforskyvning og risiko for overgrep

Fra ulike tradisjoner i psykoterapi er vi velkjent med et tankegods omkring hvordan terapeutens tilstedeværelse påvirker pasienten og prosessen. Jeg tenker da på motivasjonsprinsipper om at pasienten selv bør komme frem til hva hun ønsker. For sterk tydeliggjøring av behandlerens synspunkt og erfaring kan frarøve pasienten muligheten til å få jobbet godt med sitt materiale. Vi kan si at pasienten behøver plass til sin egen prosess. Dersom jeg som terapeut «eier» alle de gode grunnene og argumentene for å gjøre friske valg, som å spise, så etterlater jeg en posisjon for pasienten der de destruktive strategiene kan komme mer frem.

I arbeid med alvorlig spiseforstyrrelse er det lett å havne i et ikke-terapeutisk samspill



... noen ganger må vi innse at det ikke finnes én god løsning, bare flere dårlige, hvor vi må prøve å velge den som resulterer i minst mulig skade ...

med pasienten. Det er ikke uvanlig å reagere på pasienters atferd og uttrykk med følelser som sinne, ufrihet, antipati, overdreven ansvarfølelse eller avmakt. Når vi i tillegg introduserer tvang i behandlingen, blir dette enda mer utfordrende, og konsekvensene kan i verste fall bli antiterapeutiske prosesser og maktovergrep. Hvis de nevnte følelsene får styre beslutninger om å sonde, holde, binde fast, låse inne eller frata mulighet til kontakt, så er det lett å se at situasjoner kan bli traumatiske i seg selv og retraumatiserende for de pasienter som har vonde opplevelser i historien sin. Dersom vi handler ureflektert på utfordrende motoverføringer i forvaltningen av tvang, kan det gå riktig galt. Eller med et annet språk, dersom vi ikke klarer å gi plass til konstruktive og genuine krefter i pasienten selv, så kommer vi heller ikke ut av tvangen og over i reell og varig endring. Dette er nok enklere sagt enn gjort. I behandlerrollen kan man til tider kjenne seg som aggressor når tvang utøves. Dette er et kraftig signal om at vi står i fare for å påføre skade, og det er svært viktig å søke veiledning og drøfte med kolleger når dette utspiller seg. Selv med et høyt bevissthetsnivå på samspillet kan vi risikere å trå feil, men gjennom grundig og oppriktig refleksjon med andre står vi bedre rustet til å bevare et terapeutisk klima rundt pasienten.

Dikotomien tvang - frivillig: en forenkling av virkeligheten

Et mulig underkommunisert poeng i behandlingssammenheng er at det kan ligge «tvang» i press eller beslutninger innenfor frivillig samarbeid også. Det kan ta form av «hvis ikke du gjør slik, vil vi måtte handle sånn», og vi befinner oss i et landskap av uformell tvang. Uformell tvang kjennetegnes gjerne av press, trusler og betingelser som kan gjøre at pasienter ikke opplever at de har reell selvbestemmelse eller frihet (Norvoll & Pedersen, 2017). Den uformelle tvangen er ikke formalisert som vedtak, og kan derfor ikke påklages. Den er mindre tydelig både for den som utsettes, og for dem som utøver den. Dersom et vedtak om tvungen ernæring løper ut eller oppheves og pasienten vil forsøke å spise frivillig, kan det ligge i kortene at det blir fattet nytt vedtak dersom hun ikke lykkes, som «et ris bak speilet». Balansegangen mellom å true og å informere blir viktig å være oppmerksom på.





Her finnes to grøfter man kan falle i, én for rigid og én mer naiv

Anvendelse av lokkemidler og andre former for utilbørlig overtalelse kan også betraktes som uformell tvang. I en behandlingssituasjon kan avtaler om daglige rutiner som oppleves viktig for pasienten, som hvor mye tur og permisjon hun kan ha, også oppleves som noe påtvunget, selv om hun i juridisk forstand er i frivillig behandling. Generelle husordensregler kan oppleves tilsvarende påtvunget og autonomihemmende.

For mange med alvorlig spiseforstyrrelse, særlig de unge som fortsatt bor hjemme hos familien, kan situasjonen være at pårørende har mye makt over beslutninger om behandling, selv når personen er myndig. «Foreldretvangen» er i seg selv et eksempel på uformell tvang og minner oss om viktigheten av samspillet mellom familiesystemet og behandlingsapparatet.

Foruten formell og uformell tvang omtales pasientens opplevde tvang som en egen faktor. Det er ikke alltid samsvar mellom grad av tvang og opplevelsen av den. Pasienter med høy grad av opplevd tvang er lite fornøyd med sin behandling. De beskriver sinne, tristhet, stress, ydmykelse, hjelpeløshet, frykt og devaluering (Nyttingnes mfl., 2017). Makt, tvang og påvirkning er altså flertydige begrep som vi alltid må forholde oss til i en behandlingssituasjon hvor vi tilstreber gode prosesser for pasienten.

Ingen varig endring uten eget eierskap

Skal vi klare bevegelsen i retning av økt selvbestemmelse og dermed også muligheten for *varig* endring, så må tvangen bort. Diskusjon og tvil kan melde seg omkring hva som er riktig tidspunkt for dette. Min erfaring er at timing, dialog og fremgangsmåte er viktig i veien ut av tvangen. Videre vil jeg tenke at grunnlaget for opphør legges allerede fra starten av. Vi som behandlere har både en faglig interesse i og en

moralsk forpliktelse til det å hele veien styre unna dynamikker som leder oss inn i *unødig* tvangsbruk. Derfor er det viktig å finne mest mulig rom for autonomi innenfor en behandling som skjer under tvang, på de områder hvor det er mulig. Slik medvirkning vil redusere opplevd tvang (Norvoll & Pedersen, 2017).

I lovteksten formuleres noe av dette prinsippet i at tvang alltid skal forvaltes på lempeligste vis. Det betyr at vi må anstrenge oss for å forstå, og våge å forsøke tiltak som har potensial i seg. Vi vet at det ikke alltid er hjelpsomt å imøtekomme forespørsler, fordi spiseforstyrrelsens dynamikk kan innebære sterk forhandling som søker å skaffe rom til sykdomsutfordring. Det er en kunst å klare å se hva som er god tilpasning, versus hva som er ettergivenhet overfor destruktive krefter; dette handler om å forstå hvordan vi skal lytte og respondere til ulike utspill. Her finnes to grøfter man kan falle i, én for rigid og én mer naiv. Samtidig er målet at det er pasienten selv som skal finne *sin* balansegang mellom de ulike kreftene i seg. Da må hun få mulighet til å gjøre valg.

Overfor pasienter som i mindre grad enn andre klarer å målføre sitt behov for autonomi selv, blir bevisstheten omkring vår maktutøvelse spesielt viktig. Dersom relasjoner allerede er utfordrende for personen, vil tvangsbehandling kunne gjøre ting enda vanskeligere. Det må være et mål å jobbe for å etablere og opprettholde et så godt samarbeid som mulig underveis i et tvungent løp. En åpen dialog der pasienten opplever å bli lyttet til, og der behandleren kan tematisere noen av de dilemmaene som diskuteres her, er avgjørende for å oppnå nettopp det.

AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Oppsummert befinner vi oss i en komplisert situasjon når vi tar stilling til og utøver tvang overfor mennesker med alvorlig spiseforstyrrelse. Uttrykket «Damned if you do and damned if you don't» er beskrivende for hva det vil si å stå i dilemmaet. Hver side av vektskålen må granskes nøye, og noen ganger blir argumenter for og imot like vektige. Dessuten utfordres vi av gråsoner. I andre tilfeller er det enklere å manøvrere. God psykologisk kunnskap, trygghet og faglig sterke fellesskap er viktige komponenter når vi skal gjøre så godt vi kan i å stake ut kursen. Det gjøres mange gode vurderinger hver dag i dette vanskelige feltet, og vi har gjen-

nom de siste par tiår fått en økt bevissthet på behovet for å redusere tvangsbruken. Forhåpentlig har psykologers vedtaksrett bidratt inn i forståelsen av anvendt tvang på pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Likevel er det rimelig å si at vi fortsatt har en vei å gå i arbeidet med å redusere og avvikle tvangsbruken der den ikke er til hjelp.

Økt kunnskap om pasienters opplevelse av tvang og mulighetene for medvirkning innenfor rammer av tvang er også svært viktige områder for videreutvikling. Systematisering av kunnskap og erfaring på det enkelte behandlingssted samt vektlegging av gode faglige fellesskap og rom for refleksjon kan

bidra til at forvaltningen av tvang blir så god som mulig. I PET-prosjektet (Psykiske helse-tjenester, etikk og tvang) ved Senter for medisinsk etikk ved UiO har man prøvd ut etablering av etikk-refleksjonsgrupper med vekt på bruk av tvang (Hem mfl., 2017). Alle helsefor-etak har opprettet KEK (Klinisk etikk-komité), men disse har jobbet mer med etiske problemstillinger i somatikken enn i psykisk helsevern. Større grad av kontakt med KEK eller lokal etablering av refleksjonsgrupper med spesifikk kompetanse på spiseforstyrrelsesfeltet kan begge representere muligheter i kvalitetssikringen av anvendt tvang for vår målgruppe. ✘

REFERANSER

- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25. april 2017). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet (2020). *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017*. Rapport. IS-2888.
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell. Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern*. Universitetet i Oslo, Senter for medisinsk etikk.
- Norges Høyesterett (2015). HR-2015-01752-A, (sak nr. 2015/1305), sivil sak, anke over dom.
- Norges Høyesterett (2020). HR-2020-1167-A, (sak nr. 19-178082SIV-HRET) Anke over Gulating lagmannsretts dom 27. september 2019.
- Norvoll, R. & Pedersen, R. (2017). *Ressurshefte fra prosjektet psykiske helsetjenester, etikk og tvang*. Universitetet i Oslo, Senter for medisinsk etikk.
- Nyttingnes, O., Rugkåsa, J., Holmén, A. & Ruud, T. (2017). The development, validation, and feasibility of the Experienced Coercion Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1210–1220. <https://doi.org/10.1037/pas0000404>
- Syse, A. (2007). *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Gyldendal Akademisk.

Bruk av tvang i alderspsykiatrien

Vi har sett på forekomsten av innleggelses på tvang og vedtak om bruk av tvang ved alderspsykiatrisk døgnerhet i perioden 2007 til 2020.

TEKST

Kari Kristoffersen¹,
Fariba Barmaki¹ og
Maria S. Korsnes^{1,2}

¹ Alderspsykiatrisk seksjon, døgnerhet, Oslo universitetssykehus
² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

m.s.korsnes@psykologi.uio.no

ALDERSPSYKIATRI ER BETEGNELSEN på spesialisthelsetjeneste rettet mot personer som får en psykiatrisk sykdom etter fylte 65 år. Dette omfatter pasienter med alvorlige psykiske lidelser, demenssykdom, atferdsproblemer, depresjonstilstander, angst og andre affektive lidelser. Mange pasienter har flere psykiatriske og somatiske tilstander samtidig.

Alderspsykiatrisk seksjon ved OUS tar også inn yngre pasienter enn 65 år når det er mistanke om demens. Seksjonen består per 2021 av poliklinikk, ambulant team, nevropsykologisk team, forskningsenhet og én døgnerhet med 13 sengeplasser. Døgnerheten har tilknyttet 20 sykepleierstillinger, én sykepleierstilling for fagutvikling, 10 helsefagarbeiderstillinger, én ergoterapeut, én fysioterapeut, én sosionom, to psykiatere, to LIS-leger, en psykologstilling, enhetsleder og sykepleier ansvarlig for drift. Pasientene har tilbud om fysisk aktivitet, turgåing, sansebegrensning/-stimulering, billetterapi (tegne/male, samtale om produktet), musikkterapi, fysioterapi og miljøterapi. Det planlegges faglig begrunnet terapeutisk virksomhet med utgangspunkt i lokasjon og miljø i samhandling mellom yrkesdisiplinene. Målsettingen er å tilrettelegge for «fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst og å styrke brukerens egenomsorg» (Lillevik & Øien, 2015). Tilbudene blir individuelt tilrettelagt, og pasientene motiveres til å delta frivillig. Organisering og lokalisering av seksjonen har endret seg over årene, senest i 2021 da døgnerheten flyttet fra Vardåsen i Asker til Gaustad og ble samlokalisert med poliklinikken. Den første alderspsykiatriske avdelingen ved OUS ble opprettet i 1970 på Vardåsen, som den gang var del av Dikemark sykehus. Avdelingen besto av flere pos-

ter, for eksempel var det syv poster (nå enheter) i 1993. Gjennom de påfølgende årene har man gått fra å legge hovedvekt på omsorg og pleie til avansert utredning og spesialisert individuell behandling. Pasientene blir tilbudt et tilrettelagt opplegg, der for eksempel en somatisk undersøkelse, psykologisk utredning, bildediagnostikk som MR-caput, PET-scan, DAT-scan, samtalerterapi, elektrokonvulsiv terapi (ECT) og psykiatrisk intervensjon med legemidler inngår. Bildediagnostikken er viktig for å kunne predikere pasientens prognose og er en sentral del av utredningen der det er mistanke om hjerneorganisk svikt.

Behandling og omsorg av pasienter med demens med og uten atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) ivaretas i dag i mye større grad av poliklinikk, ambulerende team og bydels-/kommunehelsetjenesten enn av alderspsykiatrisk døgnerhet. Døgnbehandling er bare aktuelt når helsehjelp på lavere helsetnivå ikke er tilstrekkelig. Frivillig innleggelse gjøres av lege når pasienten selv ønsker hjelp i døgnerhet. Dersom pasientens tilstand er så alvorlig at frivillig innleggelse er vanskelig, kan tvangsinnleggelse bli nødvendig.

Tvangsinnleggelse i døgnerhet kan for eksempel være aktuelt hvis helsetilstanden medfører at pasienten ikke er samtykkekompetent og det anses som formålsløst å forsøke frivillig hjelp. Helsehjelpen skal så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, og bruk av tvang skal kun være en alternativ løsning, uavhengig av pasientens alder (jf. psykisk helsevernloven [phvl.], 1999). Innleggelse er stigmatiserende for mange og kanskje særlig for den eldre generasjonen, som har hørt mye negativt

og skremmende om psykiatri fra tidligere tider. Det er derfor viktig med varsomhet og at en involverer omsorgspersoner. Mange som tvangsinnlegges, kan føle avmakt og resignasjon, eller angst og aggresjon, når de får vite at de ikke kan reise hjem når de vil. Det er avgjørende at personalet opptrer med respekt, empati, fleksibilitet og kreativitet for å opprette tillitskapende relasjoner til pasientene. Viktige egenskaper i pasientomsorgen er å ha innsikt i og vise interesse og sensitivitet for pasientenes individuelle utfordringer, i tillegg til å fremstå trygg og tydelig.

ALDERSPSYKIATRI OG FOREBYGGING AV TVANG

Eldre kan ha somatiske utfordringer som gir få, svake eller atypiske kliniske symptomer. Det er viktig å kunne ekskludere eventuell somatisk sykdom som årsak til symptomene og for å diagnostisere sykdommen riktig. Kartleggingsverktøy og aktiv observasjon når det gjelder *grunnleggende* behov som næringsstatus og ernæring, står sentralt. National Early Warning Score (NEWS) er et verktøy som benyttes for å observere tidlig varsel om klinisk tilstand (Royal College of Physicians, 2012). Videre er smertekartlegging, angstkartlegging, depresjon, demens, psykose, voldsrisiko, atferds- og døgnrytmeskjema med mer nødvendig for å komme i posisjon for å utrede og behandle pasienten.

Dersom det blir behov for å utføre tvangstiltak, må det gjøres med forsiktighet for ikke å skade pasienten. Personalet må da kartlegge fare for utagering/vold som kan være en utfordring for pasienten. Dette innebærer revisjon av bakgrunnsopplysninger om pasienten, og videre observasjoner og dokumentasjon som kan opplyse om hva som kan gjøre pasienten irritert eller aggressiv. Det benyttes Brøset Violence Checklist (BVC), som er et godt redskap til å vurdere kortsiktig voldsrisiko (Almvik et al., 2000), og Staff Observation Aggression Scale-RE (SOAS) for hendelsesregistrering, håndtering av hendelser og for å analysere voldsepisoder (Morken et al., 2018). E-håndbok for OUS har flere titalls detaljerte retningslinjer og prosedyrer som beskriver tiltak ved fare for utagering og vold, risikofaktorer, varslingsprosedyrer og ettersamtaler.

For å utrede mulige årsaker til symptomer og utfordringer har helsepersonellet tverrfaglige samtaler med pasientene og pårørende, der man vurderer individuelle behandlingsmuligheter. Helsepersonellet kan eksempelvis være et miniteam med pasientansvarlig lege, sykepleier og sosionom.

I pasientens behandlingsplan beskriver man detaljert hva som er:

- sårbarhetsområder for uro/utagering/risikosituasjoner med fokus på situasjoner med grensesetting, stell, ukjent personell, medisiner
- tilnærming: for eksempel å ikke gå inn i diskusjon om avtaler, foreslå positive aktiviteter, tilrettelegge for pasientens mestrings- og trivselsområder
- varsel signaler: for eksempel manglende søvn, verbal irritasjon, pasienten nekter å ta foreskrevne medisiner

I alderspsykiatrien er det viktig å huske at pasientene er personer som har levd et langt liv og har sin særegen livshistorie. Noen har iboende ressurser som har hjulpet dem i utfordringer tidligere i livet, mens andre har hatt færre psykiske utfordringer. For helsepersonellet er det helt sentralt å bli kjent med den enkeltes individuelle ressurser og utfordringer. Det at alle pasientene har livserfaring og har mestret livet sitt på personlige



Innleggelse er stigmatiserende for mange og kanskje særlig for den eldre generasjonen





I alderspsykiatrien er det viktig å huske at pasientene er personer som har levd et langt liv

måter, gjør at alderspsykiatri er et inspirerende og spennende fagfelt.

Bevisstheten og kunnskapen om bruk av tvang hos personalet er vesentlig i omsorg, utredning og behandling av eldre psykisk syke. Grenseoppgangen for når det er behov for å fatte vedtak om bruk av tvang, er derfor meget viktig for å ivareta både den enkelte pasient, medpasienter og helsepersonellet generelt. Ved for eksempel begynnende motorisk eller verbal uro hos en pasient er initiale tiltak dialog og utredning av bakgrunnen for uroen og eventuelt arealbegrensning uten tvang. Dialogen kan videre inkludere tilbud om aktiviteter pasienten liker, tur ut, kontakt med pårørende, samtale med lege, eller legemiddel. Dersom pasientens uro likevel eskalerer med utagering og det oppstår fare for helse og sikkerhet hos pasienten og/eller omgivelsene, kan det bli nødvendig med skjerming, fastholding, tvangsmedisinering, bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) eller eventuelt isolering.

I denne artikkelen ser vi på utviklingen i tvangsinnleggelse og bruk av tvangstiltak ved alderspsykiatrisk døgnenhet, OUS. Sykere pasienter tilsier mer bruk av tvang, mens lovendringen tilsier høyere terskel for tvangstiltak. Vår hypotese, basert på den store endringen i pasientgrunnlaget, var likevel en svak økning i tvangstiltak i perioden.

MATERIALE OG METODE

Døgnenhetene Vardåsen ble i årene 2009–2020 redusert fra tre til én enhet, som i 2021 flyttet til Gaustad. For å undersøke både eventuelle endringer i antall tvangsinnleggelse av totalt antall innleggelse og frekvens i bruk av tvangsvedtak på inneliggende pasienter i døgnenhetene, gikk vi gjennom årsmeldinger fra 2007 til 2020 (Psykisk helsevern døgnbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS HF, 2009, 2010–2013, 2014.2015, 2017–2020), samt DIPS-dokumenter fra 2017 til 2019.

Data som ble hentet ut:

- Antall innleggelse totalt per år
- Antall innleggelse på tvang per år
- Antall senger per år
- Antall tvangsvedtak på inneliggende pasienter per år
- Frekvensen av diagnosene hjerneorganiske lidelser og ikke-hjerneorganiske per år
 - Hjerneorganiske lidelser: demens, delirium, hjerneslag, Parkinsons sykdom;

forstyrrelser i tenkning, følelser og/eller atferd som skyldes organisk påvirkning av hjernens funksjon

- Ikke-hjerneorganiske lidelser: i dette utvalget er angst, depresjon, bipolar lidelse og psykose inkludert

Data blir presentert som absolutte tall, gjennomsnitt med standardavvik (SD), samt prosent. Merk at samme pasient kan være innlagt flere ganger per år, og ulike vedtak kan være fattet på samme pasient. Tallene for disse parameterne må derfor tolkes med varsomhet.

Antall tvangsvedtak fattet på inneliggende pasienter ved alderspsykiatrisk døgnenhet(er) ble sammenlignet med tilsvarende vedtak rapportert ved psykoseenhetene ved OUS (Dikemark og Gaustad), som rapportert av Alexandersen i 2020. Psykoser opptrer også innen alderspsykiatrien, i tillegg til kognitiv svikt og delirium.

Det ble av resursmessige årsaker valgt ikke å utrede antall tvangsinnleggelse og -vedtak per pasient per år. På grunn av sammenslåing av enheter opp gjennom tidene og flytting er det begrenset tilgang på data om tidligere innlagte pasienter og tvangsprotokoller tilknyttet disse. Tilgang ville krevd spesiell tillatelse. Gjennomgang av årsmeldinger for perioden ble derfor valgt som kildemateriale. Under gjennomgangen ble det avdekket mangler tilknyttet data, særlig for 2017 til 2019. Derfor så vi også på DIPS-dokumentasjon for utfyllende informasjon.

RESULTATER

Sengeantallet ved alderspsykiatrisk avdeling har gradvis blitt redusert fra 119 i 1970 til dagens 13 (tabell 1), og behandlingstiden har blitt redusert fra år til uker.

Liggetiden fra 2009 til 2020 har gått ned med tilnærmet 41 %, noe som impliserer raske utredning og behandling.

I løpet av perioden fra 2007 til 2021 har antall døgnplasser blitt mer enn halvert, derav har terskelen for innleggelse blitt hevet, og de friskeste pasientene behandles nå poliklinisk. Vedtak om skjerming og undersøkelse og behandling uten eget samtykke har økt i perioden, noe som kanskje gjenspeiler lavere grad av sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse hos pasienter som nå innlegges. I det samme tidsrommet har lovverket fokusert på mindre bruk av tvang. Undersøkelse og behandling av psy-

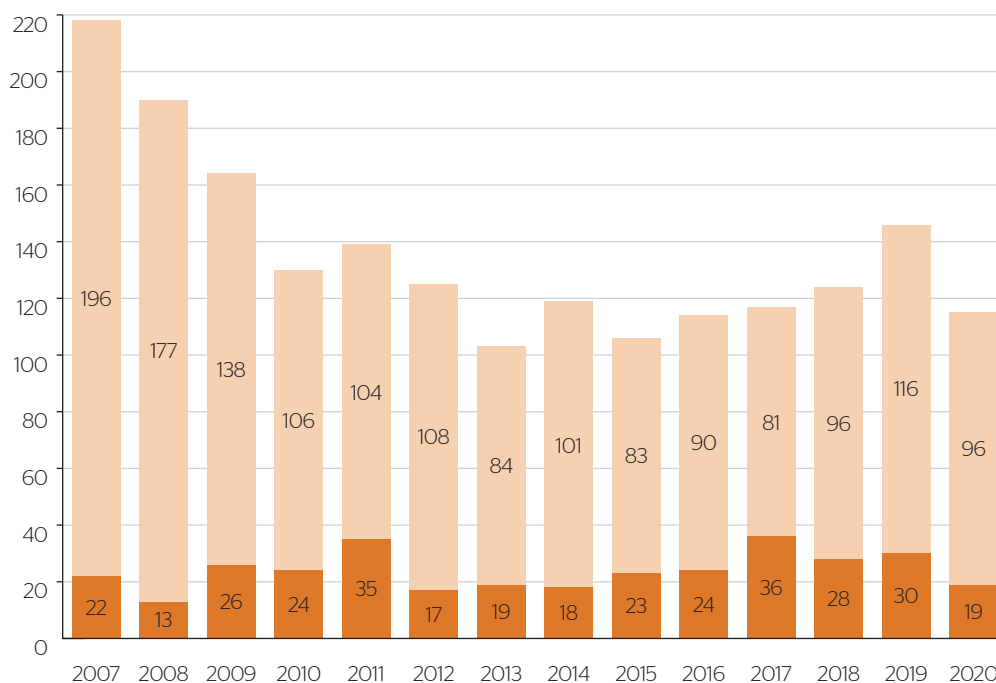
Tabell 1

Antall sengeplasser og gjennomsnittlig liggetid ved alderspsykiatrisk døgnenhet, OUS, 2009–2021

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antall sengeplasser	27	27	27	24	20	20	20	17	17	17	17	14	13
Liggetid i døgn (gj.snitt)	79.5	51	45	42	55	Ikke funnet	Ikke funnet	Ikke funnet	45.6	37.6	33.5	32.4	Ikke funnet

Figur 1

Fordeling av antall innleggelses frivillig og på tvang ved alderspsykiatrisk avdeling, OUS, i perioden 2007 til 2020



Merknad. Figuren viser antall frivillige innleggelses (lys oransje søyler) og antall tvangsinnleggelses (oransje søyler) etter § 3-2 (tvungen observasjon) og § 3-3 (tvungen innleggelse) av totalt antall innleggelses per år i alderspsykiatrisk døgnenhet ved OUS. Merk at det kan være flere innleggelses på samme pasient både i det enkelte år og fra år til år.

kisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i Psykisk helsevernloven (phvl.), som ble skjerpet i 2017. Hvis en pasient med demens også har psykiske lidelser, er det phvl. som regulerer eventuell tvangsbehandling.

Totalt antall innleggelses er redusert fra 2007 til 2020, mens antall innleggelses på tvang etter Psykisk helsevernloven (phvl.) økte svakt (figur 1).

Tabell 1 og figur 1 over representerer data for innleggelses på tvang i perioden 2007 til 2020. Det kan oppstå behov for tvangsvedtak på innliggende pasienter uavhengig av om pasienten er innlagt frivillig eller på tvang.

Fra 2007 til og med 2016 var gjennomsnittlig prosent tvangsinnleggelses cirka 17 %, mens fra 2017 til 2020 var gjennomsnittet 23 %. Antall tvangsinnleggelses økte med 10 % fra 2016 til 2017. Fra 2017 til 2020 falt antall tvangsinnleggelses med 14 %. I 2020 var andel tvangsinnleggelses med 17 % og tilsvarte snittet i perioden 2007 til 2016. Den største gruppen innleggelses i hele perioden var pasienter med ikke-hjerneorganiske lidelser (angst, depresjon, bipolar lidelse og psykose), og i 2020 utgjorde denne gruppen 64 av 113 innleggelses.

Tvangsvedtak fattet på innliggende pasienter i perioden 2017–2019 er vist i tabell 2. »

Tabell 2

Vedtak om bruk av tvang på inneliggende pasienter ved alderspsykiatrisk døgnenhet

Paragrafer tvangsvedtak i lov om psykisk helsevern	Antall tvangsvedtak 2017–2019	Antall pasienter pr. tvangsvedtak ¹	Gjennomsnittlig antall vedtak per pasient
§ 4–3 Skjerming	73	34	2.1
§ 4–3 Forlengelse av vedtak om skjerming	2	1	2
§ 4–4 Undersøkelse og behandling uten eget samtykke	39	30	1.3
§ 4–5 Innskrenkinger i forbindelse med omverdenen	5	4	1.3
§ 4–8 a Vedtak om bruk av mekanisk tvang	11	5	2.2
§ 4–8 b Vedtak om bruk av isolasjon	19	5	3.8
§ 4–8 c Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemiddel	6	5	1.2
§ 4–8 d Kortvarig fastholding	20	12	1.7
Totalt antall tvangsvedtak	175	(96)	

Merknad. Tabellen viser antall vedtak om bruk av tvang på inneliggende pasienter ved alderspsykiatrisk døgnenhet, OUS, i perioden 2017–2019. Totalt var det 380 innlagte pasienter i perioden. Det kan ha vært fattet ulike tvangsvedtak for samme pasient.

Tabell 3

Tvangsvedtak i henholdsvis alderspsykiatrisk døgnenhet og psykoseenhetene ved OUS

Tvangsvedtak fattet etter lov om psykisk helsevern	Alderspsykiatrisk døgnenhet ²	Psykoseenhetene ³
§ 4–3. Skjerming	24.3 (11.4)	53.2 (13.8)
§ 4–4. Vilkår for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke	13.0 (1.4) (8 % av totalt antall pasienter)	56.3 (18.5) (44 % av totalt antall pasienter)
§ 4–5. Forbindelse med omverdenen	1.7 (2.1)	15.0 (10.0)
§ 4–8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold (a, b, c, d) ¹	4.7 (5.1)	14.7 (18.2)

Merknad. Tabellen viser gjennomsnittlig antall tvangsvedtak ved ulike avdelinger ved Oslo universitetssykehus (OUS) i perioden 2017 til 2019. ¹ Vedtak omfatter bruk av a: mekaniske tvangsmidler; b: isolasjon; c: korttidsvirkende legemiddel; d: kortvarig fastholding. ² Data hentet fra DIPS-dokumenter. ³ Data hentet fra Alexandersen, 2020.

Hyppigst forekommende er bruk av skjerming ($n = 73$) og undersøkelse og behandling uten eget samtykke ($n = 39$). Deretter kommer vedtak om kortvarig fastholding ($n = 20$), isolasjon ($n = 19$) og bruk av mekanisk tvang ($n = 11$). Antall tvangsvedtak fordelt på pasienter som opplevde tvangstiltak i samme periode, varierte fra cirka 1 (§ 4–8 c) til cirka 4 (§ 4–8 b).

Totalt antall tvangsvedtak fattet på inneliggende pasienter i perioden 2009–2019 er vist i figur 2. Antall tvangsvedtak øker gjennom perioden, og bruk av skjerming (§ 4–3) og undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4–4) er hyppigst forekommende. Årene 2016 og 2017 har spesielt høyt antall tvangsvedtak, og vedtak om skjerming (§ 4–3) utgjør hovedandelen. Det er en økende trend med vedtak om bruk av undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4–4) og overføring uten samtykke (§ 4–10) fra 2015 til 2019.

Sammenlignet med psykoseenheter ved OUS ble det fattet betydelig færre tvangsvedtak i alderspsykiatrien i perioden 2017 til 2019 (tabell 3).

DISKUSJON

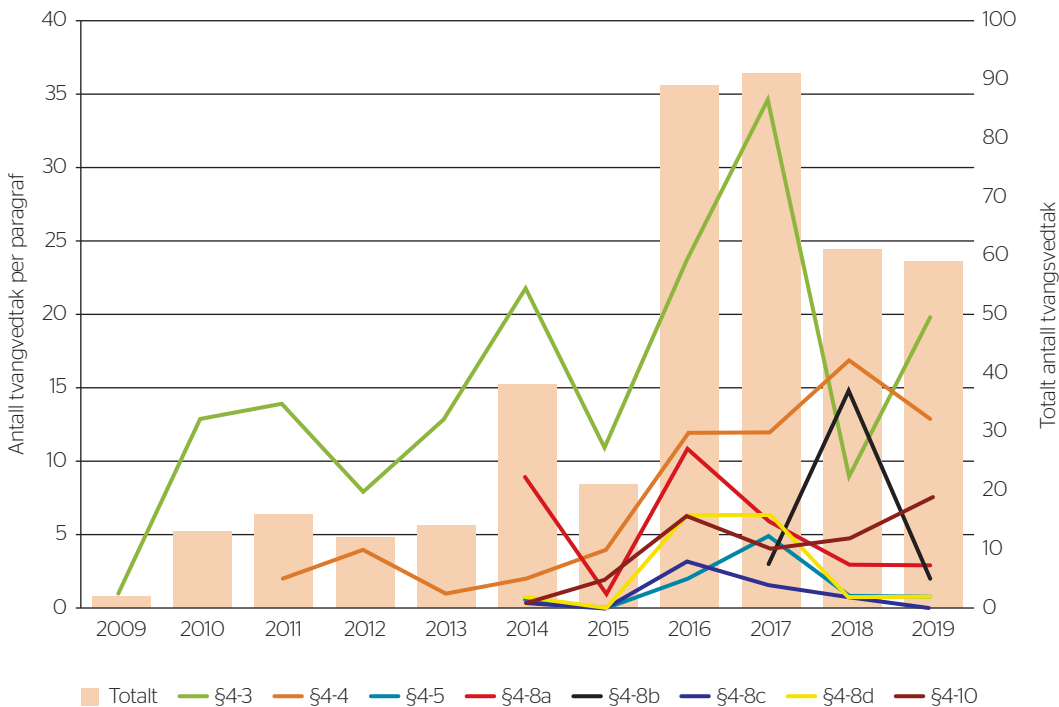
Tvangsinnleggelse

I likhet med alderspsykiatrisk avdeling viser forekomsten av tvangsinnleggelse en økning i hele landet fra 2017 (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratets rapport (2020) viser en økning i andelen tvangsinnleggelse generelt i voksenpsykiatri fra 2017. Tilsvarende finner vi en svakt økende trend i andelen tvangsinnleggelse på alderspsykiatrisk døgnenhet, OUS, i perioden mellom 2007 og 2020 (fig. 1). Gjennomsnittlig økning av tvangsinnleggelse før og etter 2017 var henholdsvis 17 % og 23 % av totalt antall innleggelse. Det var dessverre ikke mulig å sammenligne antall tvangsinnleggelse med andre alderspsykiatriske avdelinger grunnet få rapporterte data i Helsedirektoratets oversikt (Helsedirektoratet, 2018a). Noe av årsaken til økningen i tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern på landsbasis kan være vedtaksfestingen av tilbakeholdelse og behandling av pasienter som ikke kan avgi et gyldig samtykke, og økt oppmerksomhet om at vedtakspikten også gjelder for pasienter som ikke aktivt motsetter seg behandlingen (Helsedirektoratet, 2020).

Figur 2

Totalt antall vedtak om bruk av tvang fordelt på paragrafer



Merknad. Illustrasjon av totalt antall tvangsvedtak forankret i psykisk helsevernlov ved alderspsykiatrisk døgnhet(er), OUS, og tvangsvedtak per paragraf, angitt per år. Merk ulik skala på aksene. § 4-3: skjerming; § 4-4: undersøkelse og behandling uten eget samtykke; § 4-5: innskrenkninger i forbindelse med omverdenen; § 4-8 a: mekaniske tvangsmidler; b: isolasjon; c: korttidsvirkende legemiddel; d: kortvarig fastholding; § 4-10: overføring uten samtykke. Kilde: Årsmeldinger.

Det kan være flere årsaker til en eventuell økning i andel tvangsinnleggelse i alderspsykiatrien. Pasientene er kanskje sykere enn tidligere grunnet endringer i helsetjenesten med økt behandling på lavere nivå, døgnheten er blitt mer spisset og med færre sengeplasser (tabell 1), og kravet om vurdering av samtykkekompetanse basert på at pasienten skal forstå kriteriene, reflektere og anerkjenne vedtaket, ble skjerpet i phvl. 01.09.2017. Innføring av samtykkekravet kan ha vært medvirkende til økt andel tvangsinnleggelse i 2017. Kunnskap og erfaring om hva samtykkekravet innebærer, kan ha økt etter 2017, siden andel tvangsinnleggelse i 2020 var på 16,8 % og tilsvarte snittet i perioden 2007 til 2016 (fig. 1).

Når eldre blir psykisk syke, er tidsfaktoren spesielt viktig for å komme i posisjon for å hjelpe pasienten. Eldre har generelt redusert kapasitet til å være i en sykdomstilstand. Dersom tiltak ikke iverksettes tidlig, kan det

få uheldige konsekvenser for pasienten både fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk. Mange eldre bor alene eller har samboer/ektefelle som også er svekket, slik at sykdommen kan utvikle seg i lang tid før de får hjelp for sine utfordringer, noe som kan resultere i tvangsinnleggelse.

Tvangsvedtak fattet på inneliggende pasienter

Dersom dialog og arealbegrensning uten tvang ikke fører frem når pasienten er urolig, fattes vanligvis først vedtak om skjerming ved tvang (se tabell 2), både av hensyn til pasienten selv, medpasienter og personalet. Personale som behersker terapeutisk mestring av vold, leser ofte situasjonen tidlig, slik at de unngår, eller reduserer, hyppigheten av vedtak om bruk av mekanisk tvang (belter). Enheten avholder fagdager to ganger per år, både for fast personale og ekstravakter, der konflikthåndtering og forebygging av uro og utagering er fast innhold. »



Innføring av samtykkekravet kan ha vært medvirkende til økt andel tvangsinnleggelse

Håndtering av tvangsvedtak krever økt kunnskap og kompetanse hos personalet. Det hender imidlertid at pasienten er så utagerende at bruk av mekanisk tvang er unngåelig, noe som gjenspeiles i at gjennomsnittlig antall vedtak per pasient varierte fra cirka 1 til cirka 4 (tabell 2). Det er for øvrig sannsynlig at noen pasienter ble utsatt for flere ulike typer tvangstiltak, slik at andelen pasienter per vedtak er enda lavere enn vist i tabell 2. Til sammenligning økte også andelen pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsvedtak fra 7,5 i 2017 til 8,98 i 2020 på landsbasis (Helsedirektoratet, 2018b).

Antall tvangsvedtak øker fra 2009 til 2019 (figur 2). De hyppigst forekommende tvangsvedtakene var bruk av skjerming og undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Deretter kommer vedtak om henholdsvis kortvarig fastholding, isolasjon og bruk av mekaniske tvangsmidler (belter), som er tiltak for pasienter med utagering og som utgjør en fare for sikkerheten. Den økende trenden med bruk av overføring uten samtykke (§ 4–10) fra 2015 til 2019 kan gjenspeile økt antall pasienter som overføres med tvang fra akuttpsykiatrisk avdeling til døgnenheten. Flere typer vedtak ble tatt fra 2014 (figur 2). Det kan skyldes at alle typer vedtak ikke er dokumentert i årsmeldingene, men i journaler og tvangsprotokoller som ikke er gjennomgått, se avsnitt «Materiale og metode». Når det er svingninger i bruk av vedtaksparagrafer de fire siste år (figur 2), kan det tilskrives flere vedtak på samme pasient, noe som gir utslag som vist i tabell 2.

I alderspsykiatrien opptrer psykoser i tillegg til kognitiv svikt og delirium. Den største gruppen innleggelse i 2020 var pasienter med ikke-hjerneorganiske lidelser ($n = 64$ av 113). Det betyr ikke nødvendigvis at det ikke er behov for tvangsvedtak, både skjerming og tvungen undersøkelse og behandling uten eget samtykke har økt (figur 2). Det kan for eksempel gjenspeile behov for raskt å behandle lidelsen for å unngå at pasienten dekomponerer mer enn nødvendig, det vil si blir sykere. Sammenlignet med psykoseenhetene, OUS, ble det tatt betydelig færre tvangsvedtak i alderspsykiatrien, OUS, i perioden 2017 til 2019 (tabell 3). Årsakene til forskjellen ligger kanskje i at alderspsykiatri både behandler og utreder færre pasienter med hjerneorganiske lidelser, fra 118 i 1970 til 16 pasienter i denne gruppen i 2020.

Brukerundersøkelser viser at flertallet av pasientene som ble behandlet med tvang, i stor grad (77 % i 2020) opplevde å ha fått informasjon om at det ble tatt et vedtak om bruk av tvang overfor dem (Folkehelseinstituttet, 2021).

Personalets kunnskap og kompetanse om bruk av tvang er avgjørende for best mulig håndtering, omsorg og behandling av pasienten. Dersom bruk av tvang er nødvendig for å få gitt helsehjelp, er det vesentlig at det så langt som mulig skjer på en omsorgsfull måte med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet (Helsedirektoratet, 2021). Ved alderspsykiatrisk døgnenhet jobbes det internt med kompetansebygging og tverrfaglig samarbeid for å håndtere tvangssituasjoner mest mulig skånsomt.

KONKLUSJON OG VIDERE ARBEID

Med forbehold om at samme pasient kan være innlagt flere ganger per år og ulike vedtak kan være tatt på samme pasient, viser tallene at andel tvangsinnleggelse og antall tvangsvedtak ved alderspsykiatrisk døgnenhet har økt fra 2009 til 2019. I løpet av denne perioden har de formelle kravene til og fokus på tvangsvedtak i psykisk helsevern blitt strengere. Samtidig har det skjedd endringer som påvirker tallmaterialet, både organisatorisk i helsetjenesten og i pasientgrunnlaget. Det har også vært reduksjon i antall sengeplasser samt endringer i personalsammensetning og intern drift. Driveren i tvangsvedtak er skjerming og tvangsmedisinering i tillegg til tvungen overføring. Selv med et kompetent og bevisst personale kan pasientens tilstand kreve bruk av tvang. Miljøpersonalet, det vil si sykepleiere og helsefagarbeidere, jobber fortløpende med opplæring og vedlikehold av kunnskap om hvordan utagering og vold skal håndteres. Enheten har utviklet og gjennomført ukentlige litteraturmøter der man diskuterer forsknings- og fagartikler som er aktuelle for praksis, for å kunne jobbe forsknings- og kunnskapsbasert. I 2015 fikk avdelingen besøk av Europarådets Menneskerettighetskommissjon, som uttalte at det var «som å komme til et akademi med praktiske eksemplifiseringer», og at de var fornøyd.

Videre fagutvikling er imidlertid viktig. Et tiltak for å bedre behandlingen i tilfeller der tvang er nødvendig, kan være å samtale med pasienten om hvordan behandlingen kan bli bedre ved eventuelle senere situasjoner. For å

fremme samarbeidet mellom tjenesten og pasienten kan det gjøres skriftlige avtaler, en slags «fremtidsfullmakt» for ivaretagelse av pasientens psykiske helse.

En slik samtale bør fortrinnsvis gjennomføres ved utskrivning fremfor rett etter hendelsen og når pasienten er i stand til å uttrykke sine erfaringer og følelser rundt temaet.

SAMMENDRAG

I denne artikkelen har vi sett på utviklingen i tvangsinnleggelse og bruk av tvangstiltak ved alderspsykiatrisk døgnenhet, OUS, ved å gjennomgå årsmeldingene fra 2007 til 2020 og DIPS-dokumenter i perioden 2017 til og med 2019. I løpet av perioden har antall døgnplasser blitt mer enn halvert, derav har terskelen for innleggelse blitt hevet, og de friskeste pasientene behandles nå poliklinisk. Vedtak om skjerming og undersøkelse og behandling uten eget samtykke har økt i perioden, noe som kanskje gjenspeiler lavere grad av sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse hos pasienter som nå innlegges. I det samme tidsrommet har lovverket fokusert på mindre bruk av tvang. Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i Psykisk helsevernloven (phvl.), som ble skjerpet i 2017. Hvis en pasient med demens også har psykiske lidelser, er det phvl. som regulerer eventuell tvangsbehandling. Sykere pasienter tilsier mer bruk av tvang, mens lovendringen tilsier høyere terskel for tvangstiltak. Vår hypotese, basert på den store endringen i pasientgrunnet, var likevel en svak økning i tvangstiltak i perioden.

I alderspsykiatri møter vi pasienter med ulike tilstander. Tankeforstyrrelse, angst, frustrasjon, agitasjon og aggresjon kan skape situasjoner som går ut over helse og sikkerhet, og kan derfor utløse bruk av tvang. For å forebygge og unngå slike situasjoner er det nødvendig med bakgrunnsinformasjon om pasienten, diagnostisering og optimalisering av tillitskappende tiltak både mellom personale og pasient og i miljøet, i tillegg til legemidler. Samarbeid med pårørende vektlegges sterkt, og gjensidig informasjonsutveksling mellom behandlere og pårørende kan bedre den individuelle behandlingen. Bruk av tvang er siste utvei når man ikke lykkes med dialog og samarbeid med pasienten. Hovedregelen er at man først forsøker adekvat og kvalitativt godt frivillig behandlingstilbud. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2

gir pasienter og brukere rett til øyeblikkelig og nødvendig hjelp fra kommunen, også når vedkommende ikke er samtykkekompetent på grunn av sykdommens art, som ved alvorlig sinnslidelse som psykose, demens eller psykisk utviklingshemming.

Ved døgnenheten, OUS, var det som forventet en svak økning i andelen av tvangsinnleggelse i perioden fra 2007 til 2020. Antall tvangsvedtak som ble fattet, har økt markant fra 2016, mens type vedtak viser liten variasjon i denne perioden. ✕

REFERANSER

- Alexandersen, G. (2020). Vedtak klinikken. DIPS, rapport D-88, OUS, internt dokument.
- Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Broset violence checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284–1296. <https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- E-Håndbok OUS: <https://ehandboken.ous-hf.no/searchDocuments?keyword=vold&searchInContents=0&type=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern. Årsrapport 2020, Helse Sør-Øst RHF* [Inpatients' experiences with specialist mental health care] (PasOpp-tabellrapport 2021:415).
- Helsedirektoratet. (2018a). *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne* [nettdokument] (sist faglig oppdatert 16. september 2021, lest 31. oktober 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne* [nettdokument] (sist faglig oppdatert 16. september 2021, lest 02. november 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2020). *Tvang i psykisk helsevern – status etter lovendringene i 2017* (Rapport IS-2888).
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne* [høringsutkast]. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonale-faglige-rad-for-forebygging-og-riktig-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 103(5), 62. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Morken, T., Baste, V., Johnsen, G. E., Rypdal, K., Palmstierna, T. & Hjulstad Johansen, I. (2018). The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) – adjustment and validation for emergency primary health care. *BMC Health Services Research*, 18, Artikkel 335. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3157-z>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63. Sist endret LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://nl/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62. Sist endret i LOV-2021-05-07-34). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Royal College of Physicians. (2012). *National Early Warning Score (NEWS) – Standardising the Assessment of Acute-Illness Severity in the NHS* (Rapport).
- Psykisk helsevern døgnbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS HF, Ullevål sykehus. (2009). *Årsmelding Alderspsykiatrisk seksjon Vardåsen*.
- Psykisk helsevern døgnbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS HF, Ullevål sykehus. (2010–2013). *Årsmelding Alderspsykiatrisk seksjon Vardåsen*.
- Psykisk helsevern døgnbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS HF, Ullevål sykehus. (2014–2015). *Årsmelding Alderspsykiatrisk seksjon Vardåsen*.
- Psykisk helsevern døgnbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS HF, Ullevål sykehus. (2017–2020). *Årsmelding Alderspsykiatrisk seksjon Vardåsen*.

Reduksjon i bruk av tvang ved en døgninstitusjon for barn og unge

Utfordrende atferd er helt uinteressant. I denne artikkelen viser jeg hvordan vi kan se bak og forstå atferd og redusere forekomst av utagering gjennom implementering av den nevrosekvensielle modellen.

TEKST

Ann-Karin Nielsen
Bakken, Faglig leder/
Psyk.spes, NKS
Østbytunet – senter
for behandling og
fagutvikling

KONTAKT

ann-karin@
ostbytunet.no

NKS ØSTBYTUNET SENTER for behandling og fagutvikling er en døgninstitusjon i tredje linje psykisk helsevern. Vi driver langtidsbehandling av barn og unge med omfattende og komplekse psykiske helseutfordringer. Institusjonen har også en fagutviklingsenhet og ble i 2020 godkjent som forskningsinstitusjon. Vår primære målgruppe for behandling er barn i alderen 7–12 år. Mange av barna som kommer til NKS Østbytunet, har hatt en atferd som skremmer omgivelsen, og mange har utagert betydelig på sine tidligere arenaer. Barna har ofte opplevelser av utenforskap i sine nærmiljøer, der de ikke har innpass på fotballaget eller får venner på besøk, og de har erfaringer med voksne som har blitt frustrerte, redde og sinte i møte med dem. På Østbytunet får de et fullt integrert behandlingstilbud med skolegang på institusjonens skole.

Østbytunet består av tre langtidsdøgnavdelinger og en familieavdeling der familier er innlagt i fire uker ad gangen. De får en arenafleksibel behandling i forkant og etterkant av innleggelse, og en oppfølging som kan strekke seg opptil 12 måneder etter innleggelse. Ved langtidsdøgnavdelingen er behandlingsmetoden relasjonsbasert mestringsorientert miljøterapi, og hovedvekten av behandlingen foregår i samspillet mellom barn og miljøterapeuter. Barna overnatter noen netter i uken på Østbytunet, men skal ha en hjemmebase. De bor således ikke på Østbytunet over tid.

Fordi barna som kommer til Østbytunet har store og komplekse vansker, forekommer det utagering rettet mot enten andre barn eller mil-

jøterapeuter. Innimellom er utageringene av en slik art at det kan være fare for skade på barnet selv, andre barn eller voksne, eller store materielle skader. Tvangsbruk anses i disse situasjonene som nødvendig. Den eneste formen for tvangsbruk Østbytunet utøver, er kortvarig fastholding. På Østbytunet har det over mange år vært et fokus på å forebygge, forhindre og håndtere utagering på en nennsom måte som ivaretar barna som er involvert. Østbytunet har et eget program for dette, kalt «Mestring av utfordrende atferd – MUA». I dette ligger både opplæring av miljøterapeutene når det gjelder forståelse av barna de møter på jobb, deres behov og hvordan man kan forebygge og forhindre utagerende atferd – og i siste instans: hvordan utøve tvang på en så skånsom måte som mulig.

I 2015 startet NKS Østbytunet en prosess der vi ønsket å implementere *The neurosequential model of therapeutics* – NMT – den nevrosekvensielle modellen på norsk (Perry, 2020a). Den nevrosekvensielle modellen er utviklet av dr. Bruce Perry ved The Child Trauma Academy.



Innimellom er utageringene av en slik art at det kan være fare for skade på barnet selv, andre barn eller voksne

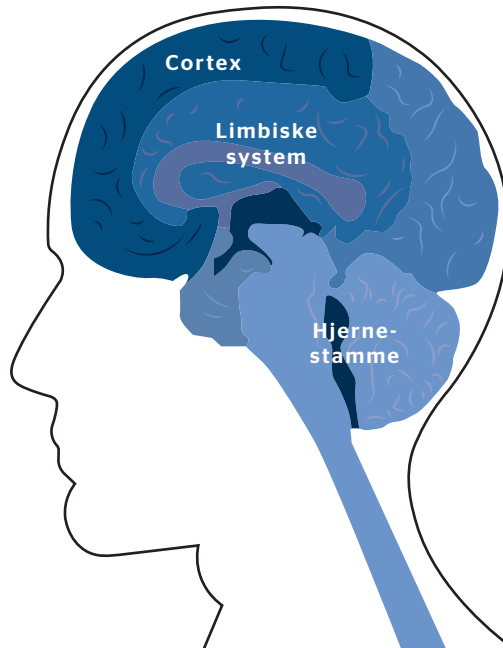
Modellen baserer seg på bred, forskningsbasert kunnskap innen utviklingspsykologi, nevrobiologi, sosiologi og antropologi og på stressforskning og traumeforskning. Hovedfundamentet i modellen er forståelsen av at hjernen utvikles nedenfra og opp, fra hjerne-stammen til neokorteks, og at all informasjon prosesseres på samme sekvensielle måte i hjernen, og hvilke implikasjoner dette da har for fungering. Vi opplever at modellen er særlig nyttig for å forstå barn som har utfordrende atferd, men også generell menneskelig fungering, og at modellen er anvendbar i en rekke ulike kontekster. Internasjonalt har modellen vist seg nyttig i arbeid med blant annet:

- små barn (Barfield et al., 2012; Ryan et al., 2017)
- i poliklinikker innen psykisk helse (Zarregar et al., 2016)
- i fosterhjem (Grove, 2012; Wang et al., 2015)
- i kriminalomsorg for ungdom og i døgninstitusjoner (de Nooyer & Lingard, 2016; Hambrick et al., 2018)

På Østbyttet er utfordrende atferd definert som *atferd som forstyrrer et konstruktivt eller utviklende samspill*. Dette er en vid beskrivelse og forståelse av utfordrende atferd som anerkjenner at så mye mer enn utagering kan være utfordrende i en behandlingsrelasjon. Både eksterntalende atferd, som navnkalling, verbal og fysisk protest, spyting, slag og spark, og internaliserende atferd, som dissosiering, dagdrømming og vegring, faller inn under denne kategorien. Vår vurdering er at det er minst like utfordrende for behandlingsrelasjoner at barn trekker seg inn i seg selv eller avviser kontakt, som at de navnkaller eller blir fysiske i kontakten. Noen ganger kan det til og med oppleves som «lettere» å jobbe med barna som eksterntalende heller enn internaliserer sine følelser. På Østbyttet har det vært et bevisst valg at vi ikke betegner atferd i form av slag, spark og lignende som vold, men som utfordrende atferd. Dette handler om at vi ikke vil pålegge barna et større ansvar for det som skjer, og for at vi ikke ønsker å fokusere på selve atferden.

I opplæringen av miljøterapeutene er det et grunnleggende fokus på at «utfordrende atferd er i seg selv helt uinteressant». Det som er det interessante, og det vi retter søkelyset mot, er *hvorfor* denne atferden oppstår. For i dette «hvorfor» vurderer vi at løsningen på atferden

Figur 1
Hjernens sekvensielle oppbygging



ligger. Om vi kun fokuserer på selve atferden, blir vårt handlingsrepertoar begrenset, og fokuset blir på å stoppe atferden uten å gi barnet ferdigheter til å løse vanskelige situasjoner annerledes neste gang de oppstår.

Det er særlig tre konsepter fra den nevrosekvensielle modellen som har vist seg nyttig når det gjelder forståelse, forebygging og reduksjon av fysisk tvang:

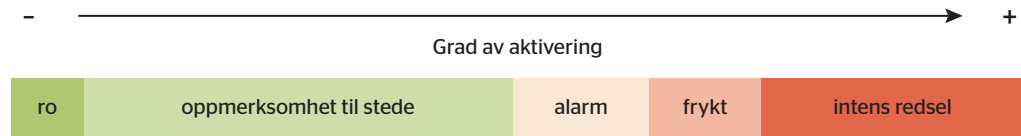
1. At hjernen bygges og prosesserer all informasjon sekvensielt
2. Konseptet om tilstandsavhengig fungering
3. Ulike former for reguleringsstøtte

HJERNENS SEKVENSIELLE OPPBYGNING OG INFORMASJONSPROSESSERING

I henhold til den nevrosekvensielle modellen formes hjernen nedenfra og opp, fra hjerne-stamme til neokorteks (se figur 1). Tanken om den tredelte hjernen er helt klart en forenkling av komplekse strukturer og funksjoner, men en forenkling som vi opplever som nyttig i møte med blant annet miljøterapeuter og lærere for å øke deres forståelse av barnas fungering. Denne forenklingen gir et godt bilde på hvordan de «enkle», det vil si ikke-bevisste, funksjonene hovedsakelig styres av nettverk i hjerne-stam- »

Figur 2

Grad av aktivering av stressresponsystemet



men, som temperaturregulering, regulering av sult og tørste, og hjerterate. Mens følelser og relasjoner hovedsakelig styres av nettverk i det limbiske systemet, har vi «på toppen» nettverk som er knyttet til de bevisste, kognitive funksjonene, som blant annet evne til impuls kontroll, langtidsplanlegging og konsekvensanalyse. På samme måte prosesserer hjernen all sanseinformasjon, fra den ytre verden og kroppen nedenfra og opp i hjernen. Det betyr at hjernen vil kunne agere på sanseinformasjon før den «bevisste» delen av hjernen får med seg hva som foregår. På samme måte som vi trekker hånden til oss om vi tar på en varm kokeplate uten en bevissthet om det, vil man kunne fremvise utfordrende atferd som et resultat av overveldende sanseinformasjon som hjernen ikke klarer å filtrere bort. Noen av barna på Østbytnet vil fremvise utfordrende atferd i form av overdreven snakking eller roping som et forsøk på å skjerme seg fra eller kontrollere hørselsinntrykk. Gjennom å selv lage lyd vil de kunne filtrere bort sansestimuli som er forstyrrende. Andre barn utviser stor motorisk uro i klasserom, vandrer rundt og er forstyrrende, i et forsøk på å unngå ubehaget som oppstår når de skal sitte stille på en hard stol. Dette forstår vi ikke som bevisste, gjennomtenkte og planlagte handlinger fra barnas side, men som ubevisste motoriske reaksjoner på ubehag.

TILSTANDSAVHENGIG FUNGERING

Konseptet om tilstandsavhengig fungering (Perry & Szalavitz, 2017) kan ses på som en nyansering, presisering og konkretisering av toleransevindumodellen (Nordanger & Braarud, 2014; Ogden et al., 2006). Ifølge den nevrosekvensielle modellen kan vår fungering basert på grad av aktivering av stressresponsystemet deles inn i fem ulike tilstander langs et kontinuum (se figur 2).¹

.....

1 Figur 2: Perry & Szalavitz, 2017. Tilpasset med tillatelse. Alle rettigheter tilhører © 2007–2021 B.D. Perry. Illustrasjonen er hentet fra Næss Johannesen & Bakken, 2020.

Med aktivering av stressresponsystemet mener vi hvor mange stressreaksjoner som er satt i gang, og hvor mye stresshormoner som skilles ut. Stressresponsystemet aktiveres ikke bare av utrygghet eller frykt, men av situasjoner som er nye, annerledes eller uforutsigbare, eller av at noen av våre kroppslige funksjoner ikke er i balanse (Næss Johannesen & Bakken, 2020).

Alle våre tanker, følelser og atferd er påvirket av vår indre fysiologiske tilstand (se figur 3).

Tilstandsavhengig fungering har vist seg særlig nyttig for forståelse av og håndtering av utfordrende atferd. Gjennom dette konseptet har vi fått en dypere forståelse av når barna på Østbytnet er tilgjengelig for ulike tilnærminger, og hvorfor fornuft sjelden er en god strategi i møte med aktiverte og eventuelt utagerende barn. Den delen av hjernen som er tilgjengelig for oss i en slik situasjon, er rett og slett ikke åpen for fornuft og samtale. Vi har også fått en bredere forståelse av hva som kan føre til aktivering av stressresponsystemet, som å oppleve noe nytt eller ukjent, uforutsigbarhet og brudd i rutiner.

ULIKE NIVÅER AV REGULERINGSSTØTTE

Regulering, å endre vår tilstand slik at den er passende med den situasjonen vi er i, er et tredje konsept fra den nevrosekvensielle modellen som har vist seg nyttig for å både forebygge utagering og redusere bruk av kortvarig fastholding, og som også har hatt implikasjoner for vår praksis knyttet til fastholding. Den nevrosekvensielle modellen skiller mellom tre ulike nivåer eller former for reguleringsstrategier (Perry, 2020b).

- 1 Regulering ved hjelp av tanker og fornuft
- 2 Relasjonell regulering
- 3 Sansemotorisk regulering

Regulering ved hjelp av tanker og fornuft handler om å bruke neokorteks, å bruke tankens kraft, til å endre vår tilstand. Dette er typisk om man bedriver beroligende selvsnakke («Jeg

Figur 3

Indre tilstander og korresponderende hjernestrukturer

Indre tilstand	ro	oppmerksomhet til stede	alarm	frykt	intens redsel
Tidsperspektiv	fremtid	dager/timer	timer/minutter	minutter/sekunder	ingen tidsopplevelse
Regulerende hjernestruktur	neokorteks/korteks	korteks/det limbiske system	det limbiske system/lillehjernen	lillehjernen/hjernestammen	hjernestammen/det autonome nervesystem
Kognitiv stil	abstrakt/reflekterende	konkret	emosjonell	reaktiv	refleksiv

gruer meg til tannlegetimen, men det kommer til å gå bra»). Dette er en avansert form for regulering som utvikles i takt med økende alder og modning, og som barn generelt ikke er så veldig gode til. Det er også en ferdighet som forsvinner raskt ved økende aktivering, selv hos voksne. Du har kanskje erfaring med det selv, at når du har vært skikkelig sint, har du sagt noe i en krangel du angre på i etterkant. Det er vanskelig å stoppe alle impulser og tenke rasjonelt og handle deretter når vi er veldig opprørte.²

Relasjonell regulering handler om hvordan våre følelser og stemninger smitter mellom mennesker, såkalt nevrosepsjon (Dana, 2018; Porges, 2004). Nevrosepsjon er en beskrivelse av hvordan vårt autonome nervesystem fanger opp signaler fra omgivelsene våre på trygghet eller fare, og handler på dette før bevisstheten vår forholder seg til det. Har du vært stresset og bekymret før en operasjon og kjent at du ble rolig fordi en mild og vennlig sykepleier smittet deg med sin ro? Eller kjent på hvordan du selv ble irritert og sur fordi partneren din er sur og tverr, «helt uten grunn»?

Sansemotorisk regulering handler om hvordan vi gjennom bruk av kropp og sanser kan regulere stressresponsystemet. Etter en kre-

.....

2 Figur 3: (Perry, 2020b; Perry & Szalavitz, 2017), gjengitt med tillatelse. Tilpasset med tillatelse. Alle rettigheter tilhører © 2007–2021 B.D. Perry. Illustrasjonen er hentet fra Næss Johannesen & Bakken, 2020.



Den delen av hjernen som er tilgjengelig for oss i en slik situasjon, er rett og slett ikke åpen for fornuft og samtale

vende dag på jobb kan det være godt å ta seg en joggetur eller treningsøkt, eller om man har kjærlighetssorg er det fristende å legge seg på sofaen med en stor plate sjokolade. Begge deler er eksempler på hvordan stimulering av kropp og sanser kan regulere oss.

På Østbyttunet opplever vi at barna kan være vanskelig å få kontakt med når de er aktiverte. Det er utfordrende å snakke fornuft til dem og få dem til å følge rasjonaler for hva som er «lurt» å gjøre, når det koker i toppen. Regulering ved hjelp av tanker og fornuft er dermed en lite brukt reguleringsstrategi. Over mange år har Østbyttunet vært gode på å tone seg inn på barn som er overveldet av følelser. Men noen ganger er selv ikke den beste relasjon god nok for å oppnå kontakt med barnet. Og det er gjerne i de situasjoner barna kan utagere, slik at tvang, kortvarig fastholding, har blitt nødvendig. Så hvordan har den nevroseksviensielle modellen bidratt til en nedgang i antall tvangsvedtak med 80 % på tre år? »

Psykisk helsevernloven: bruk av tvang overfor barn og unge under 16 år:

§ 4-8 Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- kortvarig fastholding.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Tvangsbruk overfor barn er sterkt lovregulert nettopp fordi barn er særlig sårbare, og siden de er underlegne voksnes beslutninger, har man et stort

etisk ansvar når det gjelder utøvelse av tvang mot barn. Tvang kan kun brukes når lempeligere midler *er åpenbart forgyeves eller utilstrekkelig* (psykisk helsevernloven).

På NKS Østbytnet anvender vi dette så konservativt som overhodet mulig, og det er kun når barn setter seg selv eller andre i direkte fare, som ved å slå, sparke eller kaste gjenstander/stein mot andre, at tvang anvendes. Fastholding søkes å gjøre så kortvarig som overhodet mulig, og miljøterapeutene forsøker å slippe opp så tidlig som det er sikkerhetsmessig forsvarlig. Om mulig lar vi barna bevege seg mens de fastholdes, for eksempel ved å la barnet gå bort fra et eventuelt annet barn mens voksne fører det, heller enn å skulle bære barnet mot dets vilje.

DEN NEVROSEKVENSIELLE MODELLEN OG NEDGANG I TVANG

Østbytnet har gjennom årene hatt en relativt lav rate av tvangsvedtak. Institusjonen har hatt kompetente miljøterapeuter som har brukt *relasjon som reguleringsverktøy nummer en*. De har forstått at når barn utagerer, gjør de ikke det fordi de «vil», eller fordi de ønsker å ødelegge, men fordi alle andre ressurser i barnet er midlertidig borte – *han er gått i svart*. Ledelsen ved institusjonen har vært mer opp-tatt av ivaretagelse av barna enn av å unngå ødeleggelse for enhver pris. Slik har miljøterapeutene blitt gitt et handlingsrom der de ikke har måttet jobbe for å hindre ødeleggelse i seg selv, men for å ivareta barna – *det er bedre med ti knuste vinduer enn ett knust barnehjerte*. Dette har medført gode bonusavtaler hos den lokale glassmesteren og barn som har opplevd å bli tålt, uavhengig av sitt følelsesuttrykk. Likevel vil det oppstå situasjoner der barn utagerer, og hvor tvang er *uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre,*

eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre (psykisk helsevernloven, 1999). Kortvarig fastholding er da blitt vurdert som eneste utvei for å hindre skade, der andre tilnærminger har vært åpenbart forgyeves eller utilstrekkelig. Gjennom konseptene tilstandsavhengig fungering og regulering, samt en dypere forståelse av hjernens sekvensielle organisering og prosessering, opplever vi å ha fått både en større forståelse av hva som foregår i barna i ulike situasjoner, verktøy for å forebygge utagering og mer forståelse av hvordan fastholding til syvende og sist må gjøres på en måte som ivaretar helheten av praksis rundt barna. Etter vår mening nytter det ikke å være sensitiv for barnas signaler og jobbe med ivaretagelse om de ved en fastholding opplever unødvendig, skremmende og muligens smertefull håndtering.

For å illustrere dette kan vi bruke «Bjørn» som eksempel. Dette er ikke en ren kasusfremstilling, men en sammenstilling av ulike barn og utfordringer vi har møtt på Østbytnet.

Tabell 1

Bjørns uttrykk i de forskjellige tilstandene.

Tilstand/ funksjon	Ro	Oppmerksom til stede	Alarm	Frykt	Intens redsel
Typisk uttrykk	Er rolig på rommet sitt eller i sofaen	Er i samtale og kontakt med andre barn og voksne, lett å få kontakt med han	Er fysisk urolig, sier han er varm, vil kle av seg, blir fort sint når andre prater til han	Verbalt aggressiv, kan virke truende mot både barn og voksne, vil forsøke å løpe ut	Roper, kjefter på andre, kan slå og sparke om noen står i veien for han
Hva som hjelper	Holde en rolig stemning, spille lav musikk han liker, gi han fysisk rom rundt seg	Lave stemmer, rolig samtale, tydelige beskjeder, la han bevege seg eller ha en fysisk aktivitet, eller la han fikle med ting	Voksne som nynner, høre på musikk, berøring fra trygge voksne som han selv har søkt, reflekterende lytting til han	Voksne som er stille/rolig sammen med han, reduksjon av sanseinput (dempe lyset, fjerne støy), voksne som er til stede, men ikke krever påkobling	Rolig følelsesuttrykk, koble seg av, men ikke forsvinne, støtte fra voksne, individuell oppmerksomhet
Hva som ikke hjelper / aktiverer han	Høye lyder, om noen kommer for nær uten at han har tatt initiativ til det, endring i rutiner eller struktur	Voksne som gir beskjeder fra avstand (oppleves som å bli ropt til), kompliserte beskjeder eller vanskelige ord, voksne som virker frustrerte, uforutsigbarhet	Voksne som hever stemmen, kaos i omgivelsene eller andre barn som blir aktiverte, brå bevegelser	Tydelig frustrert voksen, flere barn som er aktive	Fysisk fastholding, gripe tak i, riste, roping, truende kroppsspråk

«BJØRN»

«Bjørn» er en gutt på 10 år som har vist mye utfordrende atferd på tidligere skole. Han strever med konsentrasjon, å forstå sosiale signaler i samspill med jevnaldrende, han har lite kontakt med egne følelser og kan ikke selv sette ord på hva han føler eller opplever. Bjørn blir lett overveldet, av både sansestimuli og hendelser, og strever med å regulere seg selv. Han tåler ikke å være for varm, sulten, tørst eller trøtt. Når Bjørn blir overveldet, har han lett for å bli verbalt aggressiv først og deretter fysisk aggressiv. Bjørn har på tidligere skole blitt oppfattet som skremmende, og både barn og voksne har uttalt at de er redde for han når han blir sint. Han har også erfaring med å bli fastholdt og «lagt ned i gulvet» av voksne som er sinte og redde for han. På Østbytnet blir det tidlig klart at Bjørns vansker lett kan føre til utagering, og vi må tilrettelegge mye rundt han for å ikke trigge tidligere samspillserfaringer, der han oppfatter voksne som mostander heller enn støttespillere. For å forstå Bjørns vansker bedre og finne gode løsninger før han blir overveldet,

gjør vi en kartlegging av hans tilstandsavhengige fungering. I hvilken tilstand er det vi typisk ser hans atferd? Dette er første steg for å finne ut hvordan vi best kan forebygge at han skal bli så overveldet at han utagerer.

Kartleggingen av Bjørn så slik ut, basert på tabellen for tilstandsavhengig fungering (se tabell 1).³

Noe av fokuset i Bjørns behandlingsplan var å redusere tiden han var i en tilstand av frykt eller intens redsel, og ikke dysregulere han slik at han utagerte. Dette handlet ikke om å fjerne følelser eller avlede han, men holde intensiteten i følelser og kroppslig ubehag på et slikt nivå at Bjørn kunne forholde seg til det med relasjonell reguleringsstøtte. Rent konkret innebar dette å ha en tydelig struktur gjennom døgnet til Bjørn. Det var ikke struktur for strukturens skyld, men for å redusere forekomsten av nyhe-

.....

3 Perry & Szalavitz, 2017, tilpasset med tillatelse. Alle rettigheter tilhører ©2007–2021 B.D. Perry.



ter gjennom dagen og gi Bjørn forutsigbarhet. Dette for å unngå aktivisering av stressrespons-systemet hans unødvendig, et stressrespons-system som ofte ble aktivert av selv små hendelser gjennom dagen. I strukturen til Bjørn la vi inn jevnlig bruk av sansemotorisk reguleringsaktiviteter og overgangsaktiviteter. Bjørn hadde jevnlig pauser gjennom skoledagen, der han fikk spille bordtennis sammen med en voksen eller gå en tur. Gjennom rytmen og den fysiske aktiviteten i bordtennis opplevde vi at han fikk bedre relasjon med de voksne rundt seg. Overgangssituasjoner var særlig vanskelige for Bjørn. Overgangssituasjoner innebærer at man må ha en viss form for kortikal fleksibilitet og oversikt over det som skal skje (Næss Johannessen & Bakken, 2020). For Bjørn var det både vanskelig å avslutte aktiviteter og å gå inn det som var nytt. I slike situasjoner hadde vi aktiv bruk av sansemotoriske reguleringsaktiviteter, som å hinke når han forflyttet seg fra et rom til et annet, eller bruke pusteøvelser før han skulle sette i gang med gaming. Slike aktiviteter var med på å redusere aktiveringen av hans stressresponsystem og dermed også atferd som kunne eskalere til utagering. Når Bjørn ble aktivert og kom i en tilstand av alarm som raskt kunne eskalere til frykt, var tilnærmingen til han styrt av prinsipper fra den nevrosekvensielle modellen, som å redusere sansestimuli. Dette innebar i praksis blant annet å la han gå ut i lite klær for å raskt redusere ubehag knyttet til å være varm etter aktivitet. Det var også viktig å bruke få ord og tilby han mest mulig stillhet når han ble aktivert. Om man pratet til han for å forsøke å regulere gjennom ord, ble dette oppfattet som støy, og atferden hans eskalerte heller enn at han roet seg slik at vi kunne komme mer i kontakt relasjonelt med han.

OPPSUMMERING

Gjennom implementeringen av den nevrosekvensielle modellen opplever vi å ha fått en dypere forståelse av hva dette *hvorfor* bak utfordrende atferd handler om, og flere verktøy i møte med den antatte årsaken til utfordrende atferd. Den nevrosekvensielle modellen har gitt oss en dypere forståelse for hvorfor relasjonsbasert mestringsorientert miljøterapi er virkningsfullt i møte med barn med utfordrende atferd, og det har gitt oss en kraftig reduksjon i bruk av kortvarig fastholding, uten at ødeleg-



... *det er bedre med ti knuste vinduer enn ett knust barnehjerte*

gelse eller farlige situasjoner har eskalert. Gjennom den nevrosekvensielle modellen har vi fått flere verktøy for å kunne forebygge utfordrende atferd, som jevnlig bruk av sansemotorisk regulering og en regulerende struktur som er tilpasset barnas utviklingsnivå, og vi har fått en dypere forståelse av hvorfor utfordrende atferd oppstår. Vi er også blitt mer bevisste på å la barna bruke kroppen sin aktivt selv i eskalende situasjoner, som å få gå og bevege seg selv om man fastholdes eller ledes bort. Og vi har en klar forståelse av at dess mer aktivert barnet eller den voksne er, dess færre kognitive ferdigheter er tilgjengelig, og hvor kontraindisert det er å appellere til fornuft og rasjonaler i slike situasjoner. ✘

REFERANSER

- Barfield, S., Dobson, C., Gaskill, R. & Perry, B. D. (2012). Neurosequential Model of Therapeutics in a Therapeutic Preschool: Implications for Work With Children With Complex Neuropsychiatric Problems. *International Journal of Play Therapy*, 21(1), 30–44. <https://doi.org/10.1037/a0025955>
- Dana, D. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy. Engaging the Rhythm of Regulation*. New York; W.W. Norton & Co.

- de Nooyer, K. & Lingard, M. (2016). Applying principles of the Neurosequential Model of Therapeutics across an adolescent day program and inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 25(2), 150–153. <https://doi.org/10.1177/1039856216658824>
- Grove, T. (2012). *Outcomes from a pilot project examining the NMT in a residential treatment center*. Report to Shaw Foundation (NMT Grant to St. Aemelian-Lakeside). Milwaukee, WI.
- Hambrick, E. P., Brawner, T. W., Perry, B. D., Wang, E. Y., Griffin, G., DeMarco, T., Capparelli, C., Grove, T., Maikoetter, M., O'Malley, D., Paxton, D., Freedle, L., Friedman, J., Mackenzie, J., Perry, K. M., Cudney, P., Hartman, J., Kuh, E., Morris, J., . . . Strother, M. (2018). Restraint and critical incident reduction following introduction of the Neurosequential Model of Therapeutics (NMT). *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(1), 2–23. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1425651>
- Nordanger, D.O. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530–536.
- Næss Johannessen, K. & Bakken, A.-K. (2020). *Fra uro til ro. Utfordrende atferd og barns muligheter for læring*. Gyldendal Akademisk.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Perry, B. D. (2020a). The Neurosequential Model. A Developmentally Sensitive, Neuroscience-Informed Approach to Clinical Problem-Solving. I J. Mitchell, J. Tucci & E. Tronick (red.), *The Handbook of Therapeutic Care for Children. Evidence-Informed Approaches to Working with Traumatized Children and Adolescents in Foster, Kinship and Adoptive Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Perry, B. D. (2020b). The Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) Phase I Certification Manual. Gjengitt med tillatelse. <https://nmt1.neurosequential.com/SupportResource>
- Perry, B. D. & Szalavitz, M. (2017). *The Boy Who Was Raised as a Dog and Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook. What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love and Healing* (2. utg.). Basic Books.
- Porges, S. (2004). *Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety*. Washington DC: Zero to Three.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Ryan, K., Lane, S. J. & Powers, D. (2017). A multidisciplinary model for treating complex trauma in early childhood. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 111–123. <https://doi.org/10.1037/pla0000044>
- Wang, E., Wilkes, T. C., Perry, B. D. & McMaster, F. (2015). *Open trial of the Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) approach in a clinical setting*. 28th Annual Sebastian Littman Research Day, University of Calgary.
- Zarnegar, Z., Hambrick, E., Perry, B., Azen, S. & Peterson, C. (2016). *Clinical improvements in adopted children with fetal alcohol spectrum disorders through neurodevelopmentally informed clinical intervention: A pilot study*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/1359104516636438>

Bruk av tvang i behandling av rusmiddelavhengighet

Med grunnlag i Helse- og omsorgsloven § 10-2 kan personer være i tvungent tilbakehold på institusjon. Praksisen har eksistert i årtier, og kunnskapsgrunnlaget er fortsatt tynt.

TEKST Gro Walø-Syversen

KONTAKT gro@psykologtidsskriftet.no

MERKNAD

Gro Walø-Syversen er medforfatter på en av studiene som teksten refererer til.

Psykisk helsevernloven er ikke det eneste lovverket som hjemler tvangsbruk i spesialisthelsetjenesten, det gjør også helse- og omsorgstjenesteloven. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan personer holdes tilbake uten eget samtykke; enten i tilfeller der omfattende og vedvarende rusmiddelbruk setter brukerens psykiske og fysiske helse i fare (§ 10-2) eller ved graviditet for å beskytte barnet mot skade (§ 10-3) (se f.eks. <https://www.korus-sor.no/gravide/> for mer informasjon om gravide, rusmiddelbruk og bruk av tvang).

Tvungent tilbakehold i TSB er et ukjent fenomen for de fleste psykologer utenfor feltet. Bruk av ulike former for lovregulert tvang knyttet spesifikt til håndtering av rusmiddelavhengighet er et internasjonalt fenomen (Gerdner & Berglund, 2010). I Norge kan personer være i tvungent tilbakehold på institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, gitt at visse vilkår er oppfylt (Helse- og

omsorgstjenesteloven, 2011). På eget initiativ eller etter bekymringsmeldinger fra pårørende vurderer og fremmer sosialtjenesten forslag om tvungent tilbakehold. Saken legges frem i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, som fatter beslutning om vedtak etter et forhandlingsmøte hvor pasienten og kommunen er representert. Saksbehandlingstiden er omtrent på en måned (Lundeberg et al., 2010). Loven gir mulighet til å fatte midlertidige vedtak, som betyr at vedtaket kan iverksettes på dagen. Alle helseregionene har TSB-institusjoner som tar imot § 10-2-pasienter, og institusjonene har tverrfaglige team der psykologer er involvert i og har ansvar for pasientens behandling.

ROKKANRAPPORTEN

Tvungent tilbakehold på institusjon har eksistert på kommunalt nivå siden 1990-tallet, og ble overført til spesialisthelsetjenesten i 2004 (Vederhus, 2013). Det er uklart hvor mange § 10-2 vedtak som blir *iverksatt* per år (Helse-

direktoratet, 2016). I 2013 skal 157 personer ha vært § 10-2- innlagt, altså en svært marginal andel (under 2 %) av det totale volumet innleggelse i TSB (Kristensen et al., 2018). Jurist Karl H. Søvig fra Universitetet i Bergen (Søvig, 2007) og forskere ved Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Lundeberg et al., 2010) har stått for de første gjennomgående evalueringene av lovverket og praksis. En oversikt i Rokkanrapporten (Lundeberg et al., 2010), som baserte seg på 567 § 10-2-vedtak i perioden 1993–2008, fant at gjennomsnittsalderen på de innlagte var 29 år. Nærmere 40 % av dem var under 25 år. Aldersgjennomsnittet for kvinner var lavere enn hos mennene. En svak overvekt av kvinner ble innlagt (53 %), og i byene var det en stor overrepresentasjon (70 %). Blandingsmisbruk var vanlig i de fleste sakene og opiater var representert i over halvparten av dem. Rapporten presenterer et nedslående totalbilde av § 10-2 tiltaket. For spesialisthelsetjenestens del ble det pekt på dårlig samarbeid med sosialtjenesten, svikt i ivaretagelsen av pasienter med samtidig psykisk lidelse (ROP-pasienter) og mangel på rutiner og individuell tilrettelegging i behandlingen (Lundeberg et al., 2010).

BARE IKKE TVANGSBEHANDLING

Institusjonene kan tilby behandling, men kan ikke tvinge pasienten til deltagelse eller iverksette sanksjoner hvis pasientene ikke ønsker å delta i behandlingstilbudet. Tvingen ligger først og fremst i tilbakeholdet og en del andre kontrollelementer som skal anvendes skjønnsmessig og vurderes i hvert enkelt tilfelle. Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016) regulerer institusjonenes bruk av tilbakehold og kontrollbruk. Det er ikke hjemmel for bruk av skjerming, mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisiner. Pasienten kan legges inn med bistand av politi og ved rømninger kan institusjonen varsle politi og be om at pasienten hentes inn igjen. Institusjonene har mulighet til å begrense fravær eller permisjon. Utgang utenfor institusjonen gjennomføres normalt med følge av personale (Lundeberg et al., 2010). Kontrollen foregår på andre arenaer også. Institusjonene kan kreve rusmiddeltesting og sette i gang ransaking av rom, eiendeler og kroppsvistasjon, under visse betingelser. Forskriftene gir anledning til kommunikasjonskontroll, men hovedrege-

Oppsummering av Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 Tilbakehold på institusjon uten eget samtykke

- psykisk og fysisk helse utsatt for fare på grunn av
- omfattende og vedvarende rusmisbruk
- frivillige hjelpetiltak er ikke tilstrekkelige
- vedtak fattes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker
- institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende hjelp sett i lys av formålet med vedtaket
- kommunen kan iverksette midlertidige vedtak hvis interessene som bestemmelsen skal ivareta blir vesentlig skadelidende når vedtaket ikke gjennomføres straks

§ 10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

- en gravid rusmiddelavhengig kan uten eget samtykke holdes tilbake på institusjon i hele svangerskapet hvis misbruket overveiende sannsynlig kan føre til et barn født med skade
- formålet er å hindre eller begrense sannsynligheten for skade på barnet
- kvinnen skal tilbys hjelp for rusmiddelmissbruk og å bli i stand til å ta vare på barnet
- tilbakeholdet revurderes hver tredje måned
- kommunen kan iverksette midlertidige vedtak
- kommunen skal gi barneverntjenesten melding om innleggelsen

I Europa er det kun Norge som har tvangsbestemmelser overfor gravide rusmiddelavhengige (<https://rop.no/aktuelt/flest-kvinner-tvangsinnlegges-til-rusbehandling>). Borgestadklinikken er en kjent institusjon som har tatt imot gravide innlagt uten eget samtykke siden 1996. Se f.eks. <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Skjermet-rapport-2015.pdf> for mer informasjon og kartlegging over innleggelse på Borgestadklinikken.

len er at pasienten skal ha tilgang til mobiltelefon og pc.

Det fins ikke samlede og systematiske oversikter over institusjonene, deres fysiske utforming, behandlingstilbud og kontrollbruk. Frem til publikasjonen av den nye veilederen i 2016 (Helsedirektoratet, 2016), var det svært begrensede føringer for oppholdenes *innhold*, bortsett fra den helt generelle anmodningen om at man forsøke å motivere pasientene til videre behandling og at oppholdet skal ha en positiv betydning på sikt (Helsetilsynet, 2000). Ofte var nok primærfokus på intervensjoner rettet mot alliansebygging og sikring av trivsel for å komme i posisjon til å drive motivasjonsarbeidet som vedtaket forutsetter (Lundeberg et al., 2010). Rokkanrapporten har vist at det er betydelig variasjon når det gjelder institusjonenes fysiske utforming, tilbakeholdsbruk og kontrolltiltak. Det var og er i stor grad opp til hver enkelt institusjon. Hovedregelen er antagelig at pasientene legges inn på separate og lukkede poster, avgrenset fra frivillig innlagte medpasienter.

NY VEILEDER FRA 2016

«Tvangsvedtaket gir ikke grunnlag for behandling uten samtykke. Institusjonen skal likevel kontinuerlig legge til rette for og gi tilbud om en individuell behandling basert på samtykke. Målet er å motivere for videre behandling.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 77)

Den nye veilederen er et viktig tilskudd til feltet. Den har et omfattende kapittel om tilbakeholdsfasen og vektlegger brukermedvirkning og individuelt tilrettelagt systematisk utredning og behandling. Fokuset er å redusere negative konsekvenser av tvang og at oppholdet innebærer tilstrekkelig aktivitet.

«Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å redusere negative opplevelser av tvang. Institusjonene må legge til rette for at pasientene kan delta på meningsfulle aktiviteter som kan styrke mestringfølelsen, forebygge rømning og dempe konfliktnivået. Samtaler, aktiviteter og samvær som bidrar til en positiv opplevelse i rusfrihet kan være av stor betydning. At institusjonene bidrar til at pasientene kan delta på nye sosiale arenaer og inngå i sosiale felleskap innenfor og utenfor institusjonen, kan være avgjørende for å

oppnå god rusmestring.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 78)

LOKAL FORSKNING

Det fins få systematiske evalueringer av virkningen av tvungent tilbakehold i Norge. En forskergruppe ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus har vært i front (Christiansen, 2018) og står bak de vitenskapelige studiene som fins (Opsal et al., 2013; Opsal et al., 2016; Opsal et al., 2019; Pasareanu et al., 2015; Pasareanu et al., 2016; Pasareanu et al., 2017). Gruppen fulgte 202 pasienter, 65 tvangsinnlagte og 137 frivillig innlagte, fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelsen. Viktige funn var bedre livskvalitet og rusmestring, og redusert rusmiddelbruk, også for pasientene som var innlagt med tvungent tilbakehold. I ettertid var faktisk en stor andel av pasientene positive til at tvangsvedtaket ble iverksatt (Kristensen et al., 2018). I Sverige har man en tilsvarende lovhjemmel som er grundig kartlagt (Larsson & Leinio, 2012; Larsson & Segraeus, 2005; Vederhus, 2013). Undersøkelser i Sverige antyder at det er lik dødelighet for pasienter som har vært innlagt til henholdsvis tvungen og frivillig behandling (Larsson & Leinio, 2012; Larsson & Segraeus, 2005). Behandlingsutfallene sammenfaller også hvis man ser på antall dager til ny avgiftning og bruk av rusmidler etter utskrivelsen (Gerdner & Berglund, 2010; Lindahl, et al., 2010; Palm & Steinius, 2002).

UTFORDRINGER

Tvungent tilbakehold og andre kontrolltiltak forpurrer etableringen av en god arbeidsallianse. Bruk av tvang fremmer heller ikke robuste individuelle endringsprosesser (Brehm & Brehm, 1981; Ryan & Deci, 2000; Winick, 1997). Det er et paradoks at tvangstiltak skal fremme motivasjon til videre behandling. Tanken bak er vel at den reduserte rusmiddelbruken som oppnås med kontrolltiltakene vil gjenopprette en autonomi som gikk tapt i rusen, og at det skal bli lettere å ta stilling til videre behandling. Det er uklart om pasienter som har vært innlagt etter § 10–2 føler seg mer motivert til frivillig behandling etter tre måneder (Opsal et al., 2019), men fra Rokkanrapporten vet vi at omtrent halvparten av de tvangsinnlagte velger å gå videre i frivillig behandling (Lundeberg et al., 2010).

Midlertidige vedtak og mangel på frivillige tilbud

Bruken av midlertidig vedtak, en unntaksbestemmelse, er stor og forekommer i langt over halvparten av sakene (Lundeberg et al., 2010). Ved midlertidige vedtak er sosialtjenestens fokus akutt livredning og stabilisering i alvorlige og kompliserte saker, uten at det nødvendigvis er tatt stilling til langsiktige tiltak som vil fungere. Det er motivasjonsarbeid og tilrettelegging for videre behandling som er hovedintensjonen bak loven. Midlertidige vedtak er «motivasjonsdempende». Pasienten hentes inn til institusjonen uten å være forberedt, ofte ved hjelp av politi, noe som kan oppleves som svært krenkende (Lundeberg et al., 2010; Pasareanu et al., 2015). I perioden frem til endelig behandling i Fylkesnemda, opptil seks uker i noen tilfeller, kan pasienten bruke tiden utelukkende på venting og håp om at vedtaket oppheves, noe som nesten aldri forekommer (Lundeberg et al., 2010). Pasienten nær sagt teller ned dagene til en forestilt utskrivelse. «Motivasjonsdempingen» kan forsterkes av et annet etisk ubehagelig faktum; i mange saker er det ikke muligheter for direkte overføring til frivillig behandling (Lundeberg et al., 2010). Det fins ikke noen rød løper inn til spesialisthelsetjenesten. Under oppholdet tar ikke pasienten stilling til konkrete og reelle handlingsalternativer, men blir isteden pålagt å holde seg rusmiddelfri under usikre omstendigheter og fremtidsutsikter. Det er vanskelig å se for seg at det gir mening å delta i en tvungen prosess mot å bli rusmiddelfri hvis det er rett tilbake til start ved utskrivelsen. Mangel på tilbud om plass i behandling eller på andre «høyterskel»-tiltak i etterkant av tvangsvedtaket, er uheldig. I verst tenkelige scenario kan en opioid-naiv pasient skrives rett ut til hospits og en million kroner i hjelpetil-tak har gått i vasken.

Rømning eller meningsfulle aktiviteter

Veilederen understreker at institusjonene skal legge til rette for meningsfulle aktiviteter som kan bidra til positive erfaringer i rusfrihet. Dette innebærer en risiko for at pasienten får lettere tilgang til rusmidler, for eksempel via rømning i forbindelse med turer ut. Samtidig kan et for sterkt tilbakehold på lukkede institusjoner uten aktiviteter også øke risikoen for rømninger med rusinntak (Lundeberg et al., 2010). Rømninger skaper uro i systemet og kan være problematiske, mest på grunn av overdosefaren. I vurdering av aktiviteter må institusjonene veie risikoen for rømning og rusmiddelinntak opp mot formålet med det spesifikke vedtaket, og mot verdien i å legge til rette for positive rusfrie erfaringer.

Passivisering

Rokkanrapporten belyser at mange pasienter beskrev oppholdene som “ren oppbevaring” (Lundeberg, 2010, s. 236). Pasientene la vekt på at det ikke skjedde noe og at det var lite innhold i behandlingen. Pasientenes ruskonsulenter rapporterte også at tvangsoppholdene virket kjedelige og uten relevant innhold. Rapporten forteller om en langtekkelig innleggelse hvor pasientene erfarte å bli passivisert (Lundeberg et al., 2010).

«Det skjer ikke så veldig mye inne på tvangen at man på en måte bare tenker sånn “å, dette har jeg lyst til å gjøre mer av”. For det første er det veldig kjedelig å være på tvang. Det er, du er innesperra, du ... du er skjerma fra



Fokuset i veilederen er å redusere de negative konsekvensene av tvang





Hovedtendensen var bedre livskvalitet og rusmestring, og redusert rusmiddelbruk

Anbefalt lesning

Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2016)

Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang. Ingrid Rindal Lundeborg, Kristian Mjåland og Karl Harald Søvig (2014). Gyldendal Juridisk.

omverdenen liksom. Og jeg trur at det er mere som skal til for å ville bli nykter enn bare å være innesperra. Man må på en måte få motivasjonen, få muligheten til å oppleve ting. Man må få muligheten til å kunne ... gå ut og gjøre litt ting som andre nyktre folk syns er gøy.» (Lundeborg et al., 2010, s. 209)

I det hele tatt gir rapporten inntrykk av pasienter som blir møtt med for mye tilbaketrukkethet i oppholdet, som kan signalisere lav tiltro til mestring og endringsmuligheter. Føringsene i den nye veilederen har forhåpentligvis bidratt til forandringer, slik at institusjonene, i tillegg til brukermedvirkning, prøver å finne en god balanse og ikke er for tilbakelemt eller bruker urimelig press. Psykologen for eksempel, kan etablere kontakt og signalisere genuin interesse gjennom frekvente turer inn på avdelingen, og informere om hva hen kan tilby av samtaler og utredning når pasienten etter hvert er åpen og tilgjengelig for informasjonen. Det koster lite og virker bedre enn å vente på kontoret.

OPPSUMMERING

Tvunget tilbakehold på institusjon har foregått siden 90-tallet. Det er et inngripende tiltak som får lite fokus sammenlignet med bruk av tvang i andre felt. Kunnskapsgrunnlaget for praksisen er begrenset. Sivilombudet besøker ikke disse pasientene og de har heller ingen kontrollkomisjon. Rokkanrapporten tegner et relativt bedrøvelig bilde og pekte på flere forbedringsmuligheter for gjennomføringen av tilbakeholdet i spesialisthelsetjenesten. Rapporten gav grunnlag for forskriftsendringene og anbefalingene i den nye veilederen fra 2016. Resultatene i forskningen fra Sørlandet sykehus er heldigvis mer gledelige. Studiene finner bedring i livskvalitet og redusert rusmiddelbruk, og i ettertid var flere av pasientene positive til vedtaket. Forhåpentligvis er funnene representative for den generelle norske situasjonen, men det er uklart gitt den dokumenterte variasjonen i institusjonenes praksis, utforming og kontrollbruk. Det er et kvalitetstegn at Sørlandet sykehus har samlet et evidensgrunnlag for praksisen. I lys av de positive resultatene kan de tre enhetene som var representert i studien kanskje være gode eksempler for spesialisthelsetjenesten. Vi vet ikke hva som er aktuell praksis i institusjonene som tar imot tvangspasientene nå. Det er 12 år siden Rokkanrapporten ble publisert, og det er på tide med en ny rapport som undersøker om anbefalingene i veilederen blir fulgt eller om det er status quo. ✕

REFERANSER

- Christiansen, A. (2018, 8. august). Forskere mener flere rusavhengige bør tvangsinnlegges. *Forskning.no*. <https://forskning.no/universitetet-i-agder-rus-og-avhengighet-partner/forskere-mener-flere-rusavhengige-bor-tvangsinnlegges/1215866>
- Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016). *Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-26-1003?q=forskrift%20om%20rettigheter%20og%20bruk>

- Gerdner, A. & Berglund, M. (2010). *Oversikt over tvangsvård ved missbruk-effekt og kvalitet. Till Missbruksutredningen*. http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/Rapporter/Oversikt_tvangsvard_missbruk.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (IS-2355)*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rus-middelproblemer/Tvangstiltak%20overfor%20personer%20med%20rusmiddelproblemer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>
- Helsetilsynet. (2000). *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelbrukere etter LOST § 6-2, 6-2 a og 6-3* (Rapport, I-0965/2000). Helsetilsynet
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorg>
- Kristensen Ø., Opsal A. & Clausen, T. (2018). *Tvangsinnleggelse for rusbehandling? Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1114>
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2005). *Uppföljning av SiS missbrukarvård: Från tvång till frihet. Beskrivning og 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003* (SiS følger opp og utveklar, rapport nr. 1). Statens institusjonsstyrelse
- Larsson, J. & Leinio, T. (2012). *Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003* (Institusjonsvård i fokus, rapport nr. 3). Statens institusjonsstyrelse
- Lindahl, M.L., Ojehagen, A. & Berglund, M. (2010). Commitment to coercive care in relation to substance abuse reports to the social services: A 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 372–376. <https://doi.org/10.3109/08039481003710204>
- Lundeberg I., Mjåland K., Søvig K. H., Nilssen E. & Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige: Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* (Rapport 2–2010). Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier.
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Clausen, T. (2019). Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0237-y>
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Larsen, T. K., Syversen, G., Rudshaug, E. A., Gerdner, A. & Clausen, T. (2013). Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13: 57. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-57>
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, JKåre; Clausen, Thomas (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Services Research*, 16 (1). s 1 – 10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>
- Palm, J. & Stenius K. (2002). Sweden: integrated compulsory treatment. *European Addiction Research*. <https://doi.org/10.1159/000052057>
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: Results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC Health Services Research*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6>
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2017). Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions. *BMC Health Services Research*, 17(5), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1936-y>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Søvig, K. (2007). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Sosialtjenestelovens §§ 6-2 til 6-3*. Fagbokforlaget
- Vederhus, J. (2013). *Tvangsinnleggelse av rusmiddelavhengige – noen etiske aspekter*. I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (red.), *Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (s. 242–260).
- Winick, B. (1997). Mandatory Treatment: An Examination of Therapeutic Jurisprudence. *New Directions for Mental Health Services*, 75, 27–34. <https://doi.org/10.1002/ym.2330237505>

Psykisk utviklingshemming, tvang og habilitering

Vår analyse viser at rettssikkerheten til personer med utviklingshemming er dårlig ivaretatt, og at tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemming øker betraktelig for hvert år.

TEKST Monica Røstad
og Erik Søndena

KONTAKT
monica.rostad@
ntnu.no

Personer med utviklingshemming har fram til nå hatt en egen rettsregel basert på diagnosen. Den åpner opp for innskrenket selvbestemmelse og bruk av tvang i situasjoner som medfører vesentlig skade eller fare for vesentlig skade. Diagnosen utviklingshemming rommer et mangfold av forskjellige mennesker med ulik grad av utfordringer og ulike grader av utviklingshemming. Mange er i jobb, bor for seg selv og lever selvstendige liv, mens andre trenger tett oppfølging i det daglige. Det finnes ikke en enkel løsning for alle, da utviklingshemmede ofte har sammensatte behov, og det vil være nødvendig å ta i bruk individuelle tilnærminger. For å forebygge bruk av tvang og makt er det viktig å bli godt kjent med personen samt å ha god faglig og etisk kunnskap i tjenesteyting. Kunnskap om miljøarbeid, helsefag, samfunnsfag, pedagogikk, psykologi, juss og etikk i et livsløpsper-

spektiv er sentralt for å ivareta gode tjenester og rettssikkerheten til den enkelte.

Tvang og makt overfor personer med diagnosen psykisk utviklingshemming er regulert gjennom helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Dette er en unntaksregel som åpner for å kunne anvende tvang og makt for å forhindre at personer med utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Samtidig stilles det krav om at en arbeider for å forebygge og begrense bruken av tvang og makt.

Lovverket skiller mellom vesentlig skade i nødssituasjoner, skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner samt tiltak for å dekke brukers grunnleggende behov. Lovbestemmelser om begrensnings i bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming har eksistert siden 1999, og var ved etableringen basert på grundige utredninger og omfattende samfunnsdebatt.

Tabell 1

Forekomst av tvangsvedtak for b- og c-vedtak og enkeltmeldinger i nødssituasjoner – a-vedtak

	2006	2010	2012	2017	2020
Vedtak etter § 9–5 b planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og c-tiltak for å dekke brukers grunnleggende behov					
Antall personer	554	835	906	1 376	1 662
Antall vedtak	898	902	992	1 503	1 801
Vedtak etter § 9–5 a skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner					
Antall personer	1 095	1 076	1 086	1 310	1 238
Antall beslutninger etter § 9–5 a	27 439	19 596	20 791	18 794	41 531

Merknad. Tallene i tabellen er hentet fra årsrapportene (Helsetilsynet, 2010, 2020).

Skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner er situasjoner som oppstår uventet, og hvor en må gripe inn for å hindre en vesentlig skade. Eksempel på en *nødssituasjon* kan være at personen plutselig springer ut i trafikken og må stoppes for å unngå påkjørsel. Hvis det viser seg at denne personen ofte springer ut i trafikken og de ansatte vet at de må gripe inn for å hindre vesentlig skade, er det et eksempel på *skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner*. Tiltak for å dekke grunnleggende behov kalles også *omsorgstiltak*, hvor bruker motsetter seg omsorgsbistand som på sikt fører til vesentlig skade.

Saksbehandling av *skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner* utføres etter tvangsutøvelsen, kalt a-vedtak. På den annen side kommer saksbehandlingen i forkant ved *planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner* og i tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov, kalt b- og c-vedtak. Saksbehandlingen som utføres i b- og c-vedtak, bygger på en helhetlig vurdering av brukers livssituasjon og inkluderer et krav til å arbeide med forebygging av tvang og å finne andre måter å løse situasjonen på enn tvangsbruk. Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig, er forholdsmessig for hva som skal hindres, og avverger eller begrenser vesentlig skade (Helsedirektoratet, 2015; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

FOREKOMST

Statens helsetilsyn rapporterer årlig forekomst av tvangsbruk i denne populasjonen, og deres data viser en markant økning av personer som

har vedtak på tvang. I 2006 var det 554 personer med b- og c-vedtak (Helsetilsynet, 2010), mens det i 2020 var 1 662 personer (Helsetilsynet, 2020). I tillegg til antall personer som har b- eller c-vedtak, saksbehandles det a-vedtak i nødssituasjoner. I 2010 var det 19 569 enkeltbeslutninger fordelt på 1 076 personer, mens det i 2020 var 41 531 beslutninger om tiltak i nødssituasjoner fordelt på 1 238 personer. Statens helsetilsyn forklarer det høye tallet i 2020 med at over halvparten av meldingene er knyttet til om lag 10 personer med spesielle utfordringer, og at de fleste personene har under 20 meldinger i løpet av året (Helsetilsynet, 2020).

Omsorgsfaglige føringer og idealer

FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne ble ratifisert av Norge i 2013 og medfører en større bevisstgjøring og rettsutvikling for denne gruppen. Konvensjonens hovedformål er å fremme, verne om og sikre likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter og å fremme respekten for iboende verdighet (FN-sambandet, 2006). Rettsutviklingen medfører at retten til selvbestemmelse på noen områder må vektlegges sterkere i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9, og gjelder særlig vurdering av samtykkekompetanse og brukerstøtte når reglene skal anvendes. Rundskrivet til helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 likestiller samtykkekompetanse og brukerstøtte, men benevner samtykkekompetanse når det vises til å ta informerte beslutninger i konkrete spørsmål knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven. Beslut-



Utredningen påpeker at norsk lovverk ikke i tilstrekkelig grad respekterer og sikrer utviklingshemmedes rett til frihet, selvbestemmelse og rettsikkerhet





I Norge vil innskrenket selvbestemmelse, autonomi og integritet inngå i maktbegrepet

ningskompetanse omfatter det å kunne motsette seg et tiltak og kompetanse til å ta selvstendige beslutninger mer generelt, og det innebærer å få hjelp til å ta valg og å bestemme eller medvirke i eget liv (Helsedirektoratet, 2015). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har bruker og pasient rett til å medvirke i utforming av eget tjenestetilbud, hvor støtte til beslutninger gis så langt det er mulig. Ifølge § 3-5 har man rett til å få informasjon som er tilpasset ens evne til å forstå.

Videre skal tjenesteytere så langt som mulig sikre at mottaker har forstått innholdet i informasjonen. I § 4-3 står det at samtykkekompetansen kan helt eller delvis bortfalle dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Hvis samtykket bortfaller, skal helsepersonell forsøke å finne personens verdier, ønsker og preferanser (§ 4-6) (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ifølge helse- og omsorgstjenestelovens § 3 plikter kommunen å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hvis personer med utviklingshemming er avhengig av støtte til å ta beslutninger, skal slik støtte tolkes som nødvendig bistand (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; NOU 2019: 14).

Til tross for internasjonale og nasjonale politiske føringer ser en at tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming ikke ivaretas etter de politiske intensjonene og rettsutviklingen. I stortingsmelding 45 *Frihet og likeverd* fra 2013 ble det foretatt en gjennomgang av levekårene for mennesker med utviklingshemming, som førte til NOU 2016: 17 *På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Utvalget foreslår åtte løft som er nødvendige for at utviklingshemmede skal få oppfylt sine menneskerettigheter på lik linje med andre. Utredningen påpeker at norsk lovverk ikke i tilstrekkelig grad respekterer og sikrer utviklingshemmedes rett til frihet, selvbestemmelse og rettssikkerhet (NOU 2016: 17, s. 16, 181, 218).

Den økende bruken av tvang er bekymringsfull og et vedvarende problem ved at deler av omsorgen og tjenestene til personer med utviklingshemming kommer i konflikt med vedtatte regler for menneskeverd og omsorgsfaglige idealer. Bruken av tvang og makt utfordrer disse verdiene, og økende tvangsbruk er en uønsket utvikling (Helsedirektoratet, 2021).

UTFORDRENDE ATFERD

Oftest forbindes begrepet «utfordrende atferd» med bruken av tvang og makt, da slik atferd kan føre til skade eller fare som må forhindres. Utfordrende atferd er et fagbegrep som rommer beskrivelser av atferd som er skadelig eller potensielt farlig. Etter helse- og omsorgstjenesteloven må en vurdere hvilken skade atferden utgjør før en kan bruke tvang og makt. For at rettsreglene for tvang skal kunne anvendes, må skaden være vesentlig. Utfordrende atferd må derfor vurderes å være ødeleggende, skadelig, forstyrrende eller uakseptabel for personen selv, andre personer eller miljøet rundt personen. Personer med utviklingshemming er mer utsatt for å oppleve tvang hvis de har en atferd som avviker sterkt fra kulturelle normer, hvis de setter seg selv eller andre i alvorlig fare eller har en atferd som begrenser eller hindrer tilgang til vanlig sosial deltakelse (Helsedirektoratet, 2015; Luiselli, 2015; Webber et al., 2011).

Utfordrende atferd forekommer ofte i brudd på samspill mellom miljøfaktorer, individets sårbarhet og opplevd mestring. Utviklings-

hemmede har i varierende grad kognitive vansker som gjør det krevende for dem å forstå og planlegge samt å regulere emosjoner. Et utfordrende atferdsuttrykk må forstås på bakgrunn av utviklingshemmedes individuelle forutsetning for å håndtere stress, usikkerhet, opplevd press og andre former for belastninger (Bakken, 2020). Utfordrende atferd kan også forekomme når personen har underliggende helseutfordringer, både somatiske og psykiske, som ikke kommuniseres verbalt. Det kan være at personen erfarer få muligheter til å påvirke, bli respektert og oppleve verdighet, eller at personen opplever fysisk eller psykisk misbruk, neglisjering eller utnyttelse (Friedman, 2020). Å ta i bruk tvang uten å se på hva som utløser atferden, kan gi paradoksale effekter. Både atferden og tvangsbruken kan på denne måten bli selvforsterkende, og i noen tilfeller forekommer det utvikling av nye atferder som også er utfordrende og fører til vesentlig skade (Luiselli, 2015; Webber et al., 2019).

Internasjonalt er tvangsbegrepet knyttet til «mere utfordrende adferd» (Holden, 2009), som refereres til som «serious challenging behavior» (Emerson et al., 2001) og er rettet mot fysiske tvangsmidler som tilbakeholdelse eller skjerming (Webber et al., 2019). Det er mindre vekt på innskrenket selvbestemmelse som en del av maktbegrepet. I Norge vil innskrenket selvbestemmelse, autonomi og integritet inngå i maktbegrepet, da makt etter norsk lovgivning omfatter tiltak som bruker motsetter seg, så vel som tiltak som må regnes som så inngripende at uansett motstand må det regnes som tvang. Tiltak for å dekke personens grunnleggende behov, hvor det ikke er snakk om akutte nødssituasjoner, men fare for vesentlig skade hvis behovene ikke dekkes, kommer inn under innskrenket selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2015). Ansatte har makt over eller myndighet til å overstyre personens ønsker, og dette fører til innskrenket selvbestemmelse. Makten er myndigheten som lovverket gir for å hindre vesentlig skade, og tvangen er utførelsen av denne myndigheten. Dette er en forenklet forklaring, men likevel et fundament som ansatte må være seg bevisst i utøvelsen av både makt og tvang. Hvordan makten forstås og forvaltes, vil påvirke måten vi utøver faglig skjønn på, både i vurdering og gjennomføring av tvangsbruk. Det vi vet, er at utviklingshemmede som utsettes for alvorlig tvang i form av fysiske eller meka-

niske tvangsmidler, har større risiko for å utvikle engstelse og angst, frustrasjon, depresjon og posttraumatisk stress (Bakken et al., 2014; Webber et al., 2011). Også tvang som ikke er av fysisk form, som innskrenket selvbestemmelse, har negative konsekvenser som kan føre til både passivitet, hjelpeløshet, avhengighet og til motmakt (Vaucher, 2020; Vicente et al., 2020). Motmakt fører til spenninger mellom ansatte og personen. Ofte eskaleres utfordrende atferd som følge av manglende medvirkning i forhold som er viktige for personen (Flynn, 2019), uavhengig av om det er en nødssituasjon eller dekking av grunnleggende behov.

VESENTLIG SKADE

I forbindelse med tvang for å kontrollere utfordrende atferd må atferden også innebære en vesentlig skade, enten det er i en nødssituasjon eller for å dekke personens grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2015, § 9–5), der en må sette inn tiltak eller ta forholdsregler for å hindre eller begrense den vesentlige skaden (Holden, 2009).

TVANGSMIDLER

Ved fysiske tvangsmidler stoppes personen i en handling, føres bort eller holdes fast. Ved mekaniske tvangsmidler menes alle typer innretninger eller hjelpemidler som hindrer bevegelsesfriheten. Bevegeshindring skal avverge vesentlig skade på personen selv og gjøres ikke for å hindre skade på andre personer. Oftest er mekaniske tvangsmidler anvendt for å hindre fall og selvskading. Skjerming er når personen blir tatt med til et annet rom enn der andre oppholder seg, eller blir holdt tilbake i et rom når andre forlater det. Skjerming skal foregå i et vanlig beboelsesrom, ikke i et rom «laget» for skjerming. Inngripende tekniske varslingssystemer regnes alltid som bruk av tvang og makt (Helsedirektoratet, 2015). Det er ikke tiltaket som iverksettes som avgjør om det skal hjemles etter § 9–5 b eller c, men hvilken type vesentlig skade som skal hindres eller begrenses, og hvor inngripende tiltaket er overfor personen.

En person kan ha alarm på ytterdøren sin som sender et signal til en smarttelefon, slik at ansatte får beskjed når døren åpnes. I en situasjon vil et tiltak (her: alarm) være begrunnet med at det foreligger risiko for at personen vil utvise farlig atferd hvis han eller hun forlater hjem-

»

met. I dette tilfellet blir innstallering / bruk av alarm et b-vedtak for å hindre en nødssituasjon. Det samme tiltaket vil imidlertid være begrunnet annerledes hvis hensikten er å motvirke at personen, som følge av manglende kompetanse, utsetter seg for sosial krenkelse / tap av sosial aktelse ved å forlate hjemmet uten adekvat påkledning. I dette tilfellet blir alarmen hjemlet som et c-vedtak (*få dekket grunnleggende behov*). Personens opplevelse og atferd knyttet til gjennomføring av tiltaket må også vurderes for hvordan tiltaket skal hjemles. I denne vurderingen og i hele prosessen fra kommunen mener at tiltak med bruk av tvang i b- og c-vedtak er nødvendig, er kommunen lovpålagt å samarbeide med habiliteringstjenesten. Når kommunen og habiliteringstjenesten har utarbeidet vedtaket (saksbehandlet tiltaket i et vedtak) og habiliteringstjenesten har gitt sin uttalelse, skal vedtaket overprøves av Statsforvalteren. Overprøving av vedtaket betyr at de vurderinger og det arbeidet som kommunen planlegger å gjennomføre, skal vurderes og godkjennes av Statsforvalteren, før en har lov til å iverksette tvangstiltaket.

En forskjell på planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og det å få dekket sine grunnleggende behov er at det stilles forskjellige krav til kvalifisert personale for å ivareta personens rettssikkerhet i utførelsen av tiltakene. For begge situasjonene skal det være to tjenesteytere ved gjennomføring av tiltaket hvis det ikke er til ugunst for brukeren. Men for skadeavverging i gjentatte nødssituasjoner i b-vedtak, skal den ene av de to minst ha bestått utdanning i helse- og sosialfag eller pedagogiske fag på høgskolenivå, mens i c-vedtak er kravet at en har fullført helsefaglig utdanning på videregående nivå. Kravet til utdanning er for å ivareta rettssikkerheten til brukeren gjennom at ansatte som utøver tvang, skal ha kompetanse til å vurdere tiltaket både før, under og etter utøvelse (Helsedirektoratet, 2015).

SELVBESTEMMELSE VERSUS TVANG

Rett til selvbestemmelse betyr at en selv kan bestemme over handlinger og gjøremål, samt at en kan nekte å innfri andres ønsker, beslutninger og krav, så lenge det ikke kommer i konflikt med andre lover som regulerer og begrenser oss som borgere. Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 har noen særlige unntak fra retten til selvbestemmelse når det gjelder personer med diagnosen utviklingshemming.

Når personen selv ikke er i stand til å vurdere hvorvidt egne valg og handlinger vil medføre en vesentlig skade, kan det være nødvendig å regulere eller bestemme på vegne av personen. Dette er vanskelige problemstillinger som krever grundig utredning for å prøve å finne årsaker til vegring, og der en må utarbeide skånsomme og minst mulig inngripende tiltak for å ivareta personens integritet, til tross for tapt selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2015). Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 stiller som krav at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

I dagliglivet er selvbestemmelse et stort tema. Det kan handle om å bestemme hva og når du skal spise, hvordan du ønsker å gå kledd, når du skal være aktiv, og når du ønsker å hvile. Men selvbestemmelse handler også om å ha muligheten til å ta egne avgjørelser og bli agent i eget liv (Shogren et al., 2015). Forskning på intervensjoner rettet inn mot større grad av selvbestemmelse viser at dette fører til økt mestring i problemløsning, økt måloppnåelse, økt selvregulering og forhøyet toleranse for endringer (Vicente et al., 2020).

HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Helsedirektoratet fokuserer på gode helse- og omsorgstjenester gjennom en ny veileder for tjenestene (Helsedirektoratet, 2021). Her blir det blant annet gitt konkrete beskrivelser av hva som er god nok kompetanse hos ansatte, av tverrfaglig samarbeid, samarbeid med spesialisthelsetjeneste, etisk refleksjon, tilrettelegging for selvbestemmelse og oppfølging av utviklingshemmede som avviser bistand.

Begrepet «vesentlig skade» virker å være endret fra å være knyttet til «mer utfordrende atferd» som her og nå fører til vesentlig skade, til også å omhandle forebygging av vesentlig skade på sikt, via «mindre utfordrende atferd». Ofte handler tvangsbruken da om å forebygge atferd som på lang sikt kan medføre vesentlig skade, eksempelvis manglende regulering av matinntak og immobilitet som gir risiko for overvekt, hjerte-karsykdommer, diabetes og slitasjeskader. Utviklingshemmede er overrepresentert når det gjelder å utvikle sykdom på grunn av livsstil, samtidig som helseoppfølging i primærtjenesten er mangelfull (Haveman et

al., 2011; Helsedirektoratet, 2021; NAKU, 2007; Nordstrøm, 2015; NOU 2016: 17). Gjennom grundig faglig arbeid overfor personer som motsetter seg omsorgsbistand, og der de har manglende beslutningskompetanse knyttet til vesentlige livsstilsskader på sikt, kan tvangstiltak virke helsefremmende.

I andre tilfeller har tjenesteytere i flere år arbeidet både forebyggende og med andre løsninger uten at det har ført til endringer som reduserer eller hindrer vesentlig skade på kort og lang sikt. Endringsarbeidet har vist seg å være mer belastende for personen enn selve tvangsbruken, og tvangsbruk blir da mer faglig og etisk forsvarlig.

Regulering av tilgang på eksempelvis vaskemidler og matvarer kan i noen tilfeller brukes i en opplæringsplan. Imidlertid kan slike planer etter erfaring vise seg lite gjennomførbare og virke negativt på fungeringen i hverdagen. I slike saker er det behov for en strategiendring, der målet ikke lenger er egenmestring, men at tvangsbruken skal være minst mulig inngripende.

Når det er behov for å fatte vedtak om bruk av tvang, og når denne tvangsbruken skal evalueres, er det svært viktig at vurderingene er faglig forankret. Det gjelder så vel for nye vedtak som i saker der en skal vurdere om en skal videreføre, endre eller avslutte tvangstiltak. Det er i dag en utfordring å få tak i kvalifisert personale som oppfyller kravet til utdanning etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, noe som kan gå ut over de vurderinger som må gjøres i miljøarbeidet rundt brukeren. Dilemmaet står mellom tvangsbruk og selvbestemmelse, da utførelsen av tvang ofte går på bekostning av brukers ønsker og valg. Utviklingshemmede har større risiko enn andre for å bli fratatt sine grunnleggende rettigheter, og særlig gjelder det retten til selvbestemmelse (NOU 2016: 17). For å ivareta retten til selvbestemmelse, autonomi og integritet kreves det kompetente fagfolk som evner å se sammenhenger mellom atferd, rammebetingelser og individuelle behov, samt se muligheter for minst mulig inngripende tiltak og for hvordan en kan løse situasjoner uten å benytte tvang. Men like viktig er det å ha kompetanse til å gjenkjenne når en faktisk utøver makt og tvang. Som nevnt tidligere er det mange hensyn å ta når det gjelder både maktutøvelsen og selve tvangsutøvelsen når det skal utføres faglig skjønn i forskjellige situasjoner.

Østenstadutvalgets forslag til ny lov, også kalt tvangsbegrensningsloven, kom i 2019 og var et forsøk på å forene dagens regelverk, slik at man unngår særbestemmelser for ulike pasient-/brukergrupper. Lovforslaget har i hovedsak møtt kritikk fra relevante fag- og brukerinstanser.

Arbeidsutvalget for barn- og voksenhabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten har bemerket at nytt lovverk medfører frafall av vern/rettigheter for personer med utviklingshemming, og viser blant annet til dagens kompetansekrav til bistandsyttere i saker der det er fattet vedtak om bruk av tvang og makt. Arbeidsutvalget skriver også at det i liten grad er undersøkt hva overgangen fra helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 til nytt lovverk vil innebære for personer med utviklingshemming.

Etter dagens lovbestemmelser er det tydelig presisert at spesialisthelsetjenesten skal gi bistand og uttalelse til kommunen i relasjon til bruk av tvang og makt. En tilsvarende rolle er ikke videreført i Østenstadutvalgets forslag. Manglende ansvarsavklaring kan svekke rettssikkerheten til mennesker med utviklingshemming og vanskeliggjøre god samhandling mellom forvaltningsnivåene (Arbeidsutvalg Nasjonalt ledernetverk for barn- og voksenhabilitering, 2021).



Utviklingshemmede har større risiko enn andre for å bli fratatt sine grunnleggende rettigheter, og særlig gjelder det retten til selvbestemmelse



Like viktig er det å ha kompetanse til å gjenkjenne når en faktisk utøver makt og tvang

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) mener at det er et rettssikkerhetsproblem at lovforslaget er så omfattende, dekker så mange praksiser og spenner over tjenester som reguleres av flere særlover. NAKU vurderer lovforslaget som dårligere egnet til å regulere bruken av makt og tvang enn det eksisterende lovverket (NAKU, 2019).

Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) stilte seg kritisk til lovforslaget og var spesielt kritisk til utvalgets manglende ivaretagelse av FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (NFU, 2019). ✘

REFERANSER

- Arbeidsutvalg Nasjonalt ledernetverk for barn- og voksenhabilitering. (2021). *Høringssvar tvangsbegrensingsloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/213110-horing-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget/id2865789/?uid=eb570831-2ef1-4146-a9d5-f1ef8a0fe500>
- Bakken, T. L. (2020). *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Bakken, T. L., Gjersoe, V., Matre, E., Kristiansen, T., Ro, A., Tveter, A. L., Hoeidal, S. H. & Kildahl, A. N. (2014). PTSD in adults with intellectual disabilities: stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(4), 237–247. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/AMHID-10-2013-0061>
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77–93. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
- Flynn, S., Hastings, R. P., Gillespie, D., McNamara, R. & Randell, E. (2019). Trainer and support staff's experiences of engaging with the Who's Challenging Who? challenging behaviour training course. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(3), 367–380. <https://doi.org/10.1177/1744629518821789>

- FN-sambandet. (2006, 03.05.2008). *FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)*. FN-sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettigheter-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Friedman, Carli. (2021). Reducing 'Challenging' Behavior By Training Support Staff to Promote Dignity and Respect. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(4). 10.1007/s10882-020-09757-7.
- Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carulla, L., Walsh, P. N., Kerr, M., Van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Van Hove, G., Berger, D. M., Azema, B., Buono, S., Cara, A. C., Germanavicius, A., Linehan, C., Määttä, T., Tossebro, J. & Weber, G. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(1), 49–60. <https://doi.org/10.3109/13668250.2010.549464>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettsikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming>
- Helsedirektoratet. (2021). *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
- Helsetilsynet. (2010). *Årsrapport 2010. Helsetilsynet – tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene*.
- Helsetilsynet. (2020). *Årsrapport 2020. Helsetilsynets tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene*. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opp-laster/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2020.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/2011-06-24-30>
- Holden, B. (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemming: atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Gyldendal Akademisk.
- Luiselli, J. K., Sperry, J. M. & Draper, C. (2015). Social Validity Assessment of Physical Restraint Intervention by Care Providers of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Behavior Analysis in Practice*, 8(2), 170–175. <https://doi.org/10.1007/s40617-015-0082-z>
- NAKU. (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*. Sosial- og helsedirektoratet. https://naku.no/sites/default/files/Helserapport_0.pdf
- NAKU. (2019). *Høring tvangsbegrensingsloven. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming*. <https://naku.no/aktivitet/h%C3%B8ring-tvangsbegrensingsloven>
- NFU. (2019). *Tvangsbegrensingsloven vs. konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter*. Norsk Forbund for Utviklingshemmede. <https://www.nfunorge.org/Om-NFU/NFU-bloggen/nfus-horingsvar-til-tvangslovutvalget/>
- Nordstrøm, M. P. B., Andersen, L. F. & Kolset, S. O. (2015). Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Food & Nutrition Research*, 59. <https://doi.org/https://doi.org/10.3402/fnr.v59.25487>
- NOU 2016: 17. (2016). *På lik linje, åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven, forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-63>
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Forber-Pratt, A. J., Little, T. J. & Lopez, S. (2015). Causal Agency Theory: Reconceptualizing a Functional Model of Self-Determination. *Education and training in autism and developmental disabilities*, 50(3), 251–263.
- Vaucher, C., Cudrè-Mauroux, A. & Pièrart, G. (2020). Environmental, Personal, and Relational Barriers and Facilitators to Self-Determination among Adults with Intellectual Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 97–107. <https://doi.org/http://doi.org/10.16993/sjdr.624>
- Vicente, E., Mumbardó-Adam, C., Guillén, V. M., Coma-Roselló, T., Bravo-Álvarez, M.-Á. & Sánchez, S. (2020). Self-Determination in People with Intellectual Disability: The Mediating Role of Opportunities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6201. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176201>
- Webber, L. S., McVilly, K. R. & Chan, J. (2011). Restrictive Interventions for People with a Disability Exhibiting Challenging Behaviours: Analysis of a Population Database. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(6), 495–507. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00635.x>
- Webber, L. S., Richardson, B., White, K. L., Fitzpatrick, P., McVilly, K. & Forster, S. (2019). Factors associated with the use of mechanical restraint in disability services. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(1), 116–120. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310814>

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 06 S. 548-557 DOI: <https://doi.org/10.52734/6MP76v23>

Kortvarige brukerstyrte innleggelser som alternativ til tvangsinnleggelse hos pasienter med alvorlig selvskading

Nikolaj Kunøe, Bjørnar Torske Antonsen, Benjamin Ebeling & Sissel Bruun

Sammendrag

Bakgrunn: I retningslinjene for pasienter med selvmordsatferd og ekstrem selvskading blir det anbefalt å unngå innleggelse i døgnbehandling. På Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) erfarte vi at enkelte pasienter likevel ble innlagt akutt når alvorligheten av selvskade ble vurdert å utgjøre tilstrekkelig stor fare for liv og helse. Akuttinnleggelsene var preget av eskalering av symptomer, tvangsbruk og opplevelser av avmakt hos både pasienter og ansatte. I 2013 utviklet LDS derfor en avtaleordning om tidsavgrensede brukerstyrte innleggelser med akuttinnlagte pasienter i målgruppen som hadde gjentakende innleggelser. Denne artikkelen presenterer den første brukerundersøkelsen av brukertilfredshet med tidsavgrenset egeninnleggelse, og refleksjoner over videreutvikling av tjenesten og en evaluering.

Materiale og metode: I 2018 var det totalt 32 pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk som hadde avtale om brukerstyrt innleggelse på Akuttmottak for psykisk helsevern (PAM) ved LDS. I samråd med personvernombudet LDS ble disse forespurt om å delta i en brukerundersøkelse med kvantitative og kvalitative spørsmål. Samtykke og spørreskjema ble besvart i en sikker nettløsning (UiO Nettskjema og TSD).

Resultater: Et stort flertall av utvalget hadde diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline / type. Litt under halvparten hadde ingen flere innleggelser etter å ha inngått avtale om brukerstyring. Av de tjuetre pasientene som besvarte brukerundersøkelsen, var 16 fornøyd eller meget fornøyd med ordningen. I åpne svarfelt beskrev mange brukere økt trygghet og kontroll i hverdagen som den største fordelene med tilbudet. Mange fremhevet fordelene ved å slippe innleggelse via legevakt. Noen uttrykte frustrasjon over begrensningene i liggetid, behandlerkontakt og karantene.

Konklusjon: Brukere som selvskader slik at de hyppig kvalifiserer til akuttinnleggelse, kan oppleve økt trygghet og kontroll med et tilbud om døgnåpen, brukerstyrt innleggelse. Brukerne beskrev at tryggheten bidro til å redusere behovet deres for selvskading og ny akuttinnleggelse. Funnet representerer en nyansering av anbefalingen om å unngå døgninnleggelse for pasienter med alvorlig og gjentatt selvskading.

Nøkkelord: brukerstyring, selvskading, egenhenvielse, brukerundersøkelse, selvmordsfare

Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

KONTAKT

nkunoe@mac.com

MERKNAD

Alle forfatterne er ansatt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og har deltatt i evalueringen av tilbudet. Takk til brukere som deltok i besvarelsen av undersøkelsen og i utformingen av spørreskjema.

FAGFELLEVDERT

Å redusere tvangsbruk og -innleggelse er en viktig overordnet målsetting for behandling i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Meld. St. 7 (2019–2020)). Fordi tvangsbruk kan påvirke tillitsforhold mellom helsearbeidere og pasienter med langvarige behandlingsbehov (Lauveng & Skuterud, 2021; Nytingnes et al., 2016), er det spesielt viktig å utvikle helsetjenester som ikke bare oppfattes som uformell tvang eller press, men som reelt styrker alliansen mellom bruker og helsepersonell (Veland et al., 2018).

Brukerstyring av innleggelse innen psykisk helsevern er et av flere virkemidler som kan være et alternativ til tvang, men der empiriske studier har hatt ulike resultater med forskjellige pasientgrupper: For pasienter med lidelser hovedsakelig innenfor bipolar- og schizofrenispekteret har norske (Nytingnes & Ruud, 2020; Sigrunarson et al., 2017), danske (Thomsen et al., 2016) og svenske (Skott et al., 2021) undersøkelser vist få fordeler i behandlingsresultater eller tjenestebruk fremfor vanlig henvisning og inntak.

Overfor pasienter med langvarig selvskading og -selvmordsatferd har kortvarige brukerstyrte innleggelse de siste årene vist seg å være lovende når det gjelder å redusere tvangsinnleggelse (Westling et al., 2019). Brukerne av tilbudene har evaluert dem til å være gode sammenlignet med vanlige innleggelse (Eckerström et al., 2020; Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015), og spesielt verdsetter de kontroll, trygghet og tilgjengelighet i tilbudet (Stapleton & Wright, 2019). Studiene på dette kommer etter en lang periode der døgnbehandling ved langvarig selvskading og selvmordsatferd har vært omdiskutert. Spesielt har denne vektlagt risikoen for intensivering av selvskadingssymptomer og økning i destruktive samhandlingsmønstre (Paris, 2017; Sansone, 2004). I nasjonale retningslinjer anbefales det derfor at en unngår å behandle pasienter med kronisk selvmordsproblematikk i døgnavdeling (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kvalitative undersøkelser støtter at manglende kompetanse på selvskading, og den relasjonelle problematikken bak, oppleves negativt av både pasienter og helsepersonell, og øker sjansen for stigmatisering av pasientgruppen som bedringsresistent (Ring & Lawn, 2019). Brukerstyrte innleggelse på enheter der kompetansen på selvskading er høyere, gjør at en kan nyansere advarslene mot døgnbehandling for denne målgruppen (Ekeberg et al., 2019).

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) har fulgt nasjonale retningslinjer og hovedsakelig gitt poliklinisk tilbud til pasienter med langvarig selvskading og selvmordsatferd. Likevel erfarte vi på LDS i 2013 at en undergruppe pasienter reagerte på avvisningen

av ønsket sitt om døgnbehandling, med mer alvorlig selvskading som kvalifiserte til akuttinnleggelse. Mange pasienter fortsatte selvskading etter innkomst fra legevakt, frem til fare for liv og helse gjorde at det ble vurdert nødvendig å bruke tvangsmidler som fastholding, mekaniske tvangsmidler («belter») eller tvangsmedisiner. Å bli håndtert med tvang kan i seg selv forsterke uro og virke traumatiserende (Nytingnes et al., 2016), slik at pasienten gjenopptar eller øker selvskadingen når tvangen oppheves. Tross poliklinisk tilbud ble mange av pasientene gjeninnlagt på akutt nivå etter kort tid, med høy risiko for å etablere et gjentakende mønster der både selvskading og bruk av akuttressurser eskalerte.

For å bryte eller forebygge et slikt mønster av økende selvskading og akuttinnleggelse besluttet LDS i 2013 å tilby pasienter i denne målgruppen avtale om avgrensede brukerstyrte innleggelse som et stabiliserende tiltak. Tjenesten «brukerstyrte innleggelse» (Pedersen et al., 2020) består av en skriftlig avtale om at pasientene selv kan ta kontakt når de ønsker et døgnopphold i noen få dager varighet, uten å bli vurdert av en innleggende instans. Som i andre land arbeides det med å involvere brukeren selv i alle deler av ordningen, inkludert målsetting, innhold i avtalen, fremgangsmåte ved benyttelse, roller og begrensning (Strand, Gustafsson, et al., 2017).

I 2018 ønsket vi å foreta en kvalitetssikring av tilbudet og spørre de som selv hadde avtale, hvordan de så på tilbudet. Basert på tilbakemeldinger fra brukere og ansatte, og et økende antall publikasjoner fra andre land (Koekkoek et al., 2010; Mortimer-Jones et al., 2016, 2019; Rossmanith et al., 1998; Westling et al., 2019), forventet vi at brukerne ville være positive til muligheten til selv å kontrollere innleggelse, og nøytrale eller negative til begrensningene i avtalen som inkluderte liggetid, karantenetid mellom innleggelse og begrenset ressurstilgang under innleggelsen.

Materiale og metode

Datainnsamling og rekruttering av deltakere varte fra 8. januar 2019 til 27. juni 2019.

Prosedyre

Tilbudet om brukerstyrt innleggelse er knyttet til psykiatrisk akuttmottak (PAM) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, som har seks sengeplasser for kortvarige innleggelse i akutt psykisk helsevern. Pasienter med vedvarende selvmordsatferd som var akuttinnlagt etter ordinær spesialistvurdering, fikk tilbud om å inngå avtale om mulighet for brukerstyrt innleggelse

på PAM. Avtalen ble inngått skriftlig, og benyttelsen var basert på at brukere med avtale ringte i forkant og informerte om at de ønsket innleggelse. Brukerstyrt innleggelse ble individuelt tilpasset av behandlingsansvarlig innenfor rammene, der oppholdet kunne vare fra en til fire dager. I tillegg til avtalen at det ikke ble igangsatt nye behandlingstiltak eller gjort medikamentendringer under oppholdet, og man fastsatte en karanteneprosedyre på fire uker mellom de brukerstyrte innleggelsene. Avtalen endret ikke ordinære rettigheter til akuttinnleggelse eller annen behandling. De som ble gitt tilbud om avtale, ble alle vurdert av behandlingsansvarlige å ha høy risiko for gjentakende episoder av selvskading med høyt skadepotensial og gjeninnleggelse på akutt nivå. I henhold til avtalen skal en med jevne mellomrom evaluere tilbudet på linje med andre helsetjenester.

Utvalg

I 2018 hadde 32 pasienter takket ja til tilbudet om avtale. Hvem som fikk tilbud om avtale, ble gjort på basis av klinisk bedømming av sykdomshistorikk, inkludert ordinære akuttinnleggelse for selvskading eller bedømt høy risiko for dette. Ekskludert fra ordningen var pasienter med få kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, for eksempel at de var ordinært akuttinnlagt på grunnlag av andre diagnoser, som psykoseproblematikk eller alvorlig depresjon. Flertallet hadde oppfølging på DPS-nivå eller hos privatpraktiserende psykolog/psykiater. For å finne deltakere til undersøkelsen forsøkte ansatte i kontoravdelingen å kontakte alle de 32 med aktiv avtale per telefon.

Spørreskjema

Undersøkelsen ble gjennomført i en nettbasert løsning med digitalt samtykkeskriv, og sikker utfylling og lagring av data (Universitetet i Oslo, Tjenester for sensitive data, forkortet UiO TSD). Fem hensyn påvirket utformingen av skjema og valg av spørsmål:

- Personvern og etiske hensyn inkludert GDPR i samarbeid med REK, personvernombud og UiO TSD. Dette inkluderte trekkbart samtykke basert på teknologi fra TSD og legitimering via ID-porten.
- Relevant tematikk, forståelig ordlyd og svarformat for brukerne i målgruppen. Her ble det benyttet tilbakemeldinger fra tre møter med en bruker i målgruppen som meldte interesse for å bistå.
- Forebygging av frafall under besvaring ved å begrense antall spørsmål til det forfattergruppen anså som et minimum, og ha åpne spørsmål som var interessante å besvare, men samtidig var mulig

å besvare kortfattet eller ikke i det hele tatt for brukerne som ønsket det.

- Vitenskapelige hensyn, som å gjenspeile ordlyd fra tidligere undersøkelser på norsk (Moljord, 2017).
- Behov for mer kunnskap om kliniske inntrykk av bruken av tjenesten. For eksempel visste vi at det var en del brukere som ikke benyttet tilbudet, men ikke av hvilke grunner.

Nettskjemaet var utformet slik at spørsmål ble stilt på bakgrunn av svar på foregående spørsmål (se skjema i appendiks). Undersøkelsen ble bygget opp i følgende rekkefølge: a) samtykke b) benyttelse / ikke benyttelse av tilbudet c) opplevelse av tilbudet inkludert opprinnelig forespørsel om å inngå avtale om brukerstyring og innholdet i helsetjenesten d) forventet og opplevd nytte av tilbudet og e) tilleggsbehandling og egenopplevd helseutvikling. Flere tema hadde forhåndsdefinerte svarkategorier (se appendiks for detaljer). På tilfredshet ble det brukt en 5-punkts Likert-skala fra 0 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd), på viktighet fra «ikke viktig» til «svært viktig», og tilsvarende på hyppighet av benyttelse. For opplevd psykisk helsetilstand ble en 11-punkts skala (-50 til +50) benyttet.

Det var tre åpne spørsmål med tekstfelt i skjemaet, der målet var å få brukernes ord på opplevelsen av tilbudet (se appendiks) og hvordan de syntes det fungerte i deres pasientforløp. De tre åpne spørsmålene var valgfrie å besvare og ble lagt til for å gi brukerne økt frihet i å beskrive sin opplevelse av tilbudet. Avgitte tekstsvare ble analysert med en standard, forenklet fenomenologisk metode (Malterud, 2012).

Etikk

Regional etisk komite (REK sør-øst B saksnummer 2018/2214) klassifiserte studien som en kvalitetsstudie, en type forskning som ikke er underlagt helseforskningsloven, men der ivaretagelse av deltakere er sykehusets ansvar. Det er mulig å publisere funn fra kvalitetssikring alene, men uten samtykke fra pasientene som deltar, er det strenge krav til ivaretagelse av anonymitet. For eksempel tilsier veiledning fra Datatilsynet at det ikke presenteres tall på grupper med mindre enn fem pasienter. Vi valgte derfor å basere mesteparten av denne artikkelen på data som forelå fra brukere som ga et informert, skriftlig samtykke til datauttrekk og publisering.

Å gi «sårbare brukergrupper» anledning til å delta i fag og forskning etter informert samtykke og avveining av risikomomenter er i tråd med fagdebattene på forskningsetikk (Ruyter et al., 2008). Det gikk i samtykkeskjemaet tydelig frem at resultatet av undersøkelsen kunne bli publisert i en fagartikkel, og at infor-

masjon om antall innleggelser, diagnoser og bruk av øvrige behandlingstilbud i psykisk helsevern kunne bli lagt til.

Personvernombudet tilrådet informasjonsskriv og samtykke, tilgang til journalopplysninger for kvalitetssikringsformål og for samtykkende deltakere, samt metode for datainnsamling, -analyse og -lagring. Dette inkluderte gruppestatistikk på alle som mottok tilbudet, på betingelse av at individuelle pasienter ikke fremsto identifiserbare i publikasjoner. Deltakelse i undersøkelsen kunne belønnes med to skrapelodd dersom brukeren ønsket det. Viktigheten av økt kunnskap om mulig virksomme tjenester for målgruppen var vesentlig for personvernombudets godkjenning av undersøkelsen.

Resultater

Av de 32 som hadde avtale, takket 23 ja til å bli med i brukerundersøkelsen. Gjennomsnittsalderen blant de som besvarte, var 29 år, og 85 % var kvinner. Sytten av de 23 hadde diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Benyttelse av brukerstyrt innleggelse

Bruken av tilbudet blant alle de 32 som hadde avtale i perioden, fordelte seg på totalt 53 brukerstyrte innleggelser ut fra følgende fordeling:

- Tretten pasienter (40%) hadde ingen brukerstyrte innleggelser etter å ha opprettet avtale om det.
- Ti pasienter hadde en eller to brukerstyrte innleggelser hver.
- Ni pasienter hadde tre eller flere brukerstyrte innleggelser.

Nitten (60 %) av pasientene med avtale hadde ingen ordinære innleggelser (frivillig eller tvungen) via innleggende instans som fastlege eller legevakt i studieperioden.

Tjuetre ($n = 23$) takket ja til å delta i spørreundersøkelsen, der svar og de fleste spørsmål og svaralternativer etter at brukerne samtykket til deltakelse, er gjengitt i figurer i appendiks.

Av disse svarte åtte ($n = 8$) (35 %) at de ikke hadde benyttet tilbudet, med den begrunnelse at behovet for innleggelse minket når de kjente seg bedre. De fleste uttrykte generelt god tilfredshet med tilbudet om brukerstyrt innleggelse (se spørsmål 6, appendiks) med en gjennomsnittsscore på 2.7 (Standardavvik (SD) 1.0) av maksimalt 4.

I utformingen av tilbudet (spørsmål 7, appendiks) ble tilgjengelighet (døgnåpent) og relasjoner til perso-

nalet opplevd som viktige, mens faste rammer for ordningen ble rangert som minst viktig. På hvordan brukerstyrte innleggelser hadde virket inn på hverdagen og bruken av helsetjenester (spørsmål 8, appendiks), var det viktigste for brukerne at de kunne få hjelp raskere uten bruk av legevakt og uten at de måtte bli verre for å kvalifisere til akuttinnleggelse. De fleste svarte her at avtalen tillot dem å føle seg tryggere i hverdagen, noe som gjenspeilet seg i svarene i de åpne tekstfeltene (se under).

Både spørsmålene om utforming (spørsmål 7) og innvirkning (spørsmål 8) hadde relativt stor spredning (SD) i svarverdi på hvert spørsmål, noe som må forventes i et så lite utvalg.

Åpne spørsmål og tekstfelt

Som svar på «Hva er du mest fornøyd med i avtalen om brukerstyrt innleggelse?» skrev 18 av 23 brukere svar relatert til økt trygghet i hverdagen. Også her gjentok mange at denne tryggheten for dem hadde å gjøre med tilgjengelighet både til telefonkontakt og innleggelse hele døgnet.

Sitat 1: «Tryggheten avtalen fører til i hverdagen, har gjort meg mer stabil psykisk i det daglige. Jeg har også hatt mye kortere perioder med psykisk sykdom fordi jeg har fått hjelp tidligere.»

Sitat 2: «Ha mulighet til innleggelse ved behov, uten å måtte innom legevakten. Tilbudet gir trygghet i hverdagen, som også har gjort det lettere å håndtere situasjoner der en innleggelse er / har vært relevant.»

De åpne tekstsvarene på «Hva tenker du kunne vært bedre i avtalen om brukerstyrt innleggelse?» hadde mer variert innhold enn spørsmålet om tilfredshet. Her svarte fire brukere at de kunne ønsket lengre makstid for innleggelse; fem brukere nevnte mer behov for samtalebasert oppfølging før utskriving; tre nevnte at akuttmottaket kunne være for hektisk til at de fant roen de trengte under oppholdet. Andre ønsket kontinuitet i hvilket personale som var på vakt, og enkelte skrev at de var nervøse for å ringe og ønsket mulighet til kontakt via SMS.

Egenopplevd bedring eller forverring av psykiske plager (spørsmål 10, appendiks) etter inngåelse av avtale tilsa moderat forbedring med score +22.6, men med stor variasjon i opplevd endring (SD 22.3). Spørsmål 11 var overlappende i ordlyd og ga tilsvarende resultat tross annen skala for svar.

I forlengelse av spørsmål 10 og 11 om egenopplevd utvikling i psykisk helse ble det stilt et åpent spørsmål om «Hva ved avtalen tenkte du gjorde at den virket på

denne måten for deg?» Her var svarene delt i et flertall som gjentok begrunnelsen til at de var tilfredse med tilbudet (som i spørsmål 7 og 8), og et mindretall som ga uttrykk for at begrensningene i avtalen gjorde tilbudet lite nyttig for dem.

Sitat 3: «Tryggheten i hverdagen, å føle at jeg blir tatt seriøst, og at jeg får vesentlig kortere sykdomsperioder fordi jeg slipper å vente i to måneder fra jeg har sagt at jeg trenger hjelp, til helsevesenet innser at jeg gjør det. Når jeg blir innlagt, blir jeg veldig raskt friskere.»

Diskusjon

I likhet med studier fra Danmark (Ellegaard et al., 2020) og Australia (Mortimer-Jones et al., 2019) meldte brukerne ved Lovisenberg sykehus at det mest virksomme i ordningen for dem var at den ga trygghet i form av rask egenstyrt tilgang til en kompetent, tilgjengelig, døgnbemannet tjeneste. Nytt i denne undersøkelsen er imidlertid at mange meldte at tryggheten i *muligheten* til innleggelse var medvirkende til at lidelsestrykket lettet noe, og behovet for å legge seg inn derfor ikke lenger var til stede verken via ordinær legevaktvurdering eller brukerstyrt.

Resultatene i denne studien er ikke egnet til å vurdere effekt av tiltaket statistisk, på grunn av den beskjedne størrelsen på utvalget og mangelen på kontrollgruppe. Studien viste at de fleste brukerne var positive til brukerstyring, og historikken til brukerne med gjentakende selvskading og akuttinnleggelse gjør at vi antar at det har forebygget ordinære akuttinnleggelses for denne selekterte gruppen. Brukerstyring vil dermed også ha redusert antall tvangsvedtak og hindret eskalering av selvskadingsatferd både under og mellom akuttinnleggelses. Tilbakemeldingene fra brukerne stemmer overens med større undersøkelser fra Sverige, Nederland og Australia (Koekkoek et al., 2010; Mortimer-Jones et al., 2019; Westling et al., 2019). Vi ser i ettertid et potensial for forbedring av formuleringer, svarformat og tema for spørsmål, da det var overlappende spørsmål- og svarkategorier, og mange svarskalaer på få spørsmål.

I tråd med anbefalingene i litteraturen (Strand, Bulik, et al., 2017) er rammene for avtalen som brukeren forelegges, tilpasset målgruppens behov, i dette tilfellet en kombinasjon av trygghet gjennom tilgang og kontroll, og tydelige grenser i form av oppholdslengde, innhold og karantenetid mellom innleggelses. Disse begrensningene ble gjort for å sikre deltakelse i aktiviteter og behandlingstilbud utenfor akuttavdelingen. Samtidig meldte noen brukere at begrensningene var en potensiell kilde til frustrasjon. Avgrens-

ningen i utformingen av tjenesten og utvelgelsen av hvem som fikk tilbudet, kan imidlertid ha forebygget tilbakemeldinger om at tilbudet var for åpent, og at en derfor ikke så en klar nytteverdi, som var noen av tilbakemeldingene på det australske Open Borders-programmet (Mortimer-Jones et al., 2016, 2019).

Vi tolker litteraturen og svarene i denne undersøkelsen som at et tilbud om brukerstyrte innleggelses for målgruppen må finne en balanse mellom tilgjengelighet og egenkontroll, og en fokusert avgrensning av tilbudets funksjon i brukerens bedringsprosess sammenlignet med andre alternativer. Høy kompetanse på selvskading og de emosjonelle/relasjonelle mønstre som kan forsterke dette, blir satt pris på av brukere av denne typen tilbud i andre land (Mortimer-Jones et al., 2016, 2019; Pedersen et al., 2020). Motsatt kan en si at målgruppen med gjentakende alvorlig selvskading ikke vil føle tilstrekkelig trygghet ved et uspesifikt tilbud («noen senger»), eller dersom behovet for innleggelse ikke oppleves tilgjengelig nok ved at det bare kan meldes innenfor ordinær arbeidstid, og/eller at de ansatte ikke oppleves å ha nok kompetanse på selvskading.

Et annet fellestrekk ved brukerstyrte innleggelses på LDS og i andre land er at avtaler blir etablert basert på en viss behovsprøving: Ordningen tilbys pasienter som er vurdert i behov av gjentatt akuttinnleggelse. Siden tilbudet på Lovisenberg bare ble gitt pasienter som hadde vært innlagt på akuttavdeling minst én gang, var mottakerne selektert på høyt nivå av hjelpebehov. Ytterligere utvalg av mottakere av tilbudet på Lovisenberg gjøres når en behandlingsansvarlig lege eller psykolog foretar en klinisk bedømmelse av om brukeren kunne ha nytte av brukerstyring, og ikke viste tydelige tegn til eksklusjonskriterier.

Ut fra denne undersøkelsen er det dermed ikke grunnlag for å si at alle med selvskadingsproblematikk bør tilbys brukerstyrte innleggelses på spesialistnivå, like lite som det er grunnlag for å anbefale at brukere i denne målgruppen skal utelukkes fra innleggelse. For gruppen som vurderes i behov, er det viktig å følge anbefalingene fra brukerne i denne undersøkelsen og i andre land: tydelige rammer med god opplevd tilgjengelighet, individuell tilpasning og god informasjon, og høy kompetanse på selvskading og personlighetsforstyrrelser hos de ansatte.

En iboende fordel med brukerstyrte tilbud er at de bidrar til å oppfylle brukernes rett til medvirkning i egen behandling, i tråd med gjeldende helse- og menneskerettslovgiving. Slik medvirkning bør derfor tillegges vekt i forskning og evalueringer, på lik linje med behandlingseffekt og -effektivitet. Dersom resursbruk og behandlingseffekt er like effektive eller virksomme som ordinær tjenesteyting, bør bruker-

styrte tilbud foretrekkes. Å få styre en avgrenset helseressurs kan gi brukeren økt trygghet og mestringsfølelse i tilfriskning fra psykisk lidelse. Forskning bør derfor i større grad undersøke ekvivalens mellom brukerstyrte tilbud og ordinære tjenester, og om andre psykiske helsetjenester kan utformes for å gi rom for brukerstyring på en god måte.

Konklusjon

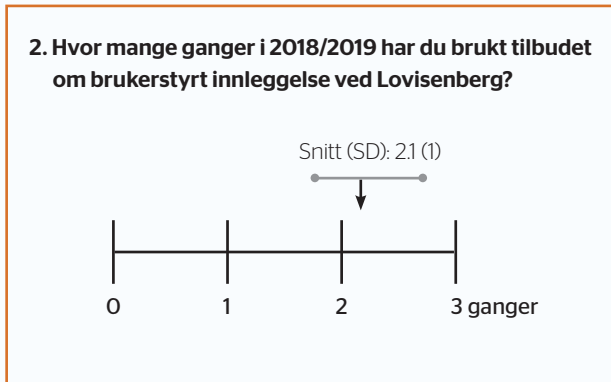
Brukerstyrte innleggelses kan oppleves nyttig av pasienter med gjentakende alvorlig selvskading om tilbudet er tilpasset målgruppen. De positive erfaringene fra Lovisenberg og forskning fra andre land bør føre til flere studier av hvordan denne typen helse-tjenester kan utformes for å gi brukerne best mulig hjelp. ✕

Referanser

- Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N. & Perseus, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 962–971. <https://doi.org/10.1111/INM.12736>
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U. M. & Hem, E. (2019). Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 139(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0493>
- Ellegaard, T., Bliksted, V., Mehlsen, M. & Lomborg, K. (2020). Feeling safe with patient-controlled admissions: A grounded theory study of the mental health patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2397–2409. <https://doi.org/10.1111/jocn.15252>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Koekkoek, B., van der Snoek, R., Oosterwijk, K. & van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: A pilot Study. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00248.x>
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/10/Tvangsrapporten_2021.pdf
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Moljord, I. E. O. (2017). *Effects of a Self-referral to Inpatient Treatment Program in Mental Health* [Doktorgradsavhandling]. NTNU. <http://hdl.handle.net/11250/2448724>
- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Bostwick, A. & Hungerford, C. (2016). Recovery and Borderline Personality Disorder: A Description of the Innovative Open Borders Program. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 624–630. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1191565>
- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Hellewell, A., Sinwan, J. & Hungerford, C. (2019). Staff and client perspectives of the Open Borders programme for people with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 971–979. <https://doi.org/10.1111/inm.12602>
- Nyttingnes, O. & Ruud, T. (2020). When patients decide the admission – a four year pre-post study of changes in admissions and inpatient days following patient controlled admission contracts. *BMC Health Services Research*, 20(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05101-z>
- Nyttingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2016.08.009>
- Paris, J. (2017). Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse: Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen. *Suicidologi*, 21(3). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.4101>
- Pedersen, J. K., Johnsen, B. S. & Bruaset, G. T. F. (2020). Psykiatri: Brukerstyrte innleggelses gir pasientene økt trygghet. *Sykepleien*, 81193, e-81193. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2020.81193>
- Ring, D. & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
- Rossmannith, W. G., Monn, M. & Benz, R. (1998). Effects of chronic opioid antagonism on gonadotrophin and ovarian sex steroid secretion during the luteal phase. *Clinical Endocrinology*, 49(3), 343–351. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1998.00474.x>
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Waal, H. (2008). *Rusmiddelbrukeren og forskeren*. www.seraf.uio.no
- Sansone, R. A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 215–225. <https://doi.org/10.1521/PEDI.18.3.215.35444>
- Sigrunarsen, V., Moljord, I. E. O., Steinsbekk, A., Eriksen, L. & Morken, G. (2017). A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(2), 120–125. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1240231>

- Skott, M., Durbeej, N., Smitmanis-Lyle, M., Hellner, C., Allenus, E., Salomonsson, S., Lundgren, T., Jayaram-Lindström, N. & Rozental, A. (2021). Patient-controlled admissions to inpatient care: A twelve-month naturalistic study of patients with schizophrenia spectrum diagnoses and the effects on admissions to and days in inpatient care. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06617-8>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511).
- Stapleton, A. & Wright, N. (2019). The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *Journal of Mental Health*, 28(4), 443–457. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340594>
- Strand, M., Bulik, C. M., von Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. A. (2017). Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 398–405. <https://doi.org/10.1002/eat.22659>
- Strand, M., Gustafsson, S. A., Bulik, C. M. & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2017). Self-admission to inpatient treatment in psychiatry: lessons on implementation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1505-x>
- Strand, M. & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574–586. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835>
- Thomsen, C. T., Benros, M. E., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Giacco, D. & Nordentoft, M. (2016). Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: study protocol for a nationwide prospective multicentre study. *BMJ Open*, 6(9), e013088. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013088>
- Veland, M. C., Seim, S., Stensrud, B., Hammer, J., Kolseth, A., Undrum, J., Nguyen, D., Sverdrup, U., Aasen, A. & Ivanowitz, K. (2018). *Prosjekt redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. https://www.tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2019/09/RAPPORT_Redusert-bruk-av-tvangsmidler-i-HSØ_endelig-og-godkjent.pdf
- Westling, S., Daukantaite, D., Liljedahl, S. I., Oh, Y., Westrin, Å., Flyckt, L. & Helleman, M. (2019). Effect of Brief Admission to Hospital by Self-referral for Individuals Who Self-harm and Are at Risk of Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2(6), e195463. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.5463>

Appendiks



4. Hva var de viktigste grunnene til at du *ikke* benyttet deg av tilbudet om brukerstyrt innleggelse?

Vanligste svar (fra $n = 8$):

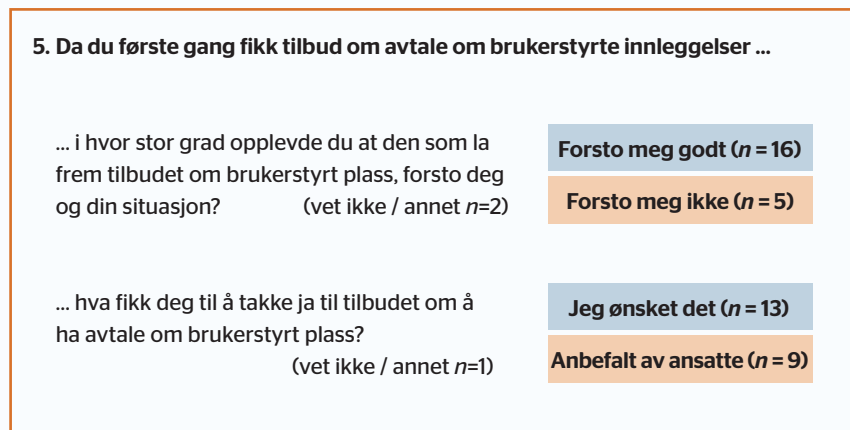
Kjente meg bedre og hadde ikke behov: $n = 5$

Andre grunner (inkludert «ville ikke tilbake til akuttpost»): $n = 3$

3. Hva var de viktigste grunnene til at du *benyttet* deg av tilbudet om brukerstyrt innleggelse?

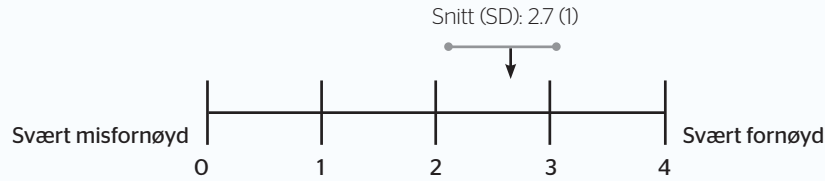
Unngå forverring av psykisk tilstand: $n = 10$

Andre grunner (inkludert å få sove, pårørende, få et avbrekk): $n = 5$

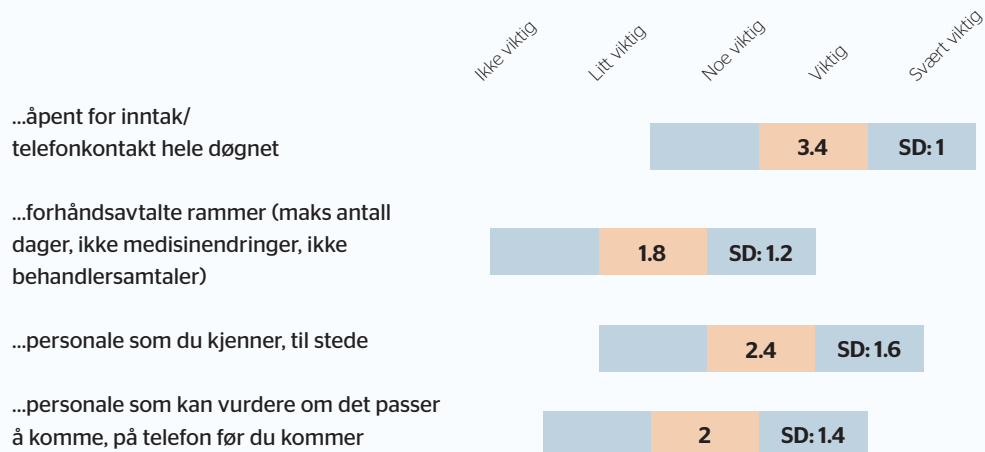


Fra spørsmål 5

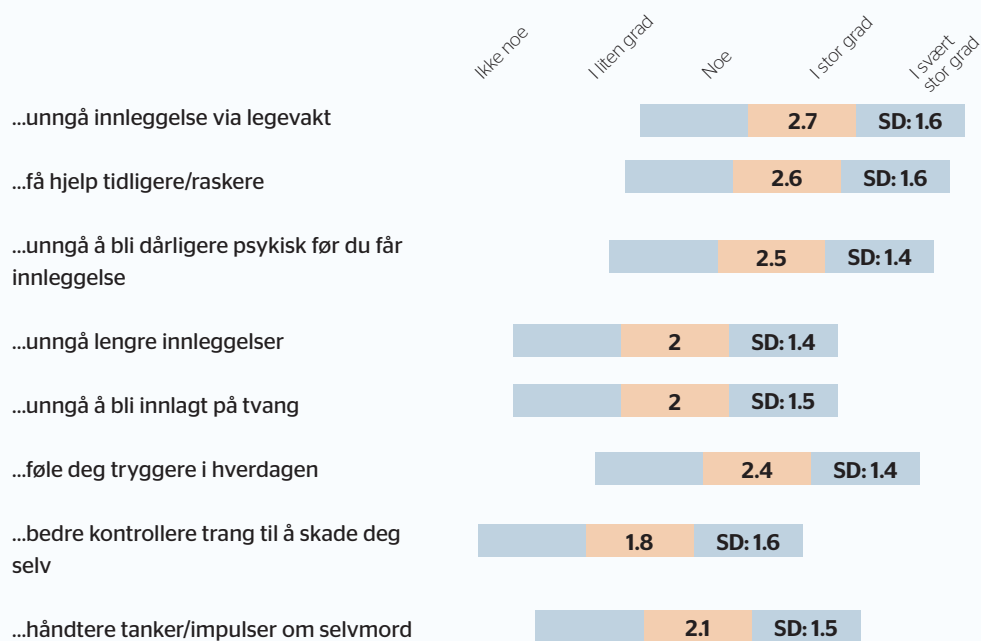
6. Hvor fornøyd har du vært totalt sett med tilbudet om brukerstyrt innleggelse ved Lovisenberg?



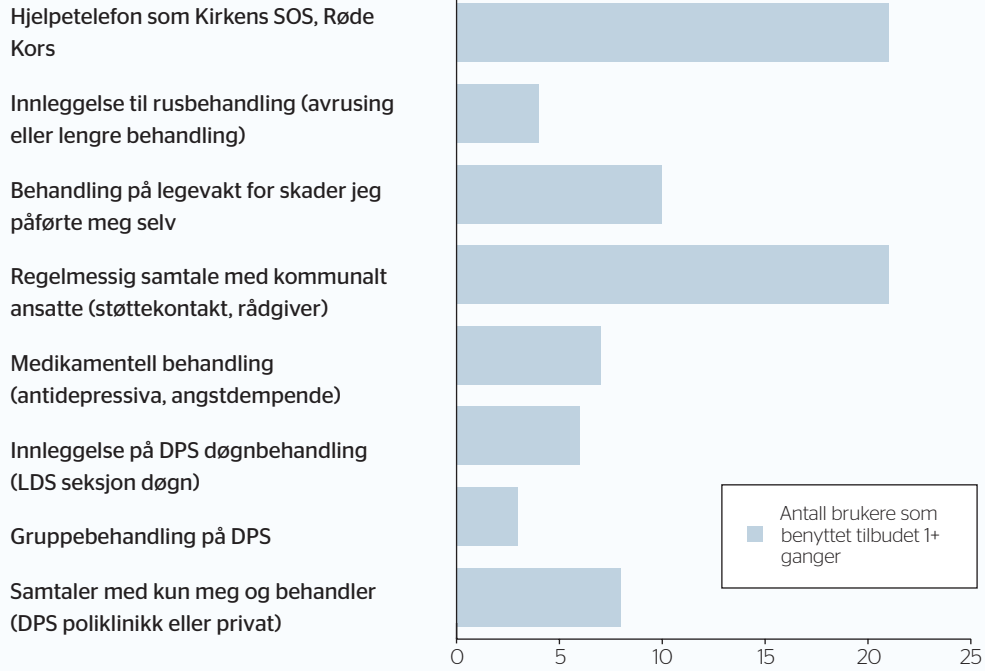
7. Hvor viktig har det vært for deg at tilbudet om brukerstyrt innleggelse har ...



8. I hvor stor grad har muligheten til brukerstyrt innleggelse gjort det lettere for deg å ...



9. Hva slags tilbud for psykiske helsevansker har du benyttet i den perioden du har hatt tilbud om brukerstyrt plass?



* På dette spørsmålet svarte brukeren på hvor hyppig de benyttet seg av tjenester med kategoriene 'Hver uke eller oftere', '1-3 ganger per måned', 'Benyttet sjeldnere enn 1x per måned', 'Ikke hatt/brukt dette tilbudet i avtaleperioden'. Når de som aldri brukte tjenestene ble tatt bort, var det hyppigst benyttelse av samtalebehandling og medikamentell behandling, samtale med kommunehelsetjenesten og hjelpetelefon, mens skadelegevakt, gruppebehandling eller innleggelse på lavere nivå ble benyttet sjeldnere.

10. I hvilken grad opplever du at avtalen om brukerstyrt innleggelse har hatt betydning for din psykiske helse?



11. Hvordan er din psykiske helse i dag sammenlignet med like før du fikk avtale om brukerstyrt innleggelse?

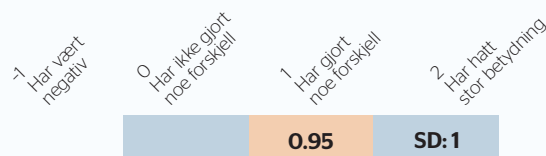


FOTO: CF-WESSEBERG /
KOLONIHAVENNO



LARS FR. H. SVENDSEN Professor i filosofi, Universitet i Bergen
(Lars.Svendsen@uib.no)

Tvangens etikk i psykisk helsevern

Debatten om bruk av tvang i psykiatrien er polarisert, der det på den ene siden er forholdsvis bred enighet om at bruken av tvang skal reduseres, og på den annen side er et påtrykk for at bruken av tvang skal økes, særlig i etterkant av drap og selvmord som får bred medieomtale. Et grunnprinsipp i det liberale demokratiet er at den enkelte borger har en selvbestemmelsesrett. Det er grenser for denne retten, særlig ut fra hensyn til skade på andre borgere. Det kan også gjøres unntak fra prinsippet, men ethvert unntak må begrunnes. Én slik begrunnelse kan være at borgeren ikke oppfyller kriteriene for selvbestemmelsesrett fordi vedkommende lider under kognitive eller emosjonelle forstyrrelser som i høy grad undergraver handlingsrasjonaliteten.

RETTE TIL SELVBESTEMMELSE

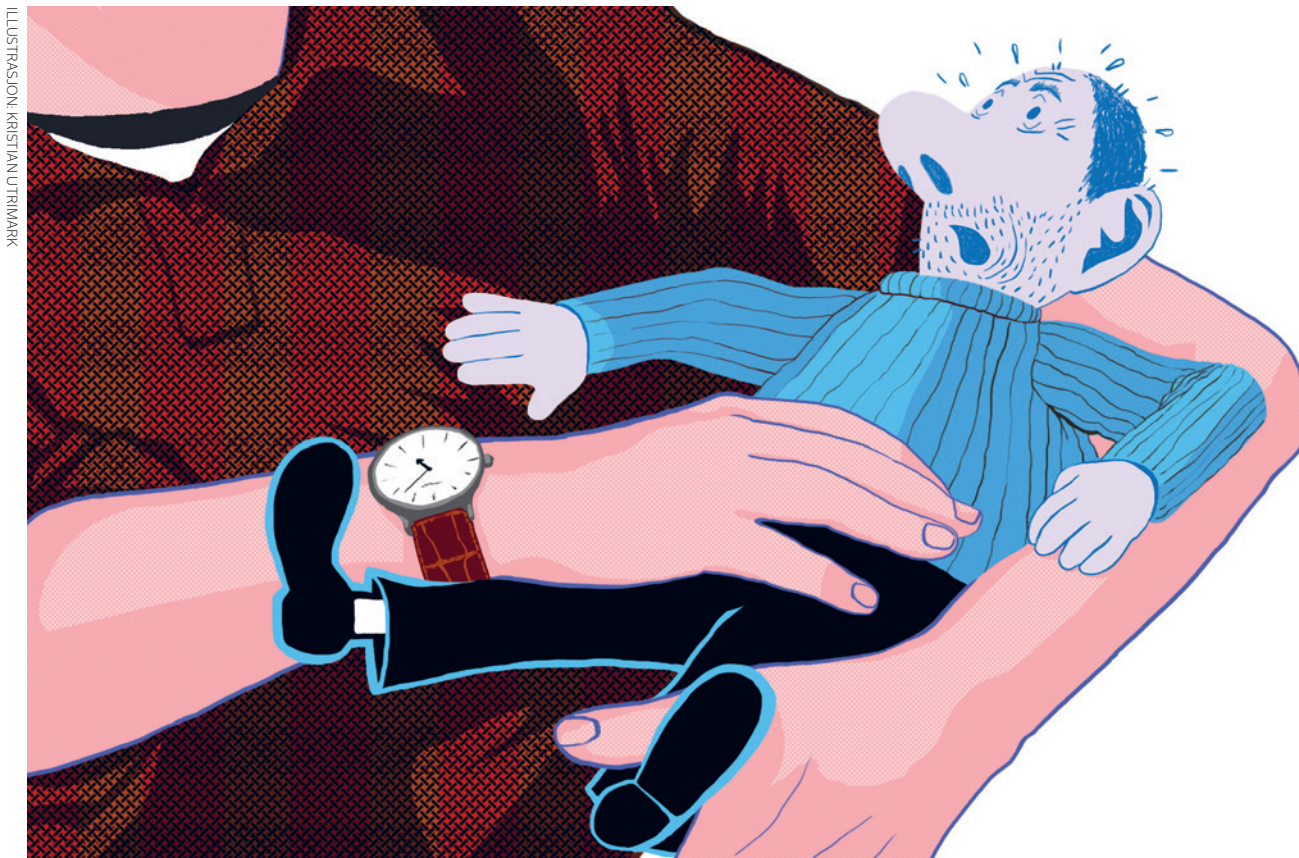
Vi forutsetter i vår rettskultur at myndige mennesker både har en evne og en rett til autonomi eller selvbestemmelse. Begrepet «auto-

nomi» betegner både en evne og en status som rettighetsinnehaver. Forutsetningen for å ha status som autonom er at man for det første har utviklet evnen til selvbestemmelse, og at denne for det andre ikke er blitt vesentlig svekket av én eller flere årsaker.

Spørsmålet er hva vi skal forstå med «vesentlig svekket». For å frakjenne personer evnen til autonomi helt eller delvis er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar dårlige valg, eller at de har det som etter alt å dømme er høyst feilaktige oppfatninger. Vi har selvfølgelig rett til å forsøke å overbevise dem om at de tar feil, men hvis de ikke lar seg overbevise, må de normalt få ha sine misoppfatninger i fred. Hvis misoppfatningene blir svært alvorlige, slik at de bør kalles bisarre vrangforestillinger, kan imidlertid ikke personen sies å ha en tilstrekkelig handlingsrasjonalitet intakt. Personen vil da ikke lenger oppfylle minstekrav til autonomi. Da kan heller ikke statusen som autonom opprettholdes, og selvbestemmelsesretten blir redusert.

SELVBESTEMMELSENS GRENSER

I liberale demokratier blir vanligvis det såkalte «skadep prinsippet» betraktet som den mest overbevisende begrunnelsen for tiltak som griper inn i individets frihet. Prinsippet sier at skade på *andre* er den eneste legitime grunnen for å begrense selvbestemmelsesretten. Skadep prinsippet er uklart fordi det ikke presiserer hva som skal forstås med «skade».



Hvis vi tolker «skade» vidt, kan nær sagt hva som helst sies å utgjøre en skade for en annen person siden svært mye av det vi gjør, på en eller annen måte kan sies å ha en negativ følge for andre mennesker, om enn bare ved å bidra til økt utslipp av klimagasser eller lignende. Vi må med andre ord ha en strengere forståelse av «skade», og det er vanlig å tolke det dit hen at det må være en skade som i en eller annen forstand utgjør en krenkelse av andres rettigheter. Skadeprinsippet fastslår uansett at hensyn til en persons eget beste ikke er en tilstrekkelig grunn til bruk av makt mot personen.

Prinsippet rommer derfor en kritikk av paternalisme. Paternalisme innebærer en tilsidesettelse av en aktørs selvbestemmelsesrett fordi aktøren ikke handler i samsvar med sin beste interesse. Det finnes en rekke ulike former for paternalisme, men for vårt formål er det viktigste å skille mellom hard og myk paternalisme. Myk paternalisme er å hindre noen midlertidig i å utføre en handling man mener kan være til skade for dem, fordi man vil forsikre seg om at de handler frivillig. Frivillighet forstås vanligvis ut fra to kriterier som går helt tilbake til Aristoteles' etikk: Aktøren må ha kontroll over handlingen og tilstrekkelig kunnskap om hva han eller hun gjør. Ifølge den myke paternalisten må »

en aktør få gjennomføre en handling som kan være til skade for ham eller henne, hvis begge kriterier er oppfylt. Hvis et av eller begge kriteriene ikke er oppfylt, har man derimot rett til fortsatt å hindre aktøren i å utføre handlingen. For den harde paternalisten er det derimot irrelevant om en handling er frivillig eller ikke. Spørsmålet er utelukkende hvorvidt handlingen er i aktørens egen interesse. Hvis aktøren velger et handlingsalternativ som er skadelig for ham eller henne, er det ifølge den harde paternalisten legitimt å gripe inn for å sikre aktøren det paternalisten betrakter som det beste utfallet. Den harde paternalisten mener med andre ord at personers rett til selvbestemmelse bør begrenses til de tilfellene hvor aktøren handler på en måte som er fordelaktig for aktøren selv. Det finnes slik sett ingen rett til å foreta dårlige valg. Bare en svak, og ikke en sterk, paternalisme er forenelig med respekt for personers autonomi.

Den myke paternalisten respekterer aktørers autonomi, men vil hevde at nettopp kravet om frivillighet ikke er oppfylt hos enkelte mennesker med psykiske lidelser. Lidelsen kan svekke autonomien i en slik grad at aktøren faller under minstebetingelsene for autonomi. Det er ikke tilstrekkelig at aktøren foretar dårlige beslutninger eller er dårlig tilpasset sine omgivelser. For at evnen til frivillig handling med rette skal kunne sies å være satt ut av spill, må det påvises en dysfunksjonalitet som undergraver aktørens evne til autonomi.

Fra Aristoteles har vi prinsippet om at like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller skal behandles relevant ulikt. Hvis vi skal forskjellsbehandle to aktører, kreves det da at det må være en etisk relevant forskjell mellom de to aktørene. Én slik forskjell kan være at den ene aktøren har en somatisk lidelse, mens den andre har en psykisk lidelse. Spørsmålet er om det er *etisk* relevant forskjell.

Selv der det kan dreie seg om svært alvorlige konsekvenser for en pasient med en *somatisk* lidelse, hvor vi mener at pasienten foretar et uhyre dårlig valg, vil vi normalt respektere pasientens rett til selvbestemmelse fordi denne retten veier tyngre enn hensynet til hva vi mener er pasientens beste. For eksempel har enkelte religiøse grupper overbevisninger som

er uforenlige med visse behandlinger. Medlemmer av Jehovas vitner mener at blodoverføringer er uforenlige med deres religiøse tro. Da følger det at de også skal kunne nekte å få en blodoverføring selv om legen skulle mene at det ville være til det beste for dem. Den norske helselovgivningen er i samsvar med dette. Vilklårene for å nekte blodoverføring er at pasienten nekter på grunn av «alvorlig overbevisning», og at vedkommende er myndig. Retten til å nekte blodoverføring er knyttet til personlig overbevisning og til en aldersgrense som er høyere enn den vanlige helserettslige selvbestemmelsesretten.

Bildet blir mer komplisert hvis pasienten har en psykisk lidelse, fordi vi her kan finne at pasienten ikke er kompetent til å fatte beslutninger om sin egen behandling. Det utslagsgivende vil altså være spørsmålet om hvorvidt pasienten har samtykkekompetanse. Det faktum at en person behandles innenfor det psykiske helsevernet, ikke i den somatiske medisinen, er ikke en tilstrekkelig grunn for å anta at vedkommende ikke er i stand til å vurdere hva som er i hans eller hennes interesse. Det må dokumenteres at denne evnen er vesentlig redusert i hvert enkelt tilfelle.

Det er alt annet enn uproblematisk å skille klart mellom dem som har samtykkekompetanse, og dem som ikke har det. Det gjelder både den somatiske medisinen og i psykisk helsevern. Overfladisk betraktet har man samtykkekompetanse hvis man har innsikt i ens sykdomstilstand og forstår konsekvensene av valgene man tar. Men når gjør man det? De færreste av oss har en særlig god forståelse av medisinsk statistikk, og foretar slik sett ikke særlig informerte valg når vi skal vurdere fordeler og ulemper ved en gitt behandling for en somatisk lidelse. Hvor mange av det store flertallet som har latt seg vaksinere mot covid-19, eller det lille mindretallet som ikke har gjort det, har egentlig en særlig god forståelse av fordeler og risiko knyttet til vaksinen? Det er ikke enkelt å avgjøre når en pasient har en tilstrekkelig forståelse av sin egen behandlingssituasjon. I psykisk helsevern vil dette ofte være enda mer problematisk fordi det både for behandlingspersonalet og for pasienten selv ofte er vanskeligere å angi særlig presist hva risikoen er ved ikke å motta behandling.

FARE

At tvang kan brukes når en person utgjør en betydelig fare for andre, er ukontroversielt. Det er et kriterium som omfatter oss alle, både i somatikken, psykisk helsevern og utenfor medisinen. Vi tillater ikke folk å gå fritt med svært farlige, smittsomme sykdommer. Vi tillater heller ikke folk å utsette andre for urimelig stor fare i trafikken, å dyrke frem miltbrannbakterier på hobbyrommet eller å drive et restaurantkjøkken som er helsefarlig for kundene. Anvendelse av dette kriteriet krever ingen vurdering av pasientens samtykkekompetanse – det eneste relevante hensynet er hvorvidt man utgjør en tilstrekkelig fare for andre. Tvang som er begrunnet i at en person utgjør en fare for andre, er ikke paternalistisk, siden den iverksettes av hensyn til noen andre enn personen selv. I utgangspunktet byr ikke slik tvangsbruk på noen store etiske utfordringer, selv om det i praksis er vanskelig å predikere voldelig atferd. Det bør også fremheves at den nye psykisk helsevernloven fra 2017 ikke ga mindre rom for å bruke tvang mot pasienter som vurderes som en fare for andre.

Heller ikke når det gjelder pasienter som antas å utgjøre en fare for seg selv, var det noen endring i den nye loven. Det stilles ingen bestemte krav til samtykkekompetanse hos pasienten – fare som sådan er tilstrekkelig for å begrunne tvang. Her er det imidlertid en avgjørende forskjell mellom somatikken og psykisk helsevern fordi vi i somatikken lar pasienter utgjøre en fare for seg selv, og også velge alternativer som med stor sikkerhet vil forårsake pasientens død, for eksempel ved å nekte å få en blodoverføring. Også i somatikken kan vi bruke tvang når det står om pasientens liv, men vi vil da kreve at pasienten mangler samtykkekompetanse. I det psykiske helsevernet lar vi faren for pasientens eget liv være det utslagsgivende.

Fra et rettighetsetisk perspektiv kan det hevdes at psykiatrien og somatikken bør ha sammenfallende regler, slik at det også i psykiatrien må kreves en mangel på samtykkekompetanse for at det skal være legitimt å bruke tvang mot pasienter. Hvorfor skal vi tillate en pasient i somatikken å utgjøre en fare for seg selv, men ikke i psykiatrien, hvis de har samme nivå av samtykkekompetanse? En rettighetsetiker kan altså innvende at loven om psykisk helsevern er for paternalistisk på dette punktet fordi den ikke nøyer seg med en myk paternalisme for å undersøke hvorvidt en pasient handler frivillig (og opprettholder tvangen hvis pasienten ikke handler frivillig), men tyr til hard paternalisme, og bruker tvang selv om vi kan si at pasienten handler frivillig. Hvis man finner at personen tilfredsstillt kravene til samtykkekompetanse, vil rettighetsetikeren hevde at det er uetisk å opprettholde tvangen selv om man skulle mene at det er betydelig risiko for svært selvdestruktiv atferd eller selvmord.

Hva vil en konsekvensetiker si? Det finnes ulike typer konsekvensetikk, men for vårt formål her holder det å si at en handling i henhold til konsekvensetikken er moralsk legitim hvis og bare hvis den har minst like gode konsekvenser som ethvert annet handlingsalternativ. I vår sammenheng vil det tilsi at det vil være legitimt å bruke tvang mot en pasient hvis og bare hvis det har bedre konsekvenser enn ikke å gjøre det. Konsekvensetikeren vil her ikke bare se på konsekvenser for pasienten selv, men også for pårørende, behandlingspersonalet etc. Vi kan si at



For å frakjenne personer evnen til autonomi helt eller delvis er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar dårlige valg, eller at de har det som etter alt å dømme er høyst feilaktige oppfatninger





Hvis vi skal forskjells-
behandle, kreves en etisk
relevant forskjell, som kan
være at den ene aktøren
har en somatisk lidelse,
mens den andre har en
psykisk lidelse. Spørsmålet
er om det er etisk relevant
forskjell

konsekvensetikerer reduserer etikken til en ren nytte-kostnadsanalyse. Konsekvensetikerer vil ikke mene at det for enhver pris er riktig å forhindre et selvmord. Hvis det innebærer mindre lidelse for alle berørte, inklusive pasienten selv, selvfølgelig, at en pasient faktisk tar sitt liv, vil konsekvensetikerer hevde at det eneste moralsk riktige er å la vedkommende få gjøre det. La oss imidlertid anta at det stort sett vil ha bedre konsekvenser at en pasient ikke tar sitt liv, enn at pasienten gjør det. Da blir spørsmålet om hvorvidt vi kan dokumentere at bruk av tvang alt i alt forebygger selvmord, men det er et empirisk spørsmål jeg ikke har anledning til å forfølge her.

Norsk helselovgivning er gjennomgående mer rettighetsetisk enn konsekvensetisk begrunnet. En rettighetsetisk vurdering vil imidlertid tilsi at hensynet til pasientens autonomi ikke er tillagt tilstrekkelig vekt i dagens lovverk. Den rettighetsetiske vurderingen tilsier at det er galt å bruke tvang mot en pasient som har samtykkekompetanse, selv om man skulle mene at pasienten utgjør en betydelig fare for seg selv. Når det gjelder pasienter som utgjør en vesentlig fare for andre eller ikke har samtykkekompetanse, vil det derimot være legitimt å bruke tvang.

SAMTYKKE- OG BEHANDLINGSKRITERIET

Hva med tvang i tilfeller der vi mener at det ikke foreligger noen vesentlig fare for pasienten eller andre hvis behandling ikke finner sted? Begrunnelsen for bruk av tvang går her ikke på avverging av fare, men på at gevinsten ved behandling vil være stor. Fra et konsekvensetisk perspektiv vil det være riktig å bruke tvang såfremt man kan gi en holdbar begrunnelse for at fordelene ved tvangsbruk mer enn oppveier ulempene. Blant relevante konsekvenser er direkte lidelse forårsaket av tvang, skader på relasjonen mellom pasient og behandlingspersonalet og hensynet til både pårørende, behandlingspersonalet og samfunnet ellers. Begrunningsbyrden vil ligge hos den som hevder at konsekvensene av bruk av tvang i det enkelte tilfelle er bedre enn alternativet.

Det er på dette punktet vi finner den største forskjellen mellom den gamle og den nye psykisk helsevernloven. Den gamle loven hadde ingen krav om mangel på samtykkekompetanse, og begrunnelsen besto ene og alene i antatte konsekvenser for pasientens helse. I den nye loven om psykisk helsevern fra 2017 heter det at innleggelse og behandling forutsetter samtykke fra pasienten såfremt pasienten har samtykkekompetanse. Det innebærer at det ikke er akseptabelt å bruke tvang mot pasienter som har samtykkekompetanse, selv om man skulle mene at de ville nytte godt av behandling.

Lovendringen innebar en forskyvning fra et konsekvensetisk perspektiv til et mer rettighetsetisk ved at vekten ble lagt mer på pasientautonomi enn på konsekvenser. Vi kan også si at den psykiatriske lovgivningen ble mer i samsvar med den vi har for den somatiske medisinen. Vi kan eventuelt betrakte den nye loven som en innskjerping av den gamle, ved at det legges rettighetsetiske føringer på når tvang overhodet kan være tillatelig, og så vil det være en konsekvensetisk vurdering hvorvidt tvang bør brukes i de tilfellene pasienten ikke er samtykkekompetent.

AVSLUTTENDE BEMERKNINGER

Psykisk helsevernloven fra 2017 var en klar forbedring fordi den ivaretar pasientautonomi i større utstrekning enn den gamle, og den bringer bestemmelsene i psykisk helsevern mer i samsvar med den somatiske medisinen, men heller ikke den nye loven er helt optimal i et etisk perspektiv. Problemet knytter seg primært til at loven kan sies å være for paternalistisk overfor pasienter som er samtykkekompetente, men som likevel kan betraktes som en fare for seg selv.

Tvangsinnleggelse etter farekriteriet kan være legitimt, der det er snakk om fare for andre enn pasienten selv. Det er som nevnt vanskelig å predikere farlighet, og hvis vi skulle brukt tvang mot alle som kunne *tenkes* å utgjøre en fare for andre, ville vi måtte bruke enormt mye tvang, og hvor frihetstapet for alle de tvangsinnlagte ikke ville stå i noe rimelig forhold til gevinsten i form av redusert risiko. Faren må følgelig betraktes som overhengende, og pasienter i en gråsoner bør følges opp forholdsvis tett. Tvang kan også brukes når pasienten ikke er samtykkekompetent. Utover det bør tvang ikke brukes. De rettighets- og konsekvensetiske overveielser kan med fordel suppleres med andre etiske perspektiver fra for eksempel dydsetikk og omsorgsetikk, men jeg kan ikke se at disse andre teoriene vil gi gode grunner til å fravike grunnleggende pasientrettigheter.

Som nevnt er retten til selvbestemmelse et grunnprinsipp i vår rettskultur, og det må også omfatte pasienter i det psykiske helsevernet. Under bestemte omstendigheter kan det være grunner til å fravike dette prinsippet, men hovedregelen er at man bør respektere folks rett til å foreta valg, selv om man mener at det er riktig dårlige valg. Også folk med psykiske lidelser har retten til å foreta dårlige valg, og til kanskje å lære noe av dem. ✘



Også folk med psykiske lidelser har retten til å foreta dårlige valg, og til kanskje å lære noe av dem

Meninger



DEBATT

Rusforskning i bakleksa

Gapet er for stort mellom rusforskning og klinikerens og brukeres erfaringer. Kunnskapen er for liten om funksjonelle mål for langvarige recoveryprosesser. Det får konsekvenser for behandlingen.



TEKST Fredrik Dreyer Moe, psykologspesialist, forsker I ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning, Helse Vest

RUSFORSKNING

GAPET BESTÅR I at rusforskning hovedsakelig undersøker korttidsprosesser og rusbruk fremfor langtidsprosesser og recovery. Det kan føre til at rusbehandling er basert på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag og dermed ikke bidrar til at ruspasienter oppnår eller greier å vedlikeholde recovery.

KORTTIDSSTUDIER DOMINERER

Rusforskning består hovedsakelig av korttidsstudier (Bjornestad mfl., 2020). Det vil si studier som varer to år eller mindre. De fleste studier fokuserer på reduksjon av rusbruk fremfor recoverymål, som for eksempel personlig og sosial fungering. I tillegg har tilbakefallsbegrepet lav klinisk nytteverdi. Sagt på en annen måte: Selv om rusforskning viser god effekt av en gitt intervensjon målt opp mot tilbakefall, så har den samme intervensjonen lav effektivitet i rusbehandling. Altså er det utfordrende å overføre resultater fra forskning til praksis. En mulig grunn for uoverensstemmelsen er at bedring fra rusavhengighet består av mer enn å unngå tilbakefall. Når rusforskning hovedsakelig retter oppmerksomhet mot tilbakefall og kortsiktig oppfølging, er det naturlig å spørre om rusforskningen er tilstrekkelig integrert med rammeverkene for recovery.

Recovery defineres ofte som en langvarig, dynamisk og ikke-lineær endringsprosess på flere livsområder og spesielt rusbruk (Vanderplasschen & Best, 2021). Spesifikt så omhandler det mer enn kun reduksjon av rusbruk.

BETYDNING FOR BEHANDLING

Recoveryperspektivet er egnet til å forstå bedringsprosesser for rusavhengige idet rusavhengighet er en langvarig lidelse bestående av gjentatte sykluser av abstinens og tilbakefall. Det omhandler reduksjon av kjernesymptomer i tillegg til forbedring av funksjonelle områder i livet, som for eksempel å begynne i arbeid/skole, etablere nye nettverk, delta i og være en del av samfunnet. Flere anser tre til fem år som nødvendig for å kunne reflektere stabil atferdsendring ved rusavhengighet. Det gjelder spesielt for de mest alvorlige tilfellene. Et tidskriterium på to år framstår som lavt.

Hvilken betydning kan dette ha for rusbehandling? For det første kan det ha betydning for hvilken behandling som tilbys. Det kan også forklare at de fleste behandlinger baserer seg på korttidsbehandling. Ettersom forskningsgrunnlaget er mer omfattende på korttidsprosesser enn langtidsprosesser, er det uvisst fra et forskningsperspektiv om rusbehandling kan

hjelpe dem som har tilbakefall senere i recovery. Fordi forskningsgrunnlaget på personlig og sosial fungering er mangelfullt, vet vi for lite om hva som øker mulighetene for å komme i og opprettholde recovery.

Dermed ser det ut til at rusforskning delvis har oversett at rusavhengighet foregår i en større kontekst, at mennesket er et sosialt vesen som lever i en mellommenneskelig verden. Altså at mennesket består av personlige, sosiale og kollektive dimensjoner. Forskning på sosiale helsedeterminanter illustrerer hvordan sosiale, geografiske og politiske faktorer påvirker mental og fysisk helse (Alegría mfl., 2018; World Health Organization, 2017). Videre at mennesker generelt har behov for å oppleve verdighet, sosial støtte og tilhørighet. Prillelten-sky (2020) illustrerer noe av dette ved å fremheve hvor viktig det er for mennesker å føle at de blir verdsatt, og at de kan bidra med noe verdifullt. Videre er det også vist at et lands fordeling av sosial kapital og sosial rettferdighet har stor innflytelse på befolkningens livskvalitet.

LÆRE AV PSYKOSEFORSKNING?

Forskning på schizofreni har gjennomgått lignende utfordringer som rusforskning. Tidligere fokuserte psykoseforskning hovedsakelig

på symptomreduksjon og inkluderte ikke funksjonelle mål (Friesen, 2019). Etter hvert viste det seg at symptomskalaer egnert seg dårlig til å informere praksis. Det var uoverensstemmelse mellom effekt målt i studier og effektiviteten i klinisk praksis. Det vil si at effekten målt fra randomiserte kontrollerte studier ikke gav tilsvarende effektivitet i klinisk praksis. Samtidig var det også økende bevissthet omkring forskjellen mellom faktorer som måles av symptomskalaer, og de faktorene som betydde mest for dem som var diagnostisert med schizofreni. Disse utfordringene førte til et skifte i psykoseforskning til å inkludere funksjonelle mål. Dette skiftet ser ut til å ha anerkjent at å fokusere på symptom mål overser verdifulle og essensielle sider ved å være et menneske. Det får konsekvenser for pasientene.

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet bør ha et solid forskningsgrunnlag for sine anbefalinger om rusbehandling. Kunnskapsgrunnlaget er for lavt om langvarige recoveryprosesser og hvilke funksjonelle mål de består av. Heldigvis er kunnskapsbasert praksis tredelt. Rusbehandling kan derfor dra nytte av klinikerens og brukers erfaringer og kunnskap inntil rusforskning tar dem igjen. ✕



Forskning på schizofreni har gjennomgått lignende utfordringer som rusforskning

REFERANSER

- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95–95. doi:10.1007/s11920-018-0969-9
- Bjornestad, J., McKay, J. R., Berg, H., Moltu, C. & Nesvåg, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 394–414. doi:10.1111/dar.13051
- Friesen, P. (2019). Expanding outcome measures in schizophrenia research: Does the research domain criteria pose a threat? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(3), 243–260. doi:10.1353/ppp.2019.0039
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 16–34. doi:10.1002/ajcp.12368
- Vanderplasschen, W. & Best, D. (2021). Mechanisms and mediators of addiction recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 385–388. doi:10.1080/09687637.2021.1982521
- World Health Organization. (2017). Social determinants of health. WHO.



Å tie eller ikke tie i akademia

Personlige opplevelser to år tilbake i tid ble aktualisert da Kierulf-utvalget la fram utredningen om akademisk ytringsfrihet 21. mars. Var jeg blitt utsatt for akademisk kanselleringskultur?

26. JANUAR 2020 sa jeg opp stillingen min etter 15 års ansettelse. Det hadde vært 13 gode og spennende år, men de to siste var utfordrende. Etter oppsigelsen ryddet jeg kontoret og tenkte at avgjørelsen var riktig. Men etter at siste lass var inne i bilen og jeg så arbeidsstedet mitt forsvinne i bakspeilet, fikk jeg en følelse av å ha mislyktes. Min akademiske karriere var over.

Det var først senere, da jeg for lengst hadde pakket ut sakene mine i et nytt lokale, at jeg klarte å gå igjennom hva som hadde skjedd. Tankene mine utviklet seg i takt med debatten om akademisk ytringsfrihet, kanselleringskultur og politisk korrekthet. Følelsen av at jeg hadde feilet, ble særlig utfordret etter at jeg leste den ferske offentlige utredningen om akademisk ytringsfrihet (NOU 2022: 2). Kanskje hadde jeg ikke feilet, men heller oppfylt et samfunnsansvar? Hva var det som skjedde?

FORSPELL: PROBLEMSTILLING OG OPPTAKT

Denne kronikken skal belyse det kompliserte minefeltet som kan oppstå for en formidlende forsker, og ønsket om politisk korrekthet. Som forsker skal man utvikle ny kunnskap og inn-

sikt og helst formidle funnene. Den kunnskapen går ikke alltid overens med gjeldende (moralske) føringer og holdninger. Hvor stor takhøyde er det for den akademiske ytringsfriheten?

Dette er ikke ment som noe angrep på tidligere arbeidssted. Det er heller ikke noe ønske om medlidenhet. I den grad følelser dras inn, er det for å illustrere problemstillingen.

I 2017 hadde jeg noen tid vært engasjert i behandling av seksuallovbrudd. Jeg hadde vært medforfatter i en metaanalyse om effekten av behandling på personer som hadde begått seksuelle overgrep mot barn. I to år var jeg prosjektleder for å bygge opp et behandlingstilbud for fengslede personer domfelt for seksuallovbrudd. Parallelt hadde jeg i en årrekke vært en hyppig forskningsformidler i mediene.

FØRSTE AKT: UTTALELSENE

I mars 2017 skrev Dagbladet om at Tolletaten hadde beslaglagt et tyvetalls seksualiserte dukker av barn som var bestilt fra utlandet av norske menn. Dagbladet intervjuet meg i den artikkelen om slike dukker kunne lede til seksuelle overgrep mot barn. Mitt svar var at



TEKST Pål Grøndahl, psykologspesialist, ph.d.

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

YTRINGSKULTUR



vi ikke hadde litteratur som indikerte noen slik sammenheng. Jeg uttalte at for enkelte kunne slike dukker trolig virke forebyggende mot overgrep mot barn. For andre kunne derimot dukkene bli et springbrett til ytterligere overgrep. Jeg foreslo derfor at man kunne tenke seg et forskningsprosjekt. Hva om personer domfelt for seksuallovbrudd mot barn kunne få en slik dukke «på resept», men under forutsetning av at de parallelt gikk i behandling? Jeg var tindrende klar over hvor vanskelig det ville være å gjennomføre et slikt prosjekt. Det var om ikke annet et hypotetisk forslag gitt datidens manglende behandlingstilbud og nedslående funn om effekt av psykologisk behandling.

ANDRE AKT: DEBATTEN

Dette ble det debatt av. Det kom raskt innlegg i Dagbladet som kritiserte mine uttalelser, og jeg svarte dem. Det ble også debatt i Dagsnytt 18 og i andre medier. Jeg opplevde at jeg ble assosiert som en uansvarlig person som ønsket å gi seksualiserte dukker til personer domfelt for seksuallovbrudd. Det ble fremhevet fra en rekke hold at slike dukker ville øke risikoen for nye overgrep, og at det dessuten var moralsk forkastelig å tillate slike. I tillegg hadde Høyesterett avgitt en kjennelse som slo fast at slike dukker var ulovlige. Selve debatten varte ikke så lenge. Den bølget frem og tilbake over noen uker, og så ble det stille. Trodde jeg.

TREDJE AKT: REAKSJONENE

Så kom reaksjonene. Flere psykologer svarte på mediernes henvendelser og sa for eksempel at de «steilet» over mine uttalelser. Jeg fikk sinte eposter fra både fagfolk og mennesker jeg ikke kjente. Jeg fikk høre at jeg var narsissistisk og ønsket å være i oppmerksomhetens rampelys for enhver pris. Venner av meg (psykologer de også) fortalte at andre fagfolk hadde henvendt seg til dem fordi de kjente til vennskapet, og i klare ordelag ga uttrykk for hvor indignert de var over meg. Andre venner sa direkte til meg at: «Ja, du vet folk snakker om deg?» Jeg fikk også høre at mine egne kolleger snakket ned uttalelsene mine til andre: «Pål er jo fullstendig ute å kjøre!»

Jeg reagerte ikke da så mye på disse skarpe meldingene og konstaterte med naiv undring hvor lite debatt det var, hvor lite spørrende undring jeg ble møtt med, og hvor følelsesstyrt

alt virket. Deretter roet det seg, og jeg hadde ikke noe presserende behov for å holde liv i «debatten».

FJERDE AKT: KONSEKVENSENE

Det som deretter skjedde, kan slik jeg opplever det, kort beskrives med to ord: usynliggjøring og isolering.

På vårparten 2019 ble jeg forespurt om å debattere seksuallovbrudd i Arendalsuka, og jeg aksepterte som vanlig. Men da jeg henvendte meg til nærmeste leder om dette, fikk jeg beskjed om at det måtte behandles på et høyere nivå i ledergruppen. Svaret kom raskt; institusjonen hadde nå en «offisiell politikk» om at seksualiserte dukker var forbudt, og derfor kunne ikke jeg delta som ansatt ved institusjonen på grunn av mine tidligere uttalelser. I så fall kun som privatperson, hvilket ikke var interessant for arrangøren. Exit Arendal.

Så oppdaget jeg hyppig møtevirksomhet. Det tilbudet jeg tidligere hadde vært med på å bygge opp (forebygging av og å motvirke seksuelle overgrep), skulle utvides. Plutselig, og uten noen beskjed, var jeg blitt utelatt fra dette arbeidet.

Nå skjønnte jeg at noe var på gang, og det slo meg at jeg knapt hadde kommunisert med nærmeste leder på nesten et år ut over de obligatoriske medarbeidersamtalene.

Etter mye grubling sa jeg opp. Hihsenen fra nærmeste leder var at oppsigelsen var «tatt til etterretning». Selvfølgelig ønsket jeg en samtale om *hvorfor* jeg sa opp, og om det var noe som kunne gjøres for å eventuelt endre avgjørelsen, men det drøyde. Da møtet omsider fant sted, hadde lederen med seg en «mal for avslutningssamtaler» ved institusjonen. Jeg ble da overbevist om at min oppsigelse var kjærkommen hos ledelsen. Men ingen sa noe.

Etter et år i min nydefinerte tilværelse fikk jeg høre at det nye og utvidede ovennevnte behandlingstilbudet hadde tilsatt en rekke psykologer som i en tid hadde etterlyst veileder. Noen av dem ønsket meg, ifølge en tidligere kollega, og jeg sa meg (som vanlig) villig til å stille opp. Da ble det fart over sakene, og institusjonen fant plutselig en løsning på veiledningsproblemet, som jeg ikke ble en del av.

DISKUSJON OG FINALE

Ifølge NOU 2022: 2 kan angrep og trusler mot akademisk ytringsfrihet komme 1) ovenfra: fra

myndigheter og oppdragsgivere som finansierer og styrer; 2) nedenfra: fra de nærmeste offentligheter akademia virker i; 3) innenfra: internt i akademia, fra ledelse, kollegaer og studenter; og 4) utenfra: fra det internasjonale og geopolitiske landskapet akademia er en del av.

Jeg fikk kjenne det innenfra, i form av ideologisk konformisme, ensartede holdninger og politisk korrekthet. Fra kollegialt hold ble mine uttalelser baksnakket, og noen rettet en bekymret advarsel til meg om at jeg måtte stoppe. Særlig merket jeg reaksjonene fra ledelseshold slik NOU 2022: 2 beskriver det på side 58 under kapitlet Akademiske ytringsfrihetsutfordringer: «... ved at lovlige, men kontroversielle eller 'omdømmeskadelige' ytringer motarbeides eller sanksjoneres».

Noen kan hevde at mine ytringer ikke engang var verdig en debatt fordi «alle» er enige om at seksualiserte dukker av barn er feil, basta. Men i enkelte andre land har det vært en saklig debatt, som i Danmark, hvor bl.a. danske Redd Barnet, sammen med Sexologisk klinikk, ikke støttet et forbud mot slike dukker fordi det mangler forskning på hvilken effekt slike dukker kan ha (Norup, 2019). I Nederland har WODC (det nederlandske forsknings- og dokumentasjonssenteret) satt ned en komite som skal utrede spørsmålet om bruk av dukker. Også i vitenskapelige publikasjoner fremheves det at slike debatter er preget av ideologi og ikke empiri (Harper & Lievesley, 2020).

Det er uheldig hvis vi ikke evner å slippe frem stemmer som utfordrer etablerte sannheter, og historien er dessverre full av moralsk og ideologisk motstand mot utfordrende forskning. I den sammenhengen vil min historie fortone seg som en fillesak. Kanskje i likhet med hver enkeltsak hvor noen forsøker å begrense ytringer man ikke liker. For eksempel når politikere og foreldre i USA utviser stor iver etter å fjerne bøker på skolebibliotekene som omhandler minoriteter og skeive personer (Aftenposten 6. april 2022), eller at man vil fjerne dedikasjonen på en benk tilegnet Carl von Linné i Botanisk Hage.

Problemet oppstår når tendensen til å forsøke å begrense «avvikende» ytringer brer om seg og danner et repressivt mønster. Det er en risiko for at vi i lys av politisk korrekthet ikke våger å stille åpne spørsmål eller presentere vitenskapelige (også kontroversielle) funn som samfunnet har brukt ressurser på å frembringe. Hva er da poenget med å forske? ✖



Det er uheldig hvis vi ikke evner å slippe frem stemmer som utfordrer etablerte sannheter

KILDER:

- Harper, C. A. & Lievesley, R. (2020). *Sex Doll Ownership: An Agenda for Research*. *Current Psychiatry Reports*, 22(10), 54–54. doi: 10.1007/s11920-020-01177-w
- Norup, M. L. (2019, 3. august). *Nej tak til sexdukker i børnestørrelse: S-ordfører vil have forbud trods manglende viden på området*. DR. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/nej-tak-til-sexdukker-i-boernestoerrelse-s-ordfoerer-vil-have-forbud-trods-manglende>
- NOU 2022: 2. *Akademisk ytringsfrihet. God ytringskultur må bygges nedenfra, hver dag*. Kunnskapsdepartementet

Kjære kommende psykologer, vi tar oppfordringen

Dere reiser flere viktige og godt begrunnede problemstillinger i innlegget deres. Jeg deler flere av bekymringene.

TEKST Ingvild Kjerkol, helse- og omsorgsminister

RAMMEVILKÅR

”

Vi ønsker mindre rapportering og detaljstyring, og at dere som jobber tett på pasientene, skal få mer frihet og tillit

Å STYRKE VÅR felles helsetjeneste, ikke minst innen psykisk helse, er en viktig satsing for regjeringen. Vi er i gang med arbeidet, men vi er ikke i mål.

Dere oppfordrer meg til å innfri løftet om økte bevilgninger til offentlig psykisk helsevern. Den oppfordringen tar jeg! I 2022 økte vi sykehusenes grunnfinansiering med 350 millioner kroner for å legge til rette for økt behandling i psykisk helsevern og rusbehandling. Vi har også satt av 350 millioner kroner, blant annet for å styrke lavterskel helsetilbud i kommunene. Vi har bedt sykehusene satse på psykisk helse for barn og unge, og i januar økte vi sykehusramma ekstraordinært med 1,5 milliarder.

Dette er en start, men mye gjenstår. Vi er i gang med en opptrappingsplan for psykisk helse, som skal legges frem neste år. Gjennom denne satser vi særlig på forebygging og styrking av den psykiske folkehelsen, et lett tilgjengelig tilbud av høy kvalitet over hele landet og på gode og sammenhengende tjenester for pasienter med aller størst behov.

Dere advarer mot et klassesdelt helsevesen. Det er en bekymring jeg deler. Regjeringa jobber for en sterk offentlig helsetjeneste, der pengene går til gode helsetjenester for alle, fremfor privatisering, profitt og utbytte. Derfor avviker vi fritt behandlingsvalg-ordningen, samtidig som vi bygger ut det offentlige tilbudet.

Fagfolka er den viktigste ressursen vi har i helsetjenesten. Dere er også vår knappeste ressurs. Å utdanne, rekruttere og beholde flere dyktige fagfolk er derfor høyt på vår agenda.

Vi jobber for flest mulig faste heltidsstillinger og for at dere fagfolka skal få nok tid og rom til å gjøre jobben deres. Innlegget deres viser at vi har en vei å gå. Vi ønsker mindre rapportering og detaljstyring, og at dere som jobber tett på pasientene, skal få mer frihet og tillit. Tillitsreformen vil se nærmere på dette. Vi er også opptatt av å finne gode løsninger for bedre oppgaveløsning, fornuftig bruk av digitale verktøy og bedre samhandling på tvers av tjenester og yrkesgrupper. Det skal blant annet helsepersonellkommisjonen hjelpe oss med.

Kjære kommende psykologer! Takk for at dere bruker kunnskapen og erfaringene deres til å sette søkelyset på viktige utfordringer i offentlig psykisk helsevern. Jeg kan forsikre dere om at vi lytter til innspillene, og at vi gjør det vi kan for å styrke vår felles helsetjeneste. Jeg håper flere av dere velger den offentlige helsetjenesten når dere skal ut i arbeidslivet.

Vi trenger kunnskapen, klokskapen og kompetansen til hver eneste en av dere! ✕

DEBATT OM RAMMEVILKÅR

Tidligere innlegg:

Nr. 05 - 2022 Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko (Jenny Birkeland Nordland et al.)



Faksimile fra maiutgaven

Tynt grunnlag for motstand mot EIBI

Nevromangfoldbevegelsen har rett i at det ikke er fordi man er autist, man trenger behandling. Men deres motstand mot EIBI bygger på studier som ikke holder mål – verken metodisk eller etisk.

I ET DEBATTINNLÉGG (*TNPF, Vol 59 (5), s. 396–399*) fortsetter Veslemøy Krey Stubberud å argumentere for at ingen barn med autisme uansett funksjonsnivå skal få opplæring, særlig hvis det benyttes Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) eller prinsipper fra anvendt atferdsanalyse (ABA). Et slikt synspunkt har jeg tidligere argumentert for at er etisk problematisk og i utakt med barnevernskommissjonen (*TNPF, Vol 59(4), 288–289*).

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)
Artikkelforfatteren hevder at halvparten av de barna som mottar EIBI, utvikler PTSD, og henviser til en studie av Kupferstein (2018). Hvis

dette skulle være tilfelle, ville EIBI være gjennomført uetisk, og EIBI ville være en skandale innen psykologien som man knapt har sett sidestykke til. Derfor må slike påstander tas på alvor. I Kupferstein-studien ble det ikke oppgitt hvordan deltakerne var blitt diagnostisert, eller hvilke diagnosekriterier som ble benyttet. I tillegg ble personer som var selvdiagnostisert, inkludert i studien. En annen alvorlig svakhet ved studien er at «PTSD-symptomer» ble målt ved hjelp av en selvsnekret skala, uten at denne på forhånd var blitt validert. Dette gjør at man ikke vet om skalaen måler faktiske PTSD-symptomer. Videre ble deltakerne rekruttert på utradisjonelle måter, eksempelvis via personlig

TEKST Svein Eikeseth, professor i psykologi, OsloMet – Storbyuniversitetet

AUTISME



nettverk og på møter. Kupferstein er selv anti-EIBI/ABA-aktivist, og holder seminarer og skriver om dette. Kildekritikk er viktig.

Ved OsloMet – Storbyuniversitetet har vi undersøkt en gruppe ungdommer som fikk EIBI når de var unge (Smith et al., 2019). Ti år etter at de hadde fått EIBI, hadde ingen av deltakerne fått komorbide diagnoser, og ingen tok medisiner for psykiatriske lidelser. Dette rimer ikke med Kupferstein (2018). Flere studier viser at man kan forvente at mellom 70 og 85 prosent av personer med autisme har fått en eller flere komorbide diagnoser når de kommer i tenårene (f.eks. ADHD, angst, depresjon, OCD, PTSD, etc.).

I en studie som vi nå gjennomfører ved Oslo Met, ba vi foreldre og barnehagepersonalet til 171 barn som får EIBI, respondere på følgende påstander: (1) Dette er en akseptabel behandling for barnet; (2) behandlingen er effektiv for å endre barnets atferd; (3) barnets atferd er alvorlig nok til å rettferdiggjøre bruken av denne behandlingen; (4) jeg er villig til å bruke denne behandlingen med barnet mitt; (5) denne behandlingen har ikke dårlige bivirkninger for barnet; (6) jeg liker denne behandlingen; (7) behandlingen er en god måte å håndtere barnets problem på; og (8) behandlingen vil hjelpe barnet. Påstanden ble skåret på en Likert-skala fra 1–6 (1 er «svært uenig» og 6 er «svært enig»). Respondentene svarte anonymt slik at gitte svar ikke kunne spores tilbake til foreldre eller barnehagepersonale. Gjennomsnittlig skår var 5,5 og 5,6 henholdsvis for foreldre og barnehageansatte, noe som tyder på at de ikke hadde etiske reservasjoner eller mente at behandlingen kunne være skadelig. Dette rimer dårlig med resultatene fra Kupferstein (2018). Når det er sagt, muligheten for at EIBI kan påføre barna patologisk stress, er et tema som det må forskes videre på, og som jeg tar med i min egen forskning.

Å SE PÅ ANDRES ØYNE

Krey Stubberud argumenterer mot å lære barnet å se på andres øyne (øyeseing). Øyeseing er en atferd som kan observeres hos nyfødte, noe som tyder på at øyeseing er en viktig atferd med stor evolusjonsmessig verdi. Øyeseing er viktig bl.a. for etablering av tilknytning mellom barn og forelder, og for utvikling av sosial referering. Sosial referering beskriver barnets atferd i en situasjon som oppleves som uoversiktlig for barnet, slik som f.eks. når det opp-

står en situasjon som barnet tolker som mulig farlig. Da vil barnet se på den voksne personen for å lese av om situasjonen er trygg eller farlig, eller om barnet får lov eller ikke lov til å gjøre noe. Sosial referering er også viktig for begrepslæring, felles oppmerksomhet (tidlig sosial-kommunikativ ferdighet hvor barn og voksen *deler* oppmerksomhetsfokus mot et objekt) og «theory of mind» (å forstå andres perspektiv). Typisk for personer med autisme er at alle disse viktige psykologiske milepælene ikke er nådd. Dette kan bidra til kommunikasjonsvansker og at sosiale situasjoner kan oppleves som ubehagelige, uoversiktlige eller kaotiske. Det å lære et barn med autisme øyeseing kan dermed være viktig, gitt at denne ferdigheten mangler eller er mangelfullt utviklet hos barnet.

IMITASJON

Imitasjon er en annen type atferd som Krey Stubberud ikke forstår hensikten med å lære. Ved å imitere andre kan barn lære ny atferd uten å selv utføre atferden. En mer avansert form for slik læring er observasjonslæring, hvor det som avgjør om barnet lærer, er hvilke konsekvenser modellen får på barnets atferd. Imitasjon og observasjonslæring er altså sentrale prinsipper for læring og utvikling, og er dermed viktige for barnet å mestre. En annen form for imitasjon, som ofte vektlegges i EIBI, er vokalt imitasjon, hvor barn som ikke har et vokalt språk, lærer å imitere lyder, ord eller setninger. Dette gjøres for at barnet skal bli i stand til å produsere språklyder, ord og setninger, noe som er en forutsetning for at barnet etter hvert skal kunne lære et talespråk.

Innen atferdsanalysen kalles øyeseing og imitasjon «behavioral cusps», fordi disse atferdene setter individet i kontakt med en rekke ulike nye og viktige betingelser, atferder og konsekvenser.

KONVERTERINGSTERAPI

Krey Stubberud fortsetter sine påstander om at EIBI skulle ha paralleller til konverteringsterapi for skeive mennesker, og denne gangen kommer en begrunnelse. Tidlig på 1970-tallet, ikke på 1990-tallet som forfatteren hevder, pågikk det et meget uheldig forskningsprosjekt ved University of Los Angeles, California (UCLA) som gikk under navnet «Childhood Gender Problems». Forskingen var statlig finansiert (United States Public Health Service Research

Grant og National Institute of Mental Health), og var ledet av doktorgradsstudenten George Alan Rekers. Løvaas, som på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet grunnla EIBI, var veileder for Rekers, og prosjektet endte med to publikasjoner (Rekers & Lovaas, 1974; Rekers et al., 1974). Disse studiene har blitt møtt av massiv kritikk, ikke minst fra atferdsanalytikere (f.eks. Nordyke et al., 1977), og kan ikke forsvares.

Det kan hevdes, med rette, at atferdsanalytiske metoder i dette prosjektet ble benyttet på en uetisk måte. Men dette har ingenting med EIBI å gjøre.

Atferdsanalyse er definert bl.a. ved at atferden som endres, skal ha sosial signifikans samt være viktig for individet selv. Jeg har tidligere argumentert for at når det gjelder barn som har store utfordringer med utvikling, noe som ofte er tilfelle for barn med autisme, kan EIBI være et egnet behandlingsalternativ.

CODA

Krey Stubberud oppfordrer meg til å gå i dialog med nevromangfoldbevegelsen. Den dialogen har jeg opprettet, og første møte er avholdt. Fra dette møtet har jeg tatt med meg at det trengs mer forskning på og større klinisk oppmerksomhet på mulig stress og psykologisk overbelastning ved behandling av personer med autisme. Videre er jeg enig i at det er viktig å rette oppmerksomhet mot autist-perspektivet både i forskning, i behandling og i interesseorganisasjoner.

Jeg er imidlertid overbevist om at det vil tjene nevromangfoldbevegelsens sak å benytte seg av en annen type retorikk enn å påstå at EIBI er konverteringsterapi, ikke er evidensbasert og at 50 prosent av dem som mottar EIBI, får PTSD. ✖

LITTERATURLISTE

- Kupferstein, H. (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*, 4(1), 19–29. <https://doi.org/10.1108/AIA-08-2017-0016>
- Nordyke, N. S., Baer, D. M., Etzel, B. C. & LeBlanc, J. M. (1977). Implications of the stereotyping and modification of sex role. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(3), 553–557. doi:10.1901/jaba.1977.10-553.
- Rekers, G. A. & Lovaas, O. I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7(2), 173–190. <https://doi.org/10.1901/jaba.1974.7-173>
- Rekers, G. A., Lovaas, O. I. & Low, B. (1974). The behavioral treatment of a «transsexual» preadolescent boy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2(2), 99–116. <https://doi.org/10.1007/BF00919093>
- Smith, D. P., Hayward, D. W., Gale, C. M., Eikeseth, S. & Klintwall, L. (2019). Treatment Gains from Early and Intensive Behavioral Intervention (EIBI) are Maintained 10 Years Later. *Behavior Modification*, 1–21. <https://doi.org/10.1177/0145445519882895>



Hvis dette skulle være tilfelle, ville EIBI være gjennomført uetisk, og EIBI ville være en skandale innen psykologien

DEBATT OM AUTISME

Tidligere innlegg:

Nr. 05 - 2022 Det er ikke fordi vi er autister, noen av oss trenger behandling (Veslemøy Krey Stubberud)

Nr. 04 - 2022 Bør autisme egentlig behandles (Svein Eikeseth)

Veteranbehandlingen trenger et løft

Hva er retten til et behandlingstilbud verdt hvis krigsveteranene ikke benytter det på grunn av mangel på tillit?



TEKST Mari de Flon Hetland, psykologspesialist ved veteran-tilbudet, Moss DPS

VETERANHELSE

I ARTIKKELEN «Strid om ansvaret for veteraners psykiske helse» i forrige nummer av Psykologtidsskriftet beskrives hvordan veteraner i liten grad opplever tillit til offentlig psykisk helsevern. Siden St.meld. nr. 34 (2008–2009) «Fra vernepliktig til veteran» er det gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak rettet mot spesialisthelsetjenesten, deriblant kurs for behandlere organisert av RVTS. Likevel viser tall fra den nye Afghanistan-undersøkelsen (2021) at det fortsatt kun er en liten gruppe av de som strever, som ønsker hjelp i offentlig psykisk helsevern.

Psykologene Kjersti SørDAL og Hanne Kristine Haarset foreslår å bedre situasjonen gjennom at fem DPS får rollen som kompetansesenter, eller regionale sentre med veteranspesifikk kompetanse. Spesialrådgiver Tone Bovim ved RVTS fremholder at det er RVTS-ene som per i dag har rollen som kompetansesenter. Men forslaget om fem DPS som regionale sentre med forsterkning på veteranspesifikk kompetanse er ikke et forslag om å frata RVTS deres rolle. Denne kommentaren vil oppklare hva forslaget innebærer. Den vil også vise hvordan vi jobber ved Moss DPS, som et eksempel på hvordan et slikt fagmiljø kan fungere.

FEM REGIONALE SENTRE MED SÆRSKILT KOMPETANSE

Fagmiljøet i Moss har fremmet forslag om endringer av spesialisthelsetjenestens organisering av behandling av veteraner under høring i Stortinget, og til programrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst. Dette forslaget innebærer per i dag at fem DPS utpekes til såkalt regionale sentre, som satses ekstra på gjennom opplæring i veteranspesifikk kompetanse, ekstra midler og jevnlig kursing. Terapeutene bør ha et nasjonalt, sosialt og faglig fellesskap, og følges opp med veiledning. Det bør satses inngående på implementering, med vekt på å motivere flere til å holde på stillingene sine over tid. Etter noe

videre forbedring av vår gruppebehandling kan det vurderes om miljøene gis mulighet til å videreføre dette tilbudet. Organiseringen, kursingen og oppfølgingen kan forankres hos RVTS-ene.

Før en slik modell realiseres, bør Helse- og omsorgsdepartementet utpeke en bredt forankret arbeidsgruppe som utreder hvordan disse endringene best kan gjøres. Det bør også undersøkes om det foreligger andre, bedre løsninger.

SKREDDERSYDD BEHANDLING

Ved Moss DPS har tre psykologer fått opplæring innen spesifikk veterankompetanse. Veteranene får standard utredning, pluss screening for moralsk skade. Den særskilte kompetansen er nyttig for å forstå kontekst for utviklingen av vansker. Vi erfarer at mange veteraner søker seg til oss fordi de har hørt at vi har etablert et eget fagmiljø. Det ser ut som at denne uttalte prioriteringen kommuniserer anerkjennelse og respekt. Som terapeut er det meningsfullt å se hvor lite som egentlig skal til.

Ved problemstillinger som eksempelvis uttalt rusavhengighet overføres veteranene til andre med spesialkompetanse. Det vurderes om pasienten kan nyttiggjøre seg gruppebehandling for veteraner. Inklusjon baseres på en vurdering av at utenlandstjeneste sannsynligvis har bidratt negativt til vedkommendes psykiske helse. Gruppeinkludering krever ingen spesifikk diagnose, her er variasjonen stor. Gruppen starter med psykoedukasjon under overskriften «Hva avgjør hvordan tjenesten påvirker videre psykisk helse?». Her gis innsikt i kompleksiteten i hvorfor noen utvikler vansker. Det gjøres tydelig at det at de har gjennomført utenlandstjenesten, er én brikke i et større puslespill. Når veteranene likevel er invitert til en egen gruppebehandling basert på denne ene puslespillbrikken, er det fordi vi ser at dette har flere fordeler. Vi imøtegår gjentagende kritikk mot offentlig helsevesen, hvor veteranene oppgir at de ønsker å møte

noen som forstår det de har vært med på. De reduserer hverandres skam på en måte få terapeuter kan oppnå. Terapeutene forsterker verdier de allerede identifiserer seg med, som kameratstøtte, utholdenhet og styrke.

STERK IDENTITET

Med behandlingen ønsker vi å møte veteranene på den sterke veteranidentiteten mange fortsatt har. Det kan innvendes at vi med dette øker risikoen for å sementere veteranidentiteten ytterligere: for passivisering og sykeliggjøring. Vår erfaring er imidlertid at denne identiteten står sterkt hos veldig mange uansett. Ved å møte veteranene der de er, kommer vi i en reell terapeutisk posisjon. Senere brukes posisjonen blant annet til å problematisere slagsidene ved nettopp en fastholdt veteranidentitet.

Gruppebehandlingen innbefatter psykoedukasjon, samtale og eksponering. Alle går også i individuell terapi. Her vurderes hvilken metodikk som synes mest nyttig, for eksempel EMDR eller ISTDP. Vi har altså ikke forsøkt å etablere noen *spesialisert* behandling for veteraner, men satt sammen etablerte intervensjoner på en ny måte, med sikte på å øke innsøkingen. Tilbudet utgjør ingen ferdig etablert «modell». Vi er i en prosess med utprøving og evaluering av ulike grep som kan øke innsøking og resultater av behandling. Så langt har vi fått gode tilbakemeldinger og et økende antall veteraner henvist til oss, også gjennom fritt sykehusvalg.

EN VEI VIDERE

RVTS ved Tone Bovim hevder at en regional modell ikke er forenlig med prioriteringsveilederen. Men at fem DPS-er forsterkes, er ikke det samme som at veteraner skal prioriteres til disse tilbudene uavhengig av prioriteringsveilederen. Bovim siteres også på at *«veteraner skal ha samme rett til spesialisert behandling for sine plager i sitt nærområde som andre pasienter»*. De har allerede denne retten. Men hva er dette verdt, når så få søker hjelp? At fem DPS spesialiserer seg på det spesifikke ved veteraner, vil på ingen måte utelukke at en veteran også kan søke seg til hvilket som helst DPS i landet. Det er generelt uklart i hvilken grad RVTS deler vår vurdering av dagens situasjon. Har det blitt gjennomført evalueringer av tiltakene med endring av tjenestene som endepunkt, sett sammen med veteranenes egne opplevelser? Det hadde vært nyttig å få en større innsikt i deres analyse, inkludert forslag til forbedring det kunne vært rom for innen deres rammer, på lengre sikt. Vi er kjent med at innholdet i kurset for leger og psykologer nylig ble endret, og at flere miljø var involvert. Det bør likevel drøftes igjen i hvilken grad Forsvarets egne spesifikke metoder prioriteres, all den tid behandlerne på kurset jobber i offentlig psykisk helsevern, hvor de fleste veteranenes skal behandles. Dette synes også å være mer i tråd med RVTS' vektlegging av at veteranene skal få samme hjelp som andre, uavhengig av veterantilhørigheten.

Uansett innhold i disse kursene er vår vurdering at dette tiltaket ikke lenger kan stå alene. Vi må tenke nytt for å sikre reell endring av tjenestene. RVTS har andre kompetansehevingstiltak med omfattende opplegg og oppfølging over tid for å sikre implementering. Kan lignende tiltak vurderes når det gjelder dette feltet, om ikke RVTS kan støtte en regional modell? Dette synes å være i tråd med RVTS sitt strategiske mål for perioden 2022–2025: *«Vi skal prioritere samarbeid med tjenester som ønsker å arbeide systematisk med kvalitetsutviklingsarbeid innen våre spisskompetanseområder.»*

Kanskje kunne en løsning være å satse mer fokusert på enkelte interesserte miljøer, men flere enn fem DPS-er? ❌



Det er generelt uklart i hvilken grad RVTS deler vår vurdering av dagens situasjon

Derfor trenger vi tvang i psykisk helsevern

Riktig bruk av tvang overfor en pasientgruppe som ellers vil kunne gå til grunne, er en samfunnsplikt.



TEKST Wenche Ten Velden Hegelstad, førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger, Jone Ravndal Bjørnstad, professor ved Universitetet i Stavanger, begge TIPS Senter for Klinisk Psykoseforskning, Stavanger Universitetssjukehus

TVANG I PSYKISK HELSEVERN

DEBATTEN OM TVANG i psykisk helsevern handler ikke egentlig om tvang. Den handler om muligheten til å etablere stabil langvarig behandling av de aller sykeste. En stat er ikke bedre enn hvordan den tar seg av sine svakeste. De som i dag får den mest stabile oppfølgingen i psykisk helsevern, er personer som har fått en dom til *tvungent* psykisk helsevern. Det er ikke vanskelig å argumentere for at det da allerede er for sent.

NEDBYGGING AV DØGNBEHANDLING

Det har foregått en gradvis nedbygging av sengeplasser i psykisk helsevern de siste 20 årene. Nå er tiden inne for å stå på barrikadene for en opptrapping. Vi viser til stortingsvedtak av 25.02.2021: «Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern» og «Stortinget ber regjeringen gjennomgå tilgjengelig kapasitet og behov innen psykisk helsevern, med sikte på å øke døgnkapasiteten i tråd med behovet».

I vårt eget opptaksområde (Rogaland) har befolkningen siden 2007 økt med 25 %, mens antall liggedøgn i sengepost siden er redusert med 43 %. Det er imidlertid lite som tyder på tilsvarende nedgang i psykisk sykkelighet. Flere alvorlig psykisk syke begår voldshandlinger, og flere personer blir dømt til psykisk helsevern.

Nedbyggingen av sengeplasser innebærer færre og dårligere muligheter til å gripe inn tidlig med god nok behandling av de sykeste. Såkalt medisinfrie og dårlig evaluerte behandlingsformer, som er billigere enn en tiltrengt opprustning av psykisk helsevern, har fått vokse frem, mens døgnkapasitet har minsket.

SAMTYKKE

Personer med psykose vil ofte være uenig i at de trenger behandling. De mangler sykdomsinnsikt.

Lovforslaget til Tvangsbegrensningsutvalget vil heve terskelen for å få hjelp for disse aller sykeste dersom det blir vedtatt. Politikere vil i sitt forsøk på å gjøre psykisk helsevern mer humant og mer menneskevennlig oppnå det motsatte: Det blir mye vanskeligere å organisere hjelp og behandling til dem som trenger det aller mest. Grunnen er blant annet at det såkalte behandlingskriteriet foreslås fjernet. Tvangsbegrensningsutvalget foreslår at kun et farekriterium skal gjelde. Det vil si at tvungent psykisk helsevern kun kan iverksettes dersom den syke ikke greier å vurdere behov for behandling selv og i tillegg er til fare for seg selv eller andre. I NOU 2019: 14 (Boks 25.1 s. 540) heter det: «Nærliggende og alvorlig risiko for personens liv eller vesentlig helseskade gjøres til gjennomgående vilkår.»

Det gir ikke mening å koble behandlings- og farekriterium fra hverandre på denne måten. Risiko for vold øker med varighet av ubehandlet psykose, spesielt i kombinasjon med rus. Pasienter må ved alvorlige symptomer, manglende sykdomsinnsikt og rusmisbruk kunne ha mulighet for å bli skjermet for rus og få behandling. Dette vil ofte kreve innleggelse på lukket sengepost, også selv om pasienten ikke er motivert der og da.

KUNNSKAPSLØST OG RETNINGSLØST

Politikken har vært både kunnskaps- og retningssløs. Lovendringen av 2017, med innføring av samtykkebegrepet i psykisk helsevernloven, fremstår dårlig gjennomtenkt. Uten at en med sikkerhet kan fastslå noen årsakssammenheng, kan en konstatere at det har vært en *økning* av antall og andel innlagte til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i etterkant av endringen. Det var i alle fall ikke intensjonen. I vår avdeling har kravet om samtykke hatt som følge at flere psykisk syke som ikke var samtykke-

kompetente, men likevel ønsket behandling, ikke ble lagt inn, men ble re-henvist på tvungen paragraf. Det er videre mye som tyder på en økt andel re-henvisninger: Personer som gjenvinner samtykkekompetanse på grunn av god behandling, skrives ut, men kommer inn igjen på tvang, erfaringsmessig fordi de ble skrevet ut for tidlig. Upubliserte tall fra Helse Stavanger fra 2017–2019 viser foreløpig at re-innleggelse på tvungen paragraf var mer langvarige enn førstegangsinnleggelse. Vi skaper svingdørspasienter.

HVEM ER DET POLITIKERNE HAR HØRT PÅ?

Politikere har hørt brukerstemmen i debatten om tvang i psykisk helsevern. Det er bra. Spørsmålet er bare *hvilken* brukerstemme en har gitt øre til. Vi vet for eksempel at mange av de sterkeste brukerstemmene representerer andre pasientgrupper enn personer med de alvorligste psykose-lidelsene. Dette er nemlig ikke en gruppe som står på barrikadene eller roper høyt. Dette er personer som ofte har lav innsikt i at de er syke, og som i mange tilfeller også ruser seg. Faktorer som når de eksisterer samtidig, gir økt voldsrisiko og dårlig prognose. Godt blandet med diskusjonen om tvang er diskusjonen om medisinfri behandling. Det har i flere fora blitt påstått at det har blitt gjort studier som viser at behandling uten medisiner er like bra eller bedre enn behandling med medisiner.

Da er det et viktig poeng å få med seg at de få gode langtidsstudiene som er gjort på nedtrapping av medisiner, har inkludert personer med god prognose i utgangspunktet; de var i remisjon før medisinreduksjonen. Medisindosen ble også svært sjelden redusert til ingenting, men til lavest mulige dose. I tillegg er de såkalte medisinfrie tilbudene evaluert med forskningsdesign som holder veldig lav vitenskapelig standard. Feilinformasjon om dette kan ha svært negative konsekvenser og har allerede satt sitt preg på debattene. Politikere er nødt til å lytte til fagfolk som har høy faglighet og integritet, de må lese forskning kritisk og lytte til relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner, politi og beredskap. De må lytte til dem som faktisk kjenner hvor skoen trykker. En kan lure på, slik rettspsykiater Randi Rosenqvist også har sagt, om politikere vet hvor psykisk syke noen faktisk kan bli.

SANKSJONERE ELLER ENDRE

Til slutt kan en spørre seg hvorfor det er slik at en i stedet for å undersøke i hvor stor grad ulovlig eller unødvendige innleggelse til tvungent psykisk helsevern gjennomføres, velger å endre loven. Ingen er *for* ulovlig eller unødvendig bruk av tvang. Men tvang brukt på riktig måte for en pasientgruppe som ellers kan gå til grunne, er en samfunnsplikt. ✕



Politikere vil i sitt forsøk på å gjøre psykisk helsevern mer humant og mer menneskevennlig oppnå det motsatte



Overser pårørende ved vedtak om tvang

Ifølge lovverket skal pårørende involveres før det fattes vedtak om iverksetting eller opphør av tvang. Det fins mange eksempler på at det ikke skjer.



TEKST Gudrun Wiik Larsen, pårørende og sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid

TVANG I PSYKISK HELSEVERN

JEG REISER SPØRSMÅL ved hvorfor berørte pårørende ikke var med i Tvangsbegrensingsutvalget. Jeg spør meg også hvorfor ikke pårørende som sitter med viktige opplysninger, blir lyttet til når vi står på døra til legevakt, lege og sykehus med våre behandlingstrengende nærstående. Som pårørende er det vanskelig å akseptere at alvorlig psykisk syke i så stor grad får bestemme selv om de vil ha hjelp, spesielt der erfaringer har vist at mange ikke tar imot hjelp frivillig.

Det er urealistisk å forvente at folk som selv ikke ser eller forstår de er syke og trenger hjelp, tar imot hjelp.

EN MENNESKERETT Å FÅ HJELP SOM SYK

Tilsynelatende har motstandere av nødvendig bruk av antipsykotiske medisiner og tvang vondt for å ta inn over seg at en del av symptombildet hos mange psykoserammede er at de ikke forstår at de er syke. Fra mitt ståsted er det ikke forsvarlig helsehjelp å nekte å gi hjelp til psykoseram-

mede som ikke forstår at de trenger hjelp. Det er omsorgssvikt å la alvorlig syke mennesker gå til grunne under dekke av å ivareta menneskerettighetene. Det må være en menneskerett å få hjelp når man er styrt av en sykdom der man tar valg som man som frisk ikke ville tatt. Det er større belastninger for mange med stadig korte og hyppige tvangsinnleggelser enn at de etter innleggelser står poliklinisk på tvang med medisinerings over tid. Slik kan unødvendig tvangsbruk og unødvendige belastninger for berørte reduseres.

Som pårørende er det vondt å se når tvang og medisiner oppheves der medisiner har effekt, fordi behandlingstrengende oppgir å ta medisiner frivillig, men likevel unnlater å gjøre det.

Nødvendig bruk av tvang må forstås i et omsorgsperspektiv, og det må tilbys pasienter samtaler om de belastninger mange opplever ved bruk av tvang.

BELASTNINGER VED FRAVÆR AV HJELP

Det er urimelig at hjelpen i altfor stor grad og til enhver tid styres av hvorvidt personer er samtykkekompetente. Min erfaring som ansatt i ROP er at mange syke opplever det mindre pasientvennlig og mer krenkende å bli stemplet som ikke samtykkekompetent enn å bli klassifisert som behandlingstrengende.

Som pårørende er det en stor påkjenning å vente på at våre nære må bli så syke at de ikke lenger er i stand til å tildekke psykosesyntomene, før hjelp settes inn. Eller at det ikke lenger er tvil om mangelen på samtykkekompetanse. Fravær av tiltrengt hjelp oppleves ofte som langpining fra den syke selv.

Det er uforståelig at personer som har hatt god effekt av antipsykotiske medisiner tidligere, får gå altfor lenge med ubehandlede psykoser. I slike situasjoner slipper mange syke heller ikke oppfølgende instanser inn på seg, noe som innebærer mer oppfølgingsansvar og ekstra byrder for pårørende. Når psykoserammede skjærer seg og tildekker symptomer, kan det bli problematisk for involverte i helsetjenesten å komme i posisjon til å vurdere hvorvidt vedkommende oppfyller kriteriene for tvangsinnleggelse. Da er det nyttig at den som vurderer pasienten, inkluderer komparentopplysninger eksempelvis fra pårørende, samt relevante opplysninger fra pasientens journal over behandlingshistorikk.

Pårørendes syn skal involveres i beslutninger om tvang (Helsedirektoratets Pårørendeveileder 2017). Som langvarig pårørende har jeg gått mange runder før den syke får tiltrengt hjelp. Ennå blir ikke pårørende som sitter med viktige opplysninger, lyttet til når vi står på døra til legevakt, lege og sykehus med våre behandlingstrengende nærstående. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven skal pårørende bli kontaktet og pårørendes syn på tvang tas med i vurderingen før opphør/iverksetting av tvang besluttet. Det varierer hvordan det blir ivaretatt. Ofte blir det en ren informasjonssak fra vedtaksansvarlig til pårørende, når beslutning allerede er tatt og pasienten allerede er informert om utskrivelse og/eller opphør av tvang. Noen ganger blir ikke pårørende informert engang, men får vite det ved en tilfeldighet, gjerne av pasienten. ✕



Det er omsorgssvikt å la alvorlig syke mennesker gå til grunne under dekke av å ivareta menneskerettighetene

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

Når fagetikken strekkes

Med grunnlag i studien «*Someone should have looked after us*» vil jeg oppfordre Fagetisk råd til å vurdere Peder Kjøs' arbeid i «Jeg mot meg» opp mot Etske prinsipper for nordiske psykologer.

TEKST

Haldor Øvreide,
psykologspesialist

JEG MOT MEG

PSYKOLOGERS FAGETIKK BYGGER på to grunnleggende premisser som skal gjennomsyre alt psykologfaglig arbeid. For det første gjelder fagetikken i all virksomhet hvor en bekjenner seg som psykolog. For det andre er fagetikkens kjerneverdi å ivareta individets rettigheter og verdighet (Etske prinsipper for nordiske psykologer – EPNP). Teksten i EPNP skal bidra til å skjerpe psykologens etiske aktsomhet på de særlige utfordringene som følger av psykologens rolle.

I Psykologtidsskriftets mainnummer stiller Anne-Kari Torgalsbøen spørsmålet: «*Hvor ble fagetikken av?*» Det refererer til Peder Kjøs sitt arbeid i TV-serien «Jeg mot meg». Kjøs kommenterer hennes spørsmål i samme nummer. Torgalsbøens tekst og Kjøs' kommentar åpner en betimelig diskusjon om ansvaret psykologer har når de bidrar til at personers private erfaringer blir brukt til allmenn opplysning og underholdning: til «infotainment». En mediasjanger med uklare grenseganger hvor det er opp til seeren om det er til informasjon og bekreftende støtte, eller om det er underholdning og «kikking». Det er bare synd at det i dette tilfellet måtte en sosiologisk studie til – «*Someone should have looked after us*» (Thorbjørnsrud & Blehr Lånkan, 2022) – for å påvise at det kan reises svært relevante fagetiske spørsmål rundt ansvarligheten ved den type psykologfaglig deltakelse som det var i den TV-serien. Derfor må diskusjonen i etterkant av denne studien ha et videre perspektiv på

det ansvaret som våre snakke- og skrivevillige kollegaer har som «infotainere» i dagens mediebilde. All anerkjennelse for dem som påtar seg slike oppgaver, men som psykolog gjelder fagetikken fullt ut. Nettopp fordi deres virksomhet også presenterer hva psykologfaget står for, så er det også en kollegial forpliktelse at arbeidet står på trygg fagetisk grunn.

PSYKOLOGFORENINGENS OMDØMME

Torgalsbøens spørsmål er egentlig rettet til Norsk psykologforening, og handler om foreningens forhold til Peder Kjøs sitt arbeid. Hennes forsøk i 2019 på å ta opp spørsmålet med Fagetisk råd (FER) førte ikke frem da. Psykologforeningen har også gitt Skardprisen til Kjøs for hans arbeid (2016), selv om den ikke var koblet utelukkende til denne serien. Med den nevnte studien har Fagetisk råd (FER) nå grunnlag til å konkret vurdere Kjøs' arbeid i «Jeg mot meg» opp mot Etske prinsipper for nordiske psykologer. Det forutsetter jeg at FER gjør, og at rådets vurdering blir gjort offentlig til veiledning for oss andre. FER kan ta opp saker på eget initiativ. Men hvis det kan være til hjelp, så kan FER oppfatte dette innlegget som en klage som kan brukes for å åpne en slik sak. Det beste ville imidlertid være om Psykologforeningens sentralstyre ber FER om å gjøre en slik vurdering, ut fra at foreningen indirekte har applaudert et arbeid som kan være i strid med EPNP. Dette er ikke for å «ta» Peder Kjøs, men for å rette opp Psykologforeningens omdømme som en fagetisk ansvarlig profesjon.

Det har offentlig interesse at FER gjør en slik konkret vurdering. Det har betydning for hvilke forventninger offentligheten kan ha til hvordan psykologer forstår sitt selvstendige ansvar for enkeltindividet. Peder Kjøs har fått imøtegå kritikken som reises av Thorbjørnsrud og Blehr Lånkans studie, både i Aftenposten, Morgenbladet, Psykisk helse og her i Psykologtidsskriftet. Ut fra hvordan jeg leser hans ulike innlegg, er



Dette er ikke for å «ta» Peder Kjøs, men for å rette opp Psykologforeningens omdømme som en fagetisk ansvarlig profesjon

det en argumentasjon for at psykologers fagetikk må kunne strekkes. Åpenhet gjøres til en verdi som må kunne overstyre andre hensyn, og psykologers arbeid må kunne vurderes opp mot andre, og gjerne mer «romslige» etiske normer, som f.eks. pressens «Vær varsom-plakat». Ikke ett sted refererer han til formuleringer i psykologers fagetikk som skulle legitimere det psykologfaglige arbeidet i «Jeg mot meg». FER har så langt unnlatt å gå inn i saken, og foreningen har offisielt unngått å kommentere Kjøs sitt arbeid med serien. Dette, kombinert med den offentlige argumentasjonen Kjøs fører, forsterker inntrykket av at Psykologforeningen går god for at psykologers fagetikk kan tøyes og underordnes andre profesjoners verdsett. Profesjoner som har andre samfunnsoppdrag, og derved andre aktsomhetsområder enn psykologer.

RESSURSGRUPPE

Dette inntrykket må rettes opp, og det er et tema for Sentralstyret å se til. Er det, slik Torgalsbøen tok opp med FER i 2019, og gjentar nå i sitt innlegg, tid for å gjennomgå om den fagetiske teksten «er i tråd med tidsspesifikke utfordringer»? Jeg tror den grunnleggende teksten i store trekk står seg. Prinsippene er der, og de er tydelige. Men denne saken viser at prinsippene kanskje overses og ikke blir brukt fordi de hindrer utformingen av velmente oppdrag. Oppdrag som kan ha mange gode sider ved seg, men på bekostning av hva? Den gode intensjon er alltid en etisk problematisk begrunnelse (Øvreeide, 2013). Aktiv bruk av EPNP kunne gitt Kjøs veiledning i dette. Men det hadde kanskje endret eller begravd prosjektet som ikke fagetisk bærekraftig.

Selv om prinsippene står seg, så viser denne saken at det er behov for en proaktiv overvåking av og oppmerksomhet på tidsaktuelle dilemmaer som oppstår når psykologer beveger seg inn på nye arbeidsområder og opptrer på ulike plattformer. FER vurderer først og fremst saker som er historiske – «gjort er gjort», men FER kan også gi medlemmer råd i vanskelige dilemmaer. Det er tydeligvis ikke nok. I tråd med Torgalsbøens spørsmål om EPNP er tidsrelevant, så vil jeg utvide spørsmålet med et forslag om at foreningen etablerer en egen ressursgruppe som overvåker profesjonens fagetiske standard, og som kan ta opp temaer og kan styrke medlemmene i å være etisk aktsomme. En slik ressursgruppe må gjerne ha kobling til utdanningsinstitusjonene. Det kan bedre kan-

didatenes etiske forståelse av sin samfunnsoppgave når de blir medlemmer av Psykologforeningen. Det kunne også inspirere universitetene til forskning som er relevant for psykologers fagetiske bevissthet, slik studien «*Someone should have looked after us*» forbilliglig gjør. Den utfordringen gir jeg både til Torgalsbøen og Kjøs med flere.

ÅPENHET SOM UREFLEKTERT MANTRA

Til slutt en kommentar om åpenhet. Ja, det lukkede, taushetsbelagte rom kan være en plass for illegitim maktutøvelse hvor skam og selvevaluerende tanker reproduseres. Men åpen med hvem? Åpenhet som et ureflektert mantra kan bidra til en forventning om at å blottlegge seg er frigjørende og skamreducerende. Alle med rimelig innsikt i relasjonelle prosesser vet at åpenhet kan være et risikofyllt og tveegget prosjekt. Det er et stort sprang mellom åpenhet som gir trygghet, anerkjennelse og omsorg i det nære (lokale) nettverket, og det å samtidig bli objekt for en diffus offentlighet uten mulighet til å selv overse konsekvensene, deri hvordan det påvirker nære relasjoner.

Om jeg åpner meg i et offentlig rom, så eksponeres ikke bare jeg, men også mine nærmeste. Disse usynlige «tredje ansikter» vil uvilkårlig oppleve seg eksponert, i sitt nettverk, med det spekteret av følelser – stolthet, skyld og skam – som måtte følge av at jeg viser meg fram. Å åpne meg trygt forutsetter at de som jeg ønsker skal ta imot min åpenhet, samtidig er i stand til å gi meg den valideringen, anerkjennelsen og tryggheten jeg trenger. For å utforske om den tryggheten er der, eller for å bistå til at slik trygghet oppnås, det vil jeg gjerne ha en psykologs hjelp til å finne ut av. Vil jeg likevel åpne meg for en offentlighet og vise mine styrker og svakheter, gjerne for at andre skal kunne identifisere seg med mitt liv, så er det mitt prosjekt – fuck de som sviktet meg! Det trenger jeg ikke psykologens hjelp til. Det er en sjanse jeg må ta selv. Men psykologen må gjerne være tilgjengelig om jeg enda en gang gikk på trynet. ✖

REFERANSER

- Kjøs, P. (2022). Streng lesning av interessant forskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 404–405.
- Norsk psykologforening (2007). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*.
- Thorbjørnsrud, K. & Blehr Lånkan, K. (2022). «Someone should have looked after us»: the boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture and Society*.
- Torgalsbøen, A. K. (2022). «Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5), 388–391.
- Øvreeide, H. (2013). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm Akademisk.

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14. har Fagetisk råd fått anledning til samtidig imøtegåelse av innholdet i Haldor Øvreeides innlegg «Når fagetikken strekkes». Imøtegåelsen står på side 582. Også Peder Kjøs og Norsk psykologforening har fått tilbud om samtidig imøtegåelse.

FERs svar til Haldor Øvreeide

FER kommer ikke til å kommentere saker som gjelder enkeltpsykologer som er eller har vært til behandling.



TEKST Maria Løvvik
Norheim, leder i
Fagetisk råd, Norsk
psykologforening

JEG MOT MEG



FER kommer ikke til å kommentere saker vi har eller har hatt til behandling, og som gjelder enkeltpsykologer

MED GRUNNLAG I studien «Someone should have looked after us» oppfordrer Haldor Øvreeide Fagetisk Råd (FER) til å vurdere Peder Kjøs' arbeid i «Jeg mot meg» opp mot Etsiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP), samt offentliggjøre rådets vurdering for veiledning til andre.

FER kommenterte saken innleggene tar utgangspunkt i, på generelt grunnlag i Morgenbladet, 31.03.22. FER har for øvrig også kommentert og gitt råd om psykologers opp-treden i media gjennom flere innlegg i Tidsskrift for Norsk psykologforening (Vol 58, nr. 3, 4 og 6).

FER understreker at de fagetiske retningslinjene gjelder i slikt psykologfaglig arbeid som er beskrevet i Morgenbladets artikkel. Videre at psykologer bærer ansvaret for å kontinuerlig gjøre fagetiske vurderinger og håndtere konsekvensene knyttet til et gitt psykologfaglig oppdrag de utfører.

De fagetiske prinsippene skal gjelde i mange ulike arbeids- og faglige situasjoner og skal helst stå seg over noe tid. De er derfor utformet som prinsipper og ikke et sett detaljerte atferdsregler. Psykologer må gjøre øvelsen det er å kontinuerlig anvende prinsippene i sin praksis. Det fordrer refleksjon og fleksibilitet fra psykologers side. Fagetiske hensyn må ses opp mot faglige føringer og andre rammebetingelser.

Øvreeide tar til orde for at FER med bakgrunn i sakens omtale i mediene åpner en fagetisk klagesak overfor Kjøs, og at resultatet av en slik behandling offentliggjøres. Oppfordringen om å føre en fagetisk klagesak mot en navngitt psykolog i all offentlighet er ikke noe FER kan etterkomme. FER har i tråd med det landsmø-

tevedtatte reglementet taushetsplikt om saker som behandles. Dette gjelder uavhengig av om saken klages inn eller om rådet tar saken opp på eget initiativ.

FER kommer ikke til å kommentere saker vi har eller har hatt til behandling, og som gjelder enkeltpsykologer. Dette er grunnleggende for medlemmenes tillit til FER og for at den enkelte psykolog skal kunne delta i kontradiksjons- og refleksjonsprosessen som en fagetisk klagesak utgjør. Som medlem av Norsk psykologforening må man forholde seg til muligheten av å bli klaget inn til FER. Når FER åpner en klagesak, er målet med prosessen refleksjon og læring. Innklagede psykologer har samme rett på konfidensiell behandling av en klage, uavhengig av hvor offentlig kjent og profilert vedkommende er, eller om saken det gjelder, allerede er offentlig omtalt.

Konklusjoner i klagesaker offentliggjøres på Norsk psykologforenings hjemmeside i den grad de er mulige å anonymisere, slik at vurderingene kan være til nytte for psykologstanden for øvrig. Vi er godt kjent med muligheten av å melde klagesaker på eget initiativ, og benytter oss jevnlig av dette.

FER støtter et videre søkelys i foreningen på temaet, og bidrar gjerne til arbeidet. ✕

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14. har Fagetisk råd fått anledning til samtidig imøtegåelse av innholdet i Haldor Øvreeides innlegg «Når fagetikken strekkes» på side 580

AKTUELT: NY FORENING

Norsk forening for Allmennpsykologi

Høsten 2021 ble Norsk forening for Allmennpsykologi (allmennpsykologiforeningen) stiftet.

Foreningen er for psykologer som er interessert i allmennpsykologi, et likt helsetilbud for alle og et godt behandlingstilbud i kommunene.

I styret sitter psykologrepresentanter fra kommuner i Nordland, Troms, Agder, Viken, Buskerud og Trøndelag. Noen jobber med barn og familier, andre med voksne eller rus.

Målet for foreningen er å utvikle fagfeltet allmennpsykologi, som fortsatt er ganske nytt. Mange av psykologene som arbeider på feltet, har mange spørsmål til den faglige utførelsen av allmennpsykologisk praksis. Allmennpsykologiforeningen arbeider med

å dele gode verktøy, beskrivelser og tekster som kan være til hjelp for fagutøvelsen. Slik ønsker foreningen å bidra til at kommunale tilbud blir bedre bygget ut og mer allment tilgjengelig. Å fremme modeller for distriktsvennlige løsninger er blant allmennpsykologiforeningens virkeområder.

1. juni avholdes foreningens første årskonferanse på Gardermoen med tittelen «Allmennpsykologisk praksis: Muligheter og handlingsrom i en kommunal hverdag».

Anne-Kristin Imenes er leder av Norsk forening for Allmennpsykologi. Mer informasjon: <https://allmennpsykologi.no/>

AKTUELT: NY DOKTORGRAD

Bedre kartlegging av kognitive vansker ved schizofreni

Rune Raudeberg disputerte 20.5.2022 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Improving the Methodology for Assessing Cognitive Impairment in People with Schizophrenia Spectrum Disorders».

Omtrent 75 % av dem som rammes av schizofrenilidelser, får plagsomme kognitive vansker, særlig konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Rundt 40 % får også vansker med å ta initiativ og får redusert evne til å engasjere seg. Slike vansker er viktig å ta hensyn til i planlegging av behandling og i tilbakeføring til arbeid eller utdanning. Helsedirektoratet har derfor anbefalt at alle som rammes av schizofrenilidelser, bør få tilbud om kartlegging av kognitive vansker. For at alle som trenger det, skal få et slikt tilbud, trengs det kartleggingsmetoder som kan utføres raskt og enkelt, og som samtidig gir et nøyaktig mål på hvor store vanskene er.

Raudeberg har undersøkt nytteverdien og nøyaktigheten av en ny nevropsykologisk undersøkelsesmetode, som kan utføres på bare 20-30 minutter. Denne metoden ble brukt til å måle konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer i et stort utvalg av unge mennesker med schizofrenilidelser.

Statistiske analyser viste at undersøkelsesmetoden ga nøyaktige og pålitelige resultater hos 95 % av deltagerne. Selv om over 50 % rapporterte store vansker med initiativ og motivasjon, ble ikke testresultatene nøyaktighet påvirket. Undersøkelsesmetoden er godt egnet til å undersøke kognitive funksjoner hos personer med schizofrenilidelser, og kan brukes selv om initiativ og motivasjonsevne er betydelig redusert.

Raudeberg tilpasset også en analysemetode opprinnelig utviklet i USA til norske forhold. Analysemetoden kan nå brukes i Norge, og gjør at kognitive vansker hos personer med schizofrenilidelser kan måles enklere og raskere, og samtidig mer nøyaktig. Dette gjør at behandling og rehabilitering til utdanning eller arbeid bedre kan tilpasses den enkeltes kognitive vansker.

FOTO: JØRGEN BARTH, UNIVERSITETET I BERGEN



Kilde: Universitetet i Bergen



ANMELDT: BOK

Nestorens 6 essays og 6 bud til ledere

Nestoren i norsk organisasjonspsykologi, Paul Moxnes, demonstrerer sin ekspertise innen mytekneking og avliving av lettvinde perspektiver på ledelse og utvikling av ledere.



BOK *Organisasjonspsykologi. Essays for ledere*

FORFATTER

Paul Moxnes

ÅR 2022

FORLAG Cappelen

Damm Akademisk

SIDER 175

ANMELDT AV

Jens R. Jenssen

DET ER POPULÆRT å komme med bud til ledere. Moxnes hiver seg på trenden og leverer 6 essays med tilhørende 6 bud for ledere i sin nyeste bok *Organisasjonspsykologi. Essays for ledere*. I essayene som følger budene, øser Moxnes av sin omfattende akademiske og praktiske erfaring og innsikt. I tillegg krydrer han med personlige og spenstige meningsytringer.

Essay 1 understreker betydningen av erfaringslæring og munner ut i det første bud, «lær av erfaring», som står over alle de andre budene. Ledere må lære av erfaringen, og det raskt. Essay 2 omhandler uforutsigbarhet og kaos, og det andre budet lyder «det er ingen skam å tenke kritisk». Moxnes' store inspirasjonskilde her er den kjente økonomen og ledelsesprofessoren Ralph Stacey, som er en av de viktigste bidragsytere i kompleksitetsvitenskapen. I essay 3, «Krakk og havari», som ender i budet «det er mye å lære av det forgangne», gir Moxnes en oppsummering av sin egen forskning på bankkrisen på 80-tallet og hva den viser om sammenhengen mellom økonomiske og psykologiske variabler. I essay 4, «Fantasiens betydning», som gir budet «ikke

glem å drømme», viser Moxnes hvilken kraft fantasien, ønsketenkningen og magesfølelsen representerer. Moxnes nevner flere eksempler, men jeg savner en henvisning til Steven Jobs, grunnleggeren av Apple, som av mange regnes som beviset på fantasiens og magesfølelsen iboende kraft. I essay 5, «Konsulentene kommer», som ender i budet «stå opp for deg selv», tar Moxnes et oppgjør med den uprofesjonelle og naive bruken av konsulenter. Organisasjons- og ledelsesfeltet er et eldorado for konsulenter. Mange tjener mye penger på gode som dårlige råd. Moxnes er en konsulentdødare av rang. Han gir mange treffende eksempler på hvor amatørmessig – for ikke å si lettlurt – ledere ofte er i sine innkjøp av denne typen rådgivere. Moxnes' drepende analyse av hvordan Direktoratet for forvaltning og IKT gjennomførte evaluering av et omfattende lederutviklingsprogram de leverte til den norske stat, er interessant lesning og viser hvor galt det kan gå. I det siste essayet «No nonsense: fakta og forutsigbarhet i ledelse», som resulterer i budet «ledelse er ikke en profesjon, ledelse er ikke en vitenskap. Ledelse er en jobb, en stilling, praksis, en rolle», gir Moxnes en kritisk

og pedagogisk gjennomgang av de ulike ledelsesteoriene. Dette budet er en svært god oppsummering av ledelsesforskningen og stemmer godt med mine egne erfaringer fra en lang rekke organisasjoner.

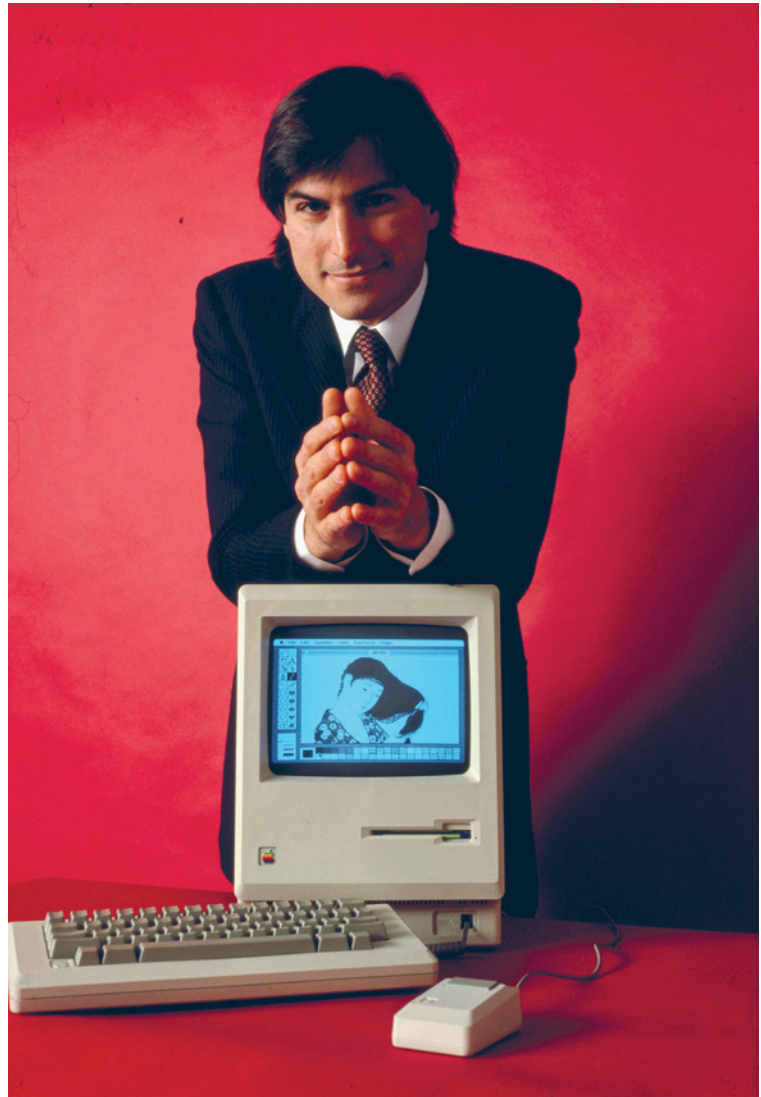
Moxnes' bud er neppe dårligere eller bedre enn det andre har kommet med. Men hva skal budene føre til – bedre ledelse, et bedre ekteskap, eller rett og slett til et rikere liv i videre forstand? Moxnes er selvfølgelig smart nok til ikke å falle i den fellen å være tydelig på målene med budene. Han stiller spørsmålene og gir deg en kontekst, men leseren må selv bestemme målene for hva budene skal brukes til.

Moxnes skriver godt – til tider på høyde med de beste skjønnlitterære forfattere. Det er ikke mange professorer som gjør det. Hans selvbiografiske passasjer er treffende flettet inn og vitner om selvinnsikt, men også om selvironi: «Som universitetsansatt var jeg en katt (...) Jeg hadde høy haleføring (...) og Skolen (BI) hadde lagt strategiske planer som for meg ble et halsbånd (...)», er noen treffende eksempler av mange. Jeg-formen fungerer bra. Moxnes har forfattet flere fagbøker hvor han har basert arbeidene tungt på referanser og kildehenvisninger til forskning. I denne boken har Moxnes fristilt seg og går lenger i det selvbiografiske og med egne meningsytringer enn han har gjort i tidligere bøker. Han sier i innledningen at det er noe han har drømt om å gjøre lenge. Men jeg opplever at Moxnes ikke er i mål – ennå. I neste bok blir det forhåpentligvis enda mer selvbiografi og knivskarpe og utfordrende meninger.

Moxnes har vært både professor og ledelses- og organisasjonsrådgiver. Han innrømmer at det har vært en vanskelig balansegang. Hvilke dilemmaer han har kommet opp i, hvordan han har funnet riktige løsninger, og hva løsningene har bestått i, sier han dessverre lite om.

Bringer Moxnes ny og spennende innsikt til torgs? Det er vanskelig å få øye på det. Kanskje er ikke det meningen heller. Dette er ikke en tung akademisk bok hvor det myldrer av referanser til empirisk forskning og sofistisert teori. Jeg leser boken som en refleksjon over det han tidligere har publisert i bøker og artikler. En slags «end of the story»-bok ispedd noen nye referanser.

Boken bør imidlertid få en bred leserkrets. Selv de som ikke er ledere, vil ha nytte av å lese boken. Dette er en bok for folk flest. ❌



FANTASIDREVEVET LEDELSE Moxnes nevner flere eksempler, men jeg savner en henvisning til Steven Jobs, grunnleggeren av Apple, som av mange regnes som beviset på fantasiens og magefølelsen iboende kraft. Her er Steve Jobs avbildet i 1984. Foto: Bernhard Gotfryd / Library of Congress

”

Moxnes skriver godt – til tider på høyde med de beste skjønnlitterære forfattere

Metapsykologi med mangler

Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men det er noe som mangler i analysene.

TEKST Gunvald Hermundstad

I psykisk helsevern er psykiatri en hegemonisk forståelsesform hvis syndromdiagnostikk og farmakoterapi dominerer praksis. I sin nye bok *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform* argumenterer psykolog Tor-Johan Ekeland for at objektontologi utgjør det epistemologiske for psykiatrisk teori og praksis. Ontologi betyr filosofisk hva virkeligheten er, og epistemologi hvordan vi oppnår kunnskap på forskjellige områder. Ekeland ønsker å bidra til en snuoperasjon på dette feltet, og erstatte «objektivistepistemologiens begrepsarkitektur» (s. 29) med et subjektontologisk kunnskapssyn. Fordi begrepene vi anvender, former oppfattelsen av inntrykk, har valget av synspunkt avgjørende betydning for hvordan vi møter pasienter i det psykiske helsevernet. «En kan ikke behandle psykiske lidelser – en kan bare behandle et psykisk lidende menneske», slår Ekeland fast (s. 13).

Ekeland fremmer i sin meget reflekterte og godt gjennomarbeidete bok subjektontologi som et alternativ til objektontologien. Ekeland beskriver pasientens fortelling om sin livshistorie som en gyldig kilde til kunnskap, men problemer oppstår fordi pasienten har «svakkede forutsetninger for selv å artikulere sin subjektstatus» (s. 21). Gjennom forfatterens språkbruk ser vi at boken er beregnet på studenter og fagfolk, som professoren gjennom en årrekke har undervist i psykologi. Boken henvender seg ikke primært til pasienter, hvis innerste følelser og tanker er vanskelig å sette ord på, både for den enkelte klient og behandlere.

Psykiatrien, i motsetning til mange andre medisinske spesialiteter, mangler biologiske markører på sykdommenes symptomatologi, etiologi, patogenese og prognose, påpeker Ekeland. Psykiaterne har alltid forsøkt å finne en hjerneorganisk forklaring på sinnslidelsene, men klarer ikke konkludere med hva som er årsak eller virkning. Man må i klinisk psykiatri i anamnesen som oftest anvende komparentopplysninger, adferdsobservasjon og lytte til pasientens egen fortelling før man kan sette en diagnose. Forholdet kompliseres ytterligere av at tilsynelatende samme årsak kan gi forskjellig symptomatologi (multifinalitet), og ulike typer bakgrunner gir samme plager (ekvifinalitet). De funksjonelle psykiske lidelser har mange årsaker, hvor vi må ta med i vurderingen både slektenes genetiske belastninger, sosioøkonomiske betingelser, personlighetstrekk, tidlige relasjonsskader, mobbing, traumer, tap og ressursfattigdom. Psykiske symptomer er, som Freud sa det, overdeterminert (*Überbestimmt*).

Helt siden etableringen av psykiatri som egen spesialitet og behandling sinstitusjon på begynnelsen av 1800-tallet har man hatt en løpende diskusjon innad i faget mellom en materialistisk og en mentalistisk retning, mellom naturvitenskap og humanvitenskap, hvor det førstnevnte nevrobiologiske paradigmet har vært dominerende. Den tyske psykiatriprofessoren Wilhelm Griesinger (1861, s. 10–11) fremviste et slikt syn med sitt berømte/berykede utsagn i sin lærebok:

Fordi galskap er en sykdom, nemlig en hjernesykdom, kan det ikke finnes noen annen riktig tilnæringsmåte enn den medisinske. Nervesystemets anatomi, fysiologi og patologi, og hele dets spesielle patologi og terapi, danner for sinnssykelegen [Irrenartz] den mest nødvendige forkunnskapen. Alle ikke-medisinske, især alle poetiske og moralske oppfatninger av galskap, har svært liten verdi for denne gren av forskningen (min oversettelse).

En kort gjennomgang av psykiatriens historie hører med til resonnet hos Ekeland. Psykiatri oppstod på slutten av 1700-tallet som en motsetning til religiøs dogmatikk om djevelbesettelse og tilhørende hekseforfølgelse. De gale skulle skjermes fra forfølgelse og isoleres på egne asyl (fr. *asile* = fristed). Opplysningstidens tro på fornuft og vitenskap kommer til uttrykk i Descartes' todeling av virkeligheten i *res extensa* (den utstrakte materie) og *res cogitans* (sjelens verden). I stedet for overtro begynte legene å klassifisere sinnslidelser som en fysisk sykdom på linje med andre sykdomsgrupper og fokuserte på å gi pasientene medisinsk behandling i form av farmakoterapi, elektrisk stimulering og kirurgi (som hysterektomi, tanntrekking, lobotomi). Gjennom erfaring og oppsamling av empirisk kunnskap skulle man avsløre sannheten om den egentlige årsaken bak sykdommene og få orden på galskapen. De sinnssyke skulle studeres som naturfenomen ved hjelp av vitenskapelige metoder som histologiske vevsundersøkelser, røntgen av hjernen og psykologiske eksperimenter. Til tross for de gode intensjonene uteble behandlingsresultatene. Psykisk lidende ble enda mer fremmedgjort og ekskludert fra fellesskapet, en vi kunne kjenne oss igjen i og respektere, om enn som noe annerledes enn det normale på visse områder.

Som et alternativ til psykiatriens objektontologi setter Ekeland fenomenologien, der psykiske symptomer er meningsfulle og mulig å tolke og forstå psykologisk. Vi sanser gjennom kvalitative kategorier, og det er den opplevde virkelighet vi burde interessere oss for som klinikere:

Vitenskapens objektive beskrivelse av for eksempel vann som en forbindelse mellom atomer (H₂O-molekylet) er i denne verden uvesentlig i forhold til subjektets opplevelse av vann som vått, rent og klart, vann brusende i en foss, som bølger på havet eller stille og mørkt i skogstjernet – eller livgivende for bondens avling eller den som tørster. Hva er vannets sannhet? (s. 28)

Egentlig innfrir ikke den nevrobiologiske psykiatri sine egne naturvitenskapelige kriterier, for den lar seg ikke positivt verifisere eller falsifisere gjennom etterprøving. Vi trenger subjektontologi for å forstå kjernen i vårt vesen. Avhengighet, sårbarhet, relasjoners skjørhet, eksistensiell ensomhet og dødelighet er våre grunnvilkår og bør stå i sentrum for psykiatrisk praksis, mener Ekeland. Dette har han, etter min oppfatning, helt rett i. »

”

Egentlig innfrir ikke den nevrobiologiske psykiatri sine egne naturvitenskapelige kriterier



BOK *Psykisk helsevern*
– en kunnskapsplattform

FORFATTER Tor-Johan
Ekeland

ÅR 2021

FORLAG Nasjonalt senter
for erfaringskompetanse
innen psykisk helse

SIDER 88



Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men han kommer ikke med noen direkte forslag til løsning på psykiatriens primær oppgave

Det som er bokens styrke, er dens gjennomførte metapsykologiske perspektiv. Etter min mening er det også dens begrensning. Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men han kommer ikke med noen direkte forslag til løsning på psykiatriens primær oppgave: behandlingen av nevrosener, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Dette er han selv fullstendig klar over: «... det er ikke en alternativ teori eller terapeutisk modell som skal skisseres her, men et fundament som kan bære slike ...» (s. 44). Forfatteren begrenser seg til noen allmenne betraktninger om psykoterapiens plass i det psykiske helsevernet.

Jeg synes Ekeland tar for lett på det når han nærmest avfeier Freuds bidrag: «... klassisk psykoanalyse lener seg mot kausal tenkning ...» (s. 39). Dette syn må bero på en ultraortodoks lesning av Freuds skrifter. Som blant andre Lacan (1966) har påpekt, finnes det en helt annen «semiotisk» side i Freuds modeller, hvor språket spiller en vesentlig rolle som byggeklosser i sinnet. Psyken består av nedskrivning (*Niederschrift*) av forestillinger (*Vorstellungen*) til en annen scene (*ein andre Schauplatz*). Det er disse ubevisste dypprogrammer som påvirker vår tenkning og våre følelser på en avgjørende måte, på godt og vondt. I Freuds (1915) terminologi er psykiske symptomer resultat av traumer som blir fortrenget (*Verdrängt*) til det ubevisste system, hvor den såkalte primærprosessen styrer. Psykiske symptomer kan forstås som fortetning (*Verdichtung*) eller forskyvning (*Verschiebung*) for tidlige psykiske konflikter. Behandlingsmetoden tar utgangspunkt i pasientens egne frie assosiasjoner og overføringer. Det er gjennom motstandsanalyse og dekonstruksjon av fornektelse (*Verleugnung*), forkastelse (*Verwerfung*) og andre forsvarsmekanismer vonde minner kan erindres, livsløgnene kan oppløses, og pasienten kan med tilbakevirkende kraft (*Nachträglich*) rekonstruere et livsnarrativ det går an å leve med, selv om det er ganske uhyggelig (*Unheimlich*).

Etter min oppfatning reiser det seg et stort, ubesvart spørsmål i Ekelands tekst: Hva er et subjekt? I Freuds (1923) strukturelle modell er subjektet delt i tre instanser: detet, jeget og overjeget. Alle deler kan, ifølge Lacan (1966), oversettes til språklige figurer og derved forankres i direkte utsagn hos språkbrukere. Bevissthetstypologien blir knyttet til betydningsproduksjon. I semiologisk terminologi anvendes begrepene «det morfologiske subjekt» for jeget, «det symptomale subjekt» for detet og «den Andre» for overjeget (Brandt, 1973). Jeg pleier å omtale det ubevisste som en syntaktisk maskin regulert av begjærets algoritmer, hvor jeg med termen «begjær» inkluderer vårt livslange ønske om (gjensidig) anerkjennelse. Freuds begrep «fortetning» hevder Lacan er lik lingvistikkens *metafor* og forskyvning lik *metonymi*. Psykisk «sykdom» er en metafor for at noe er galt lenger nede i det ubevisste systemet. Det er det affektive budskapet som er så vanskelig å sette ord på, og som krever en empatisk lytting for å dechiffreres.

Et annet hovedpoeng både hos Freud og Lacan er at vi selv ikke bare kan analysere det ubevisste på egen hånd, men trenger en annen for å representere den Andre i utsigelsen. Vi kan ikke bare sitte alene på en øy og meditere oss frem til dypere innsikt i oss selv. Gjennom å få tilbakemelding fra for eksempel en psykoterapeut kan pasienten nå innsikt i sin relasjonshistorie og derved velge om han eller hun vil endre seg eller forbli preget av gjentakelsestvang (*Wiederholungszwang*). Det er i samtale med et tolerant og forståelsesfullt medmenneske vi kan forsone såkalt konfliktpatologi og forankre oss i virkeligheten, dvs. en konstruert virkelighet som består av en reell, en imaginær og en symbolsk orden.

Psykisk helsevern burde legge mye mer til rette for trygge og rolige møtesteder for dypere samtaler, enten det skjer individuelt, familierapi eller i gruppe.

I psykodynamisk terapi inntar vi en fordomsfri frittsvevende oppmerksomhet (*gleichswebene Aufmerksamkeit*) for å lytte til den ubevisste betydning i pasientens frie assosiasjoner. Spesielt er vi opptatt av ubevisste forventninger til oss terapeuter som allvitende eksperter som antas å vite sannheten (*le sujet supposé-savoir*). Tvert imot forhåpningene om å ha funnet en mester i form av en rasjonalistisk bedreviter inntar vi en ikke-vitende posisjon (*position du non-savoir*) og åpner derved opp for blant annet projektiv identifikasjon. Vi er avventende, kanskje tause, rommer, kjenner etter og grunner før vi kommer med en hypotetisk tolkning, som i beste fall inneholder en kobling mellom den tidlige, ofte erotiske, konflikten, analyse av forsvaret og nåværende, repeterende symptomer. Det overordnede målet med behandlingen er å mildne et strengt overjegg, øke lysten til *lieben und arbeiten* og å bidra til at pasienten kjenner seg myndig og ansvarlig for sine fremtidige livsvalg.

Psykoanalysen, som er i tråd med, men overskrider fenomenologien, setter tilknytningsforstyrrelser i sentrum for etiologien.

For meg har for eksempel begreper som André Greens (1980) «den døde mor-komplekset» (*le complexe de la mère morte*) og Lacans (1966) «preklusjon av faderens-navn» (*foreclusion de Nom-du-Père*) blitt hypoteser for patogenesen bak såkalt mangelpatologi. Den meningsøkende og intersubjektive modell som Ekeland etterlyser, finnes allerede etablert på det kliniske felt i form av psykoanalytisk orienterte terapiformer, hvor både pasienten og terapeuten blir betraktet som subjekter i konstruktiv samtale, som inkluderer analyse av ubevisst kommunikasjon i form av overføring/motoverføring.

Vi lesere av Ekelands kloke og velskrevne essay må akseptere at det i tekster – som ellers i tilværelsen – alltid er noe som mangler, i dette tilfellet en teori om subjektet, som kan danne grunnlaget for praksis på psykiatriske avdelinger og distriktpspsykiatriske sentre. For å avslutte med forfatterens yndlingspoet, Olav Håkonson Hauge (2014, s. 12):

*Eit ord
– ein stein
i ei kald elv.
Ein stein til –
Eg lyt ha fleire steinar
skal eg koma yver.*

✘

REFERANSER

Brandt, P. A. (1973). Tegn, setning, subjekt. *Norsk filosofisk tidsskrift*, nr. 1.
Freud, S. (1915). Die Verdrängung. *Gesammelte Werke*, bd. X. Fischer.
Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke*, bd. XIII. Fischer.

Green, A. (1980). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Ed. de Minuit.
Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 2. utg. Adolf Krabbe.
Hauge, O. H. (2014). *Vakraste dikt*. Samlaget
Lacan, J. (1966). *Écrits*. Ed. du Seuil.

Har du lyst til å annelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å annelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

MINNEORD

RIGOBERTO MOZART BRITO-LOPEZ

(1954–2022)



PSYKOLOGSPESIALIST Rigoberto Mozart Brito-Lopez døde 9. april 67 år gammel etter kort tids sykdom. Han var en særdeles dyktig psykologspesialist. Han levde og virket for psykologien og psykiatrien i hele sitt voksne liv. Statsforvalteren i Innlandet uttalte nylig: «Vi har aldri vært i kontakt med en så kunnskapsrik psykologspesialist som Mozart. Hans faglige grundige utredninger og terapier står til en rein 6.»

I 1974 flyktet Rigo sammen med sine fem søsken og foreldre fra militærkuppet i Chile til Danmark. Dansk språk lærte han raskt og tok psykologstudiet ved universitetet i København. Han gikk ut med et høyt karaktersnitt. Han leste videre og begynte med forskning. I 1980-årene kom han til Norge og ble etter hvert psykologspesialist. Fra omtrent 1990 ble det mulig for ham å dra tilbake til Chile, og her ble han professor. Etter noen år i Chile lengtet Rigo til-

bake til Norge. Han har arbeidet i Odda, Volda, Trondheim, Lakselv, Stavanger og nå i mange år ved Fekjær psyk. senter i Valdres. Han utmerket seg ved å være en psykologisk kapasitet og en intellektuell. Han var språkkyndig på spansk, italiensk, fransk, engelsk, norsk og dansk. Han var forankret i psykoanalysen med blant annet Freud. Han leste faglitteratur på ulike språk til siste uken før han døde. Han gjorde dette for å tilegne seg internasjonal forskning og kunnskap. «Psykologien og psykiatrien er livet mitt», sa han.

Han var av jødisk avstamning og lot seg konvertere til jødedommen. Han ble aldri ortodoks, men ble en del av den reformerte jødedommen som vektlegger glede som gave fra Jahve. Rigo Mozart var gjennom mange år en særdeles dyktig og anerkjent spesialist både i Norge og i Chile. Etter hans bortgang er nekrologer skrevet i fagblad for psykologer i Chile. Et større fagbibliotek hvor Mozart arbeidet i Chile, har fått hans navn med tittel professor. Psykiatrien har mistet en stor fagmann. Familie i Danmark og Chile har mistet en kjær far og bestefar.

Fred over hans vakre minne!

Elling Fekjær

Når kan arbeidsgiver si opp en ansatt ved langvarig sykefravær?

Det følger av arbeidsmiljøloven at en ansatt er vernet mot oppsigelse pga. sykdom de tolv første månedene av sykefraværet. En ansatt kan sies opp på grunn av andre forhold enn sykefravær i denne perioden så fremt arbeidsgiver har saklig grunn. Dette kan for eksempel skje hvis bedriften man jobber for, nedbemanner samtidig som man er sykemeldt.

Når en ansatt har vært sykemeldt i tolv måneder og skal over på arbeidsavklaringspenger, må det vurderes om det skal innvilges permisjon uten lønn, eller om arbeidsgiver har grunnlag for å avslutte arbeidsforholdet. Det må da foretas en konkret vurdering av arbeidsgivers behov for avklaring og den ansattes behov for å ha en jobb å komme helt eller delvis tilbake til. Det er kun i de tilfeller hvor det er helt klart at arbeidstakeren ikke kan komme tilbake i jobb, at en oppsigelse umiddelbart etter verneperiodens utløp kan anses som saklig etter arbeidsmiljøloven.

Hva er så vurderingstemaene som avgjør hvorvidt arbeidsgiver må innvilge permisjon eller kan si opp den ansatte?

Det første som må vurderes, er om arbeidsgiver har gjort det som forventes av dem og oppfylt tilretteleggingsplikten. Tilretteleggingsplikten følger av både lovverket og IA-avtalen, er vidtrekkende og skal tilpasses den konkrete saken. I vurderingen av hvor langt tilretteleggingsplikten strekker seg, er elementer som virksomhetens størrelse, økonomi og art avgjørende. I denne sammenheng er det også viktig å være klar over at den ansatte har en utstrakt medvirkningsplikt. Den ansatte må opplyse arbeidsgiver om restarbeidsevne og mulige aktuelle tilretteleggingstiltak, men er ikke pliktig til å opplyse om egen diagnose. Vår erfaring er at jo mer konkret man er overfor arbeidsgiver her, jo vanskeligere er det for arbeidsgiver å avvise slike tiltak. Jo større arbeidsgiver, jo større er mulighetene og dermed pliktene arbeidsgiver har til å tilrettelegge for at den ansatte skal komme gradvis tilbake til jobb. Utgangspunktet er at det skal tilrettelegges slik at den ansatte kan komme tilbake til egen jobb. Blir dette vanskelig, må det vurderes å omplassere arbeidstakeren til annet arbeid.

Det andre som må vurderes, er hvordan den ansattes sykdomsbilde, utsiktene til bedring og tilbakekomst i arbeid ser ut. Prognoser om tilbakekomst og helse er avgjørende. Her bør sykemelder involveres aktivt for å uttale seg. Nyere rettspraksis tar også hensyn til historisk sykefravær som ledd i fremtidsvurderingen. Hvis en ansatt er i et behandlingsløp med tanke på tilbakekomst til arbeid, skal det mye til før en arbeidsgiver kan gå til oppsigelse.

Avslutningsvis må det foretas en konkret vurdering av arbeidsgivers behov for avklaring opp mot den ansattes legitime behov for å holde seg i arbeidslivet og konsekvensene for den ansatte ved å miste jobben både når det gjelder sosiale forhold (forsørgelsesbyrde osv.) og sannsynligheten for at vedkommende får ny jobb et annet sted eller permanent kommer til å stå utenfor arbeidslivet. Å ha en jobb er viktig både for den enkelte og for samfunnet som sådan. I en slik vurdering er momenter som prognose for fremtidig fravær, den medisinske diagnosen, hvor lenge man har vært borte fra jobb, bedriftens størrelse/økonomi, arbeidstakerens alder/ansettelsestid og mulighetene for å tilrettelegge arbeidet relevante. Disse momentene kan ikke vurderes med en gang verneperioden er utløpt, og det er derfor slik at arbeidsgiver normalt innvilger permisjon etter utløpet av verneperioden.

Hva er så de gode rådene til tillitsvalgte og medlemmer i slike situasjoner?

- Vær bevisst på den ansattes medvirkningsplikt
- Foreslå konkrete tilretteleggingstiltak
- Ikke kom for fort tilbake i jobb, med den fare at man fort forsvinner ut igjen
- Ikke si opp jobben selv
- Ta kontakt med tillitsvalgte og Forhandlingsavdelingen for bistand



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Ellen Ekre Engh,
spesialrådgiver/
advokat

Sidene merket Medlemsnytt er produsert av Psykologforeningen og redaksjonelt uavhengig av Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Helprivate psykologtjenester. Vi vet mer.

I oktober 2021 skrev jeg i denne spalten at helprivate tilbydere av psykologtjenester er dårlig sikret i arbeidslivet. Vi må intensivere arbeid for bedre tilgang på folketrygdens tjenester for helprivate: sykeavbruddsforsikring og yrkesskadetrygd. Også likeverdige rettigheter for pensjonssparing må sikres. Jeg tok i oktober til orde også for ny organisering i Psykologforeningen slik at våre medlemmer som jobber i helprivat klinisk virksomhet, får en stemme inn i foreningsdemokratiet.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidsmarkeds-politikk Rune Frøyland

Psykologforeningen vil ha et sterkt offentlig helsevesen. Etableringer av helprivate psykologtjenester kan sies å utfordre dette ved at folk som kan betale selv, kjøper seg behandling utenom offentlige køer, og at det offentlige ved dette tappes for kompetente psykologressurser. Det er allikevel ikke et ansvar som kan individualiseres til den enkelte helprivate psykolog. Psykologen har rett til å bo og å etablere seg der de vil. Arbeidsvilkår i det offentlige er satt under betydelig press og skaper uhelse. Flere vil trenge annen type jobb enn tradisjonelle offentlige poliklinikker. Et sterkt offentlig helsevesen skal også ha akseptable arbeidsbetingelser for psykologer og for faget. Det er mange rapporter på det motsatte, med dessverre utbrenthet som resultat.

Vi har hatt lite kunnskap om private psykologtjenester. Nå har vi mer. Psykologforeningen har bestilt og mottatt fra analysefirmaet Oslo Economics rapporten «Psykkiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge». Rapporten baserer seg blant annet på en spørreundersøkelse rettet mot private psykologer og psykologer ansatt i kommunene. 180 av respondentene jobber helprivat, det utgjør en stor andel av de antatt om lag 400 helprivate.

Det har vært kraftig økning. I 2012 var det 163 psykologer i 61 selskaper, i 2020 var det 411 i 196 selskaper for kliniske psykologtjenester. En årlig vekst på 13 %.

ET OSLO-FENOMEN?

Over halvparten av alle helprivate er i Oslo og nære omland. Sannsynligvis er det tryggere økonomisk grunnlag for helprivat etablering i en storby som Oslo, og Oslos spesialisthelse-

tjeneste har i likhet med store deler av landet sterkt pressede arbeidsvilkår.

I andeler i forhold til befolkning er det i Oslo 24 helprivate psykologer per 100 000 innbyggere. I Vestland og i Rogaland er det ca. 8 per 100 000. I Troms og Finnmark er det 6, og ellers i fylkene variasjon fra 1 til 5 per 100 000 innbyggere. Ca. tre fjerdedeler av de helprivate som har svart, er spesialister. Det er betydelig kompetanse i gruppen.

Pasientene oppgis til å være mest depresjonslidelser, affektive lidelser og angst, og det er en høyere andel som er i jobb. Halvparten av psykologene oppgir at ingen eller få av pasientene har gjentatte behandlingsforløp. De helprivate arbeider «i større grad (...) med pasienter med milde og kortvarige lidelser», ifølge rapporten. Dette kan være mennesker som ikke kjøper seg ut av køer i det offentlige. De ville sannsynligvis aldri bli søkt til køen, eller ville blitt avvist til denne. De gjenstår med fastlege, og eventuelt å kjøpe seg hjelp hos helprivate tjenester som da kommer tidlig inn i begynnende uhelse.

Rapporten fra Oslo Economics gir ny informasjon, men må suppleres i samarbeid med gruppen av helprivate. Vi trenger enda mer beskrivelser, analyser og diskusjoner.

Rapporten sier ikke noe om økonomi i helprivate praksiser, om det er tilstrekkelig inntjening til å kunne ivareta kostnadene ved forsikringsordninger. Dette følger vi opp ikke minst via Akademikerne sitt arbeid for selvstendig næringsdrivende. Det er ille når vi får rapporter om manglende forsikringer og påfølgende store økonomiske tap ved sykdom og uførhet hos våre medlemsgrupper. Økonomi i private praksiser må være bærekraftig nok til å kunne sikre seg.



Webinar

Webinar om våre nyeste instrumenter på den digitale plattformen Q-global

Velkommen til et gratis webinar om våre nyeste digitale instrumenter som er tilgjengelige på den nettbaserte plattformen Q-global. Blant instrumentene som vi har valgt å fokusere på, finnes Brown EF/A, BASC-3 og Vineland-3. Våre produktspecialister skal fortelle om Q-global samt gå gjennom muligheter og fordeler ved digital administrering og skåring av tester og spørreskjemaer på denne nettbaserte plattformen. Det blir også mulig å stille spørsmål i chatten og på slutten av webinarret, men du kan også gjerne sende dine spørsmål på forhånd til oss!

Tid: 6 september, kl. 13.00 – 14.00

Meld deg på via pearsonclinical.no/basc-3





22nd Joseph Sandler Psychoanalytic Research Conference 2022

In search of change: Psychoanalytic process and outcome

Friday, September 23rd – Sunday, September 25th,
2022, Oslo, Norway

Sted: Psykologisk institutt, Universitet i Oslo

Sandler-konferansen, som skal finne sted i Oslo 23.–25. september i år, har siden nittitallet vært et sted for dialog mellom forskere og klinikere i det psykodynamiske fagfeltet. I år er det blant annet et foredrag med Mark Solms på programmet – han snakker om «What is the mechanism of change in the talking cure?».

Ellers deltar John Clarkin, som er hovedforskeren i Otto Kernbergs forskningsteam på Transference Focused Psychotherapy, Mary Hepworth (kjent som Mary Target), og Marianne Leuzinger-Bohleber, som har ledet en stor EU-finansert RCT studie om alvorlig depresjon. Flere andre klinikere og forskere presenterer sitt arbeide, som Stephan Hau, Hanne Strømme, Line Indrevoll Stänicke og Sverre Varvin.

Rabattert påmelding den 10. juni 2022.

https://www.ipa.world/en/news_and_events/event_display.aspx?EventKey=EV230922

UTDANNING I KROPPSORIENTERT FORSTÅELSE OG PSYKODIAGNOSTIKK BASERT PÅ METODEN «NIC WAALS SOMATISKE PSYKODIAGNOSTIKK» (WSP)

Oppstart september 2022, 16 møter à 3 timer over 2 år, kveldstid, i St. Olavsgate 3, Oslo

Påmelding innen 1/8-22, pris kr 10 000.-

Kursansvarlige og påmelding til psykolog Marit Bang Jensen, e-post maritbangjensen@gmail.com, tlf. 990 01 806 eller psykiater Hanne Skei Andersen, e-post hanne_skei@hotmail.com, tlf. 920 64 039. Begge er lærere ved Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI).

Foruten trening i bruk av WSP-metoden, vil kurset arbeide med å fordype erfaring og tenkning omkring sammenheng kropp/psyke og gjennomgå Wilhelm Reich's teori om kroppslige segmenter og noe annen relevant psykologisk teori og forskning. Utdanningen forankres i en veiledningsgruppe som arbeider systematisk med metoden knyttet til klinisk praksis. Det forutsettes at deltakerne prøver ut WSP på pasienter under veiledning. Det forventes ingen spesielle forkunnskaper.



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Etterutdanning seksuell helse for psykologer og leger

Oppstart høsten 2022 i Oslo

Etterutdanningskurs i arbeid med seksualitet i psykoterapi

Seksuell helse er et viktig og relevant aspekt av psykisk helse. Utdanningen gir en innføring i oppdatert kunnskap om seksualitet og seksuell helse og bevisstgjøring av egne holdninger som kan påvirke hvordan vi arbeider med seksuelle temaer. En målsetning er at deltagere skal føle seg tryggere og mer komfortable til å ta opp og følge opp seksuelle temaer med sine pasienter.

Kurset er rettet mot psykologer og leger. I tillegg vil vi invitere et begrenset antall psykologstudenter.

Kursrekken består av 6 digitale foredrag og to fysiske samlinger.

Foredragene holdes av Sidsel Schaller. Samlingen inkluderer tre gruppeledere i tillegg til Schaller.

Digitale foredrag: hver onsdag i perioden 07.09–12.10 2022

Fysiske samlinger: 31.10–1.11 og 1.–2.12 2022

Pris: kr 5 000. Kurset er støttet av Helsedirektoratet gjennom prosjektmidlene «Snakk om det» og vil bli søkt godkjent for vedlikehold.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:

www.karakteranalyse.no/etterutdanning-seksuell-helse-for-psykologer-og-leger
eller på telefon **412 56 600**

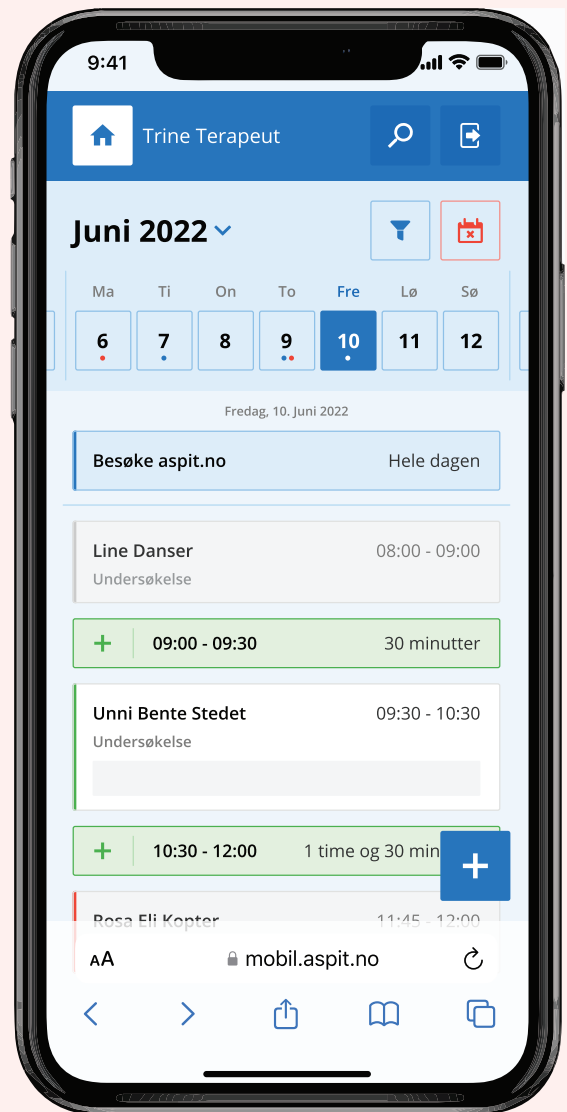
Søknadsskjema sendes til **kontor@karakteranalyse.no**

Søknadsfrist: 30. juni 2022
På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

Få tilgang til Psykbase direkte på mobilen

Med Psykbase mobil kan du:

- Se kalender og pasientavtaler
- Opprette eller endre avtaler
- Lese og skrive journalnotater
- Kansellere avtaler og varsle pasienter for en hel dag eller et bestemt tidsrom



Ønsker du å vite mer?
- Vi er tilgjengelig på chat,
telefon eller e-post og hjelper
deg med alle spørsmål.

Kontakt oss i dag:
Telefon: 35 05 79 10
E-post: post@psykbase.no
Chat: www.aspit.no

Les mer på aspit.no





Valgfritt program i **Parterapi**

Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide med par. Kursene skal tematisere ferdigheter som må utvikles også gjennom praksis og veiledning.

Målgruppe

Målgruppen for det valgfrie programmet er psykologer som skal bli spesialister og som ønsker mer kunnskap om parterapi. Det er krav til at psykologene som skal ta dette valgfrie programmet har gjennomført obligatorisk program til egen spesialitet.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Psykologene vil få økte kunnskaper om

- Når parterapi er relevant og nødvendig metode
- Forståelse av parrelasjonen og hvordan parrelasjonen påvirker individet og andre relasjoner
- Ulike faktorer som påvirker parrelasjonen som psykisk sykdom, somatisk sykdom, traumer, vold, rus etc.
- Strukturelle faktorer betydning for parforhold (arbeid, arbeidsfordeling, økonomi)
- Parrelasjonen i et flergenerasjonsperspektiv
- Konflikt håndtering
- Sexologi
- Ulike former for parterapi

Kursledere

- Line Lise Helledal og Suzanne Walther (1. samling)
- Frode Thuen (2. og 3. samling)
- Atle Austad og Sidsel Schaller (4. samling)

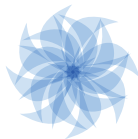
Sted og dato: Oslo, 27.-28. oktober 2022 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 22. september 2022

Medlemspris: kr 7 400 per samling

Kursnr.: 151-22

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE 2022

Forening for psykologer i privat praksis (med og uten driftstilskudd)

20.–22. oktober 2022

Grand Hotel Casselbergh i Brugge, Belgia

*Integrative perspektiv på identitetsutvikling, kasusformulering
og selvivaretakelse som terapeut*

professor Per Einar Binder, Universitetet i Bergen

Torsdag 20. oktober

08.30–09.00 Registrering
09.00–09.05 Åpning ved leder i FPP
09.05–12.00 Fagseminar v/Per Einar Binder
12.00–13.00 Lunsj
13.00–16.00 Per Einar Binder fortsetter
16.15–17.15 Årsmøte i FPP

Fredag 21. oktober

09.00–12.00 Per Einar Binder fortsetter
12.00–13.00 Lunsj
13.00–16.00 Per Einar Binder fortsetter
18.00 Festmiddag på Kasteel d'Aertrycke

Lørdag 22. oktober

09.00–12.30 Forhandlingsavdelingen:
Informasjon og nytt fra foreningen
12.30–13.30 Lunsj

Seminarer er forbeholdt medlemmer av FPP.

Seminaravgift kr 1.000,-.
Festmiddag: Kr 300,- (12-retters middag på
Kasteel d'Aertrycke, inkl. drikke og transport).
Kryss av for middag i påmeldingsskjemaet.

FPP har reservert 50 rom fra onsdag 19. til søndag 23. oktober. Disse bestilles via FPP-styret (post@psykologtonesandbak.no) etter bekreftet seminarplass fra Utdanningsavdelingen.

Anbefalt ankomstdag: Onsdag 19. oktober.

Fly til Brussel eller Amsterdam. Tog videre til Brugge (hhv. 1 ½ time og 3 timer). Togbilletter bestilles med avreise fra Brussel Zaventem eller Amsterdam Schiphol lufthavn.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, sendes styret innen 20. september til post@psykologtonesandbak.no

Seminarer søkes godkjent som vedlikeholdsaktivitet for spesialitetene.

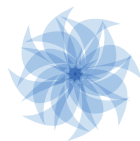
Påmelding: i perioden 4.–18. juni 2022

Påmeldingsfrist: 18. juni 2022

Seminaravgift: kr 1.000,- (pluss evt. medlemsavgift kr 350,-)

Kursnr.: 925-22

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til **kull 18** med første samling 15. og 16. september 2022.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som har selvinnsikt og er trygge på egen lederkompetanse. Slike ledere er tydelige og rause og baserer sitt lederskap på tillit, involvering og dialog. I tillegg kjenner og behersker de de mest sentrale lederverktøyene som brukes i helsetjenesten og har forståelse for økende krav til kunnskapsbasert praksis.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHE, og psykologfaglig rådgiver / psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

15. og 16. september 2022

17. og 18. november 2022

5. og 6. januar 2023

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Deltakerne som er Norsk psykologforenings-medlemmer betaler selv kun reise og opphold. Ikke-medlemmer betaler en kursavgift på kr 15 000,-. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Kurset er arbeidsintensivt og gir anledning til å trene på å gjennomføre konkrete tiltak i deltakernes egen lederhverdag. Dette blir av deltakerne på tidligere kull fremhevet som en av de store styrkene ved seminaret, som har fått meget gode tilbakemeldinger.

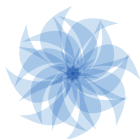
Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 15. juni 2022** til

Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



Norsk psykologforening – Fagpolitisk avdeling
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Kvalitet i tjenestene

Hvordan kan jeg ta plass og påvirke arbeidsplassen min?

Målgruppe: Psykologer og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Formål

Bidra til å styrke psykologers evne og tro på at de kan påvirke og heve kvaliteten på sin egen arbeidsplass. Forebygge lært hjelpeløshet, utmattelse/resignasjon. Kurset drøfter teoretiske innfallsvinkler til påvirkningsarbeid og involvering på ulike nivåer, og inviterer til diskusjon om deltakernes egne eksempler. Hvilke fremgangsmåter og strategier har fungert godt og hva har ikke fungert?

Kurset styrker psykologenes kunnskap om Lover og forskrifter med relevans for psykologens yrkesutøvelse: faglig forsvarlighet, psykologens rolle, profesjonens rolle, tillitsvalgts rolle, samarbeid med arbeidsgiver, påvirkningsarbeid, medbestemmelse og varsling.

Temaer på kurset

Lover og forskrifter

- Fagligforsvarlighet
 - Systemnivå
 - Individuelt
 - En «levende standard» som utvikler seg iht. vitenskapelig utvikling
 - Profesjonens rolle
- Medbestemmelse
 - Psykologens rolle
 - Tillitsvalgts rolle
 - Samarbeid med arbeidsgiver
 - Varsling
- Involvering på arbeidsplassen
 - Utviklingstrekk: utfordringer og

muligheter i PHV/TSB

- Rammebetingelser for evidensbasert praksis (EBPP), inkludert medlemsundersøkelsen
- Betydningen av indre motivasjon, involvering og jobbengasjement
- Påvirkning: Arenaer og virkemidler for samskaping og medledelse
- Eksempler fra praksis

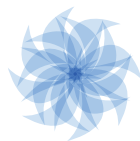
Sted og dato: Oslo 15. september 2022

Påmeldingsfrist: 11. august 2022

Medlemspris: kr 3 450

Kursnr.: 113-22

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>.



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Ledelse og effektiv samhandling i en hybrid arbeidshverdag

Målgruppe

Psykologer og psykologutdannede med lederansvar eller i roller som konsulent/rådgiver innen ledelsesutvikling og organisasjonsutvikling

Målsetting

Å gi deltakerne økt kunnskap og nye ferdigheter knyttet til hva som skaper god ledelse, effektiv samhandling og samarbeid i en hybrid arbeidshverdag

Etter kurset vil deltakerne ha

- Økt kunnskap om muligheter og utfordringer ved hybridarbeid og hjemmearbeid og hva som kjennetegner effektiv ledelse i denne konteksten
- Verktøy for hvordan du som leder kan legge til rette for effektiv hybrid samhandling og samarbeid, samt hvordan du legger til rette for godt arbeidsmiljø og sosialt fellesskap

Om kursleder

Jon Anders Lone (f. 1983) har doktorgrad (ph.d.) i arbeids- og organisasjonspsykologi ved Universitetet i Oslo (UiO). Jon Anders har 13 års erfaring innen organisasjons- og ledelsesutvikling, og har bred og variert erfaring som konsulent, HR-rådgiver og forsker. Han har de siste årene jobbet mye med utvikling av ledelse, medarbeiderskap, og organisasjonskultur i en hybrid arbeidshverdag

Kurset godkjennes som 16 timers vedlikeholdsaktivitet

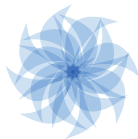
Sted og dato: Oslo, 12.-13. oktober 2022

Påmeldingsfrist: 7. september 2022

Kursavgift: kr 7 400,-

Kursnr.: 102-22

Mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Vil du være en viktig støttespiller for ungdom som trenger ekstra hjelp?

Vi søker behandlingsleder TFCO

Vi søker deg som kan lede et faglig sterkt team, og som kan ta krevende avgjørelser i en travel arbeidshverdag. Er du psykolog og har erfaring med atferdsterapi hos ungdom kan du være akkurat den vi ser etter.

Treatment Fostercare Oregon (TFCO) er en kunnskapsbasert metode for å jobbe med ungdom og deres familier. Familiene opplever ofte store konflikter, som kan være knyttet til rusmisbruk og atferd.

Lurer du på noe? Ta kontakt med avdelingsdirektør Mette Bengtson på telefon 924 89 019, eller TFCO-konsulent ved NUBU, Rebecca Ervin-Jeannin på telefon 948 66 857.

Søknadsfrist er 15. juni 2022.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufetat.no

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonse fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonse som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

Psykologspesialist/overlege med spesialisering i psykiatri med gruppeterapikompetanse

Voksenpsykiatrisk avdeling, Klinikk for psykisk helse og rus

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppeteamet er det ledig fast 100 % stilling som psykologspesialist/overlege med spesialisering i psykiatri.

Kontaktperson: Enhetsleder Harald Aulie eller assisterende enhetsleder Helle Elvebredd, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på: diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist **12.06.22**



PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 15 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer

Nyhetsbrev sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen i hver måned. For tiden er det ca 8 900 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

NYHETSBREVFOMATER

Full bredde	1/2 bredde	1/3 bredde
564 piksler for kr 7 000	264 piksler for kr 4 000	164 piksler for kr 2 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	16.12	03.01
2	19.01	01.02
3	16.02	01.03
4	21.03	01.04
5	19.04	02.05
6	19.05	01.06
7	20.06	01.07
8	18.07	01.08
9	19.08	01.09
10	19.09	03.10
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12

PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side		1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30

hakon@psykologforeningen.
no**Visepresidenter****Rune Frøyland**

rfroey@online.no

450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162

post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699

siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153

h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052

bjartebruntveit@yahoo.no

Britt Randi Hjartnes**Schjødt**

922 99 371

bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801

ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308

eldrid.robberstad@sola.

kommune.no

Jakob Støre-Valen

984 23 805

jakob@valen.cc

Studentrepresentanter**Julie Bjerkvik**

938 93 002

juliebjerkvik@gmail.com

Tora Hotvedt Sundby

0045 4940 9331

torasundby@gmail.com

Varamedlem**Alf Martin Eriksen**

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com

997 98 973

Aust-Agder**Anniken Lucia Willumsen****Laake**

annilaak@gmail.com

462 98 210

Buskerud**Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com

997 22 725

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@

finnmarkssykehuset.no

971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com

924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com

938 63 918

Møre og Romsdal**Ragnhild Ese**

ragnhild.es@gmail.com

920 11 528

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com

916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

Rogaland**Marie Tonette Solhaug****Hansen**

marietsh@yahoo.no

977 34 812

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com

902 95 676

Sør-Trøndelag**Elin Bjøru**

elinbjoru@bufetat.no

957 35 974

Telemark**Birgitte Lindøe**

libi@siv.no

473 83 123

Troms**Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@

hotmail.com

404 61 116

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com

971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@

gmail.com

907 55 410

Østfold**FAGETISK RÅD****Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@

gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Hanne Indregard Lind,

nesteleder/KTV Helse Sør-

øst tlf. 948 05 153

Martin Øien Jenssen, KTV

Helse Nord, tlf. 909 96 159

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter- helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Kristin Haugholt, KS,

tlf. 951 72 032

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Henrik Riekeles Vik,

Privatpraksis, tlf. 408 45 848

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune,

tlf. 959 90 503

Christina Holmen, Virke,

tlf. 414 68 428

Helén Ingrid Adreassen,

YPU, tlf. 402 89 796

Noah L. Skullestad, SPU,

tlf. 452 78 102

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,

tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@

arnhildlauveng.com

tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

**Barne- og
ungdomspsykologi**

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

Ole André Solbakken,
leder, e-post o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@
psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Julie Solheim Bjerkvik,
leder, e-post juliebjerkvik@
gmail.com, tlf. 938 93 002

KLIMAUTVALGET

Bjørn Z. Ekelund, leder,
e-post bze@human-factors.no,
tlf. 908 75 547

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Rikke Pauline Sandvik,
leder, e-post ypu@
psykologforeningen.no

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Tvangsvedtak

Alle tiltak som gjennomføres uten pasientens samtykke krever et tvangsvedtak av en lege eller psykologspesialist. Psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 omhandler hvilke vedtak som kan fattes og vilkårene for disse.

Vilkår for bruk av tvangsinnleggelse

Alvorlig sinnslidelse er overveiende sannsynlig. Pasienten mangler evne til å samtykke, eller det må foreligge fare for eget liv eller andres liv og helse.

Alvorlig sinnslidelse (for eksempel psykose) foreligger. Pasienten mangler evne til å samtykke, samt at det må foreligge fare for eget liv eller andres liv eller helse, og/eller behandling er nødvendig.

Vilkår for bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling

Pasienten kan holdes atskilt fra medpasienter dersom den psykiske tilstanden eller utagerende atferd gjør det nødvendig.

Ved en alvorlig sinnslidelse kan pasienten behandles med legemidler mot sin vilje. Ved en alvorlig spiseforstyrrelse kan pasienten behandles med ernæring mot sin vilje.

Ved sterke behandlingsmessige eller velferdsmessige grunner, eller ved sterke hensyn til nærstående person, kan det besluttes begrensninger i pasientens rett til å motta besøk, bruke elektronisk kommunikasjon eller sende/motta pakker.

Ved begrunnet mistanke om rusmidler, farlige gjenstander el.lign. innføres i en institusjon, kan pasientens rom eller eiendeler undersøkes, evt kan det også gjennomføres kroppsvistasjon.

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler kan det tas prøver av pasienten for å avdekke dette.

For å hindre at en pasient skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar, osv., kan det brukes tvangsmidler for fastholding, beltelegging og korttidsvirkende medikamenter.

Innleggelse på tvungent psykisk helsevern

Frivillighet skal være forsøkt før tvangsinnleggelse og det skal gjøres en helhetsvurdering om hvorvidt tvangsinnleggelse er til det beste for pasienten. Pasienten skal undersøkes av lege forut for innleggelsen og av lege eller psykologspesialist ved ankomst til institusjonen.

Tvangsmidler og tvangsbehandling

Bruk av tvang skal begrenses til det strengt nødvendige og ha kortest mulig varighet. Tvangstiltak skal være minst mulig inngripende og effekten av tiltaket må klart oppveie ulempene. All bruk av tvangsmidler/-behandling skal nedtegnes i egen protokoll.

Andre tvangstiltak

På visse kriterier kan det besluttes at en pasient skal skjermes på eget rom, testes for bruk av rusmidler, begrenses mht kommunikasjon (bruk av telefon, mail osv) og at vedkommendes rom og eiendeler skal undersøkes.

**Psykisk
helsevernloven**

§ 3-2

**Type
tvang**
Innleggelse for
tvungen observasjon

§ 3-3

Tvangsinnleggelse

§ 4-3

Skjerming

§ 4-4

Tvangsbehandling

§ 4-5

Innskrenking av
kommunikasjon

§ 4-6

Undersøkelse av rom
og eiendeler, samt
kroppsvisitasjon

§ 4-7

Rusmiddeltesting

§ 4-8

Bruk av tvangsmidler



Ved Viken senter jobber vi i team for å styrke menneskers mulighet til å mestre livets utfordringer. Behandlingen retter seg mot fire dimensjoner: det psykiske, fysiske, sosiale/relasjonelle og det eksistensielle/åndelige

Med mennesket og faget i fokus - vil du være med å utvikle Viken senter?

Psykologspesialist eller psykolog

Vi ser etter deg som vil arbeide med hele mennesket i fokus, og som ser viktigheten av tverrfaglig tilnærming.

Vi vil gjerne møte deg som er selvgående, og samtidig et drivende teammedlem. Det er viktig for oss at du vil bidra til faglig utvikling gjennom å dele din kunnskap.

Hos oss får du

- jobbe i et arbeidsmiljø med tett samarbeid mellom ulike yrkesgrupper
- spennende faglige utfordringer i spesialisthelsetjenesten
- en fremtidsrettet og vital kompetanseorganisasjon
- gode betingelser

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til HR- og administrasjonsleder Gro Eggenheim på tlf. 952 12 478 eller klinikkleder Grete Furu på tlf. 951 22 361.



Sjekk QR-kode for fullstendig utlysning av stillingen.