

Bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning

Personer med alvorlig utviklingshemning og autismespekterforstyrrelser utsettes ofte for tvangstiltak. Det er behov for å utvikle gode og effektive tjenester som kan redusere bruken av tvang.

TEKST

Leif Hugo Stubrud

PUBLISERT 5. oktober 2015

* Takk til professor Morten Jacobsen, Sykehuset Østfold og Universitetet i Oslo, og førsteamanuensis Cato Grønnerød, Universitetet i Oslo for kommentarer til tidligere versjoner av manuskriptet.

Det registreres stadig mer bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning (Helsetilsynet, 2008; 2014). Bruk av tvang og makt er definert som «... tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som tvang eller makt» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9–2). Dette innebærer at det brukes fysisk kraft og/eller påvirkning og regulering mot personens vilje. Å tilrettelegge for minst mulig bruk av tvang og makt gjennom andre løsninger er en lovfestet plikt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9–1).

Noen trender i bruk av tvang

I tallmateriale som innhentes årlig av Fylkesmennene (Helsetilsynet, 2008; 2014), skilles det mellom skadeavvergende tiltak og planlagte tiltak. *Skadeavvergende tiltak* er anvendelse av tvang og makt uten forutgående saksbehandling og vedtak. Anvendelsen beslattes i situasjonen. Typiske eksempler på dette er når personen med utviklingshemning utfører alvorlig selvskading eller retter vold mot andre personer. *Planlagte tiltak* er anvendelse av tvang og makt etter forutgående utredning og saksbehandling. Slike vedtak kan fattes for ett år om gangen, men kan forlenges *uten* en øvre grense for varighet. Gjentakende behov for skadeavverging eller at personen motsetter seg frivilling hjelp til å dekke grunnleggende behov for omsorg som mat og drikke, nødvendig hygiene osv., er begrunnelser for slike tiltak. Hvert år utsettes om lag 900 personer med utviklingshemning for skadeavvergende tiltak. Dette tallet har vært stabilt siden loven trådte i kraft. Antallet personer som er omfattet av planlagte tiltak, steg i perioden 2000 til 2007 fra ca. 200 til ca. 400 personer. I 2013 var antallet ca. 1100. Det var forventet at fagmiljøene etter noen års praksis hadde utviklet tilnærminger og metoder som ville redusere behovet for tvangstiltak. Nordlandsforskning (Handegård & Gjertsen, 2008) konkluderte i en studie med at lovgivningen som regulerer bruk av

tvang, har ført til en forbedring av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning, at omfanget av tvangsbruken har gått betydelig ned de siste årene, øket vektlegging av forebygging og styrket medbestemmelsesrett. Der hvor det har vært registrert en økning i bruk av tvang, skyldes dette en lovendring i 2004, hvor tekniske innretninger (alarmer) ble inkludert i loven (Handegård & Gjertsen, 2008). Om det faktisk er mer tvang som utøves overfor stadig flere personer, eller om det er registreringene som er blitt bedre, er foreløpig et uavklart spørsmål.

«Å tilrettelegge for minst mulig bruk av tvang og makt gjennom andre løsninger er en lovfestet plikt»

Det er utviklet flere tilnærminger for å redusere utfordrende atferd og behovet for å bruke tvang. Gjennom lavaffektiv tilnærming håndteres aggressiv atferd ved å stille færre krav og forventninger i krisesituasjoner. Dette innebærer at tjenesteyterne må unngå verbale og ikke-verbale signaler og triggere som kan utløse aggresjon (McDonnell, 2010). Aggressiv atferd kan erstattes av sosial atferd gjennom analyser av atferdens funksjoner og øvelser i alternativ atferd (Moynahan, Strømgren & Gundersen, 2005). Bruk av progresjonsstiger innebærer en individuelt tilpasset og strukturert styring av miljøbetingelser i trinnvis tilnærming for å øke personens mulighet til å kontrollere sin aggresjon. Situasjoner som kan utløse aggressiv atferd, tilrettelegges med en tilpasset vanskegrad som gjør det mulig for personen å mestre situasjonen (Bjørkly, 2004). Jones & Kroese (2006) og Hawkins, Allen & Jenkins (2004) har påpekt at fysisk tvang kunne vært unngått med bedre kommunikasjon mellom ansatte og personene. Ellingsen (2006) vektla refleksiv praksis som tilnærming der praksis ble endret fra rigide og til dels repressive tiltak til mer dynamiske og brukerstyrte tjenester. Berge (2011) beskrev et kasus der tilnærmingen til en kvinne som utagerte mot andre personer, ble endret fra konfrontasjon og bruk av tvang til å vektlegge personens egen evne til å finne løsninger som ikke utløste bruk av tvang.

Utfordrende atferd og psykiske lidelser

I arbeidet med personer med utviklingshemning defineres utfordrende atferd som kulturelt avvikende atferd av en viss intensitet, frekvens eller varighet og som truer den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre, eller at atferden i betydelig grad begrenser eller hindrer tilgangen til vanlige tjenester (Emerson, 2001). De alvorligste formene for utfordrende atferd er selvskading, skading av andre (vold) og ødeleggelse av materielle ting.

Mennesker med utviklingshemning som har en psykisk lidelse, hadde samtidig en forekomst av utfordrende atferd på mellom 6 % og opp til 40 % (Buitelaar, 1993; Harris, 1992; Quershi & Alborz, 1992). Myrbakk (2008) fant en forekomst på 20 % med alvorlig utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning og samtidige psykiske lidelser.

Alle former for psykiske lidelser kan forekomme hos personer med utviklingshemning (Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001; Halvorsen et al., 2014; Smiley et al., 2007). Mennesker med utviklingshemning viser en forhøyet forekomst av psykiske lidelser og andre helseproblemer sammenlignet med den øvrige befolkningen (Bakken et al., 2010; Halvorsen et al., 2014, Hove & Havik, 2008; Oesenburg et al., 2011). Jansen et al. (2004) fant at 50 % av mennesker med utviklingshemning hadde en psykisk lidelse, mot 24 % i befolkningen generelt. Forekomsten øker med økende grad av utviklingshemning (Emerson, Moss & Kiernan, 2007; Skullerud et al., 2000). Ved å holde utfordrende atferd utenfor fant imidlertid Myrbakk & Tetzchner (2007) at personer med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning viste lavere forekomst av psykiske lidelser enn de med lett og moderat grad. Forekomsttallene i de ulike studiene som er foretatt, varierer betydelig. Dette kan settes i sammenheng med blant annet vansker med diagnostisering, ulike diagnostiske metoder og ulike inklusjonskriterier (Charlot, 2003). Vanskene kan forsterkes av at avgjørelser må baseres mer på observerbar atferd og mindre på personenes egne rapporteringer fordi personene har vansker med å formidle symptomer på psykiske lidelser (Emerson, Moss & Kiernan, 2007; Moss et al., 2000). Dette kompliseres av at forholdet mellom utfordrende atferd og psykiske lidelser er sammensatt (Myrbakk & Tetzchner, 2007), men i klinisk praksis må man forholde seg til begge størrelser (Nøttestad & Revis, 2006). Diagnostisering av psykiske lidelser hos personer med autismespekterforstyrrelse er spesielt vanskelig fordi symptomer på flere psykiske lidelser overlapper med symptomer som inngår i autismespekterforstyrrelsen (Helverschou, Bakken & Martinsen, 2008a). Likevel er kjernesymptomene ved autisme så klart definert og beskrevet i forhold til de vanligste psykiske lidelsene: angstlidelse, depresjon, tvangslidelse og psykose at det for erfarne klinikere er mulig å skille ut de symptomene som opptrer i tillegg til autismetilstanden (Bakken & Helverschou, 2008).

«Tjenestestedene bidro med detaljerte opplysninger om forekomst av utfordrende atferd og hvilke typer tvang og makt som ble brukt»

Nøttestad & Revis (2006) fant i en studie av 43 personer med utviklingshemning som ble utsatt for planlagt bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, at tre fjerdedeler av dem hadde mer enn ett atferdsproblem som resulterte i bruk av tvang. Over halvparten hadde samtidig en eller annen form for psykisk lidelse.

Psykisk utviklingshemning dekker et vidt spenn av funksjonsevne, fra grensen til normalfungering til full hjelpeavhengighet og manglende språk. Det er av interesse å undersøke om funksjonsevnen har betydning for type utfordrende atferd, psykiske lidelser og tvangsanvendelse.

Målet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om personer som utsettes for tvang.

Problemstillingen er tredelt: 1. Hvilke former for utfordrende atferd og psykiske lidelser har de personene som utsettes for planlagte tiltak om bruk av tvang? 2. Hvilke former har den tvangen som anvendes? 3. Forekommer utfordrende atferd, psykiske lidelser og anvendt tvang ulikt for ulike grader av utviklingshemning?

Metode

Undersøkelsen er en retrospektiv deskriptiv undersøkelse av voksne personer med utviklingshemning i Østfold som har vært utsatt for planlagt tvang.

Utvalg

En gruppe på 39 personer var inkludert der kriteriet var at personene ble utsatt for tvangstiltak regulert etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, planlagte tiltak, i 2006. Av disse var 13 kvinner (33,3 %) og 26 var menn (66,7 %). Snittalderen på utvalget var 34,4 år ($SD = 10,86$, *range* 13–55). Den andre gruppen besto av 41 personer som var inkludert ut fra samme kriterium i 2014. Av disse var 19 kvinner (46,3 %) og 22 menn (53,6 %). Snittalderen for dette utvalget var 38,6 år ($SD=16,6$, *range* 19–74). 11 personer inngikk i begge utvalgene og hadde hatt sammenhengende tvangsvedtak mellom de to tidspunktene. Disse utgjorde den tredje gruppen. I denne gruppen hadde seks personer en autismespekterdiagnose i tillegg til utviklingshemning. Gruppen bestod av tre kvinner (27,3 %) og åtte menn (72,7 %). Snittalderen på dette utvalget var 45,5 år ($SD=6,6$, *range* 35–57).

Prosedyre

Alle deltakerne var henvist til spesialisthelsetjenesten ved seksjon voksenhabilitering med problemstilling forekomst av atferdsvansker i slikt omfang at tiltak måtte settes i verk. I første omgang vil dette vanligvis være skadeavvergende tiltak der tvang inngår. Ved vedvarende vansker vil tjenestestedet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten starte arbeidet med å utvikle andre løsninger enn tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger spesialisthelsetjenesten å medvirke til å unngå bruk av tvang, og utforme tiltak der det er nødvendig å bruke tvang. Bare planlagte tiltak, ikke skadeavvergende, ble inkludert i denne studien. Planlagte tiltak vedtas av tjenesteansvarlig i den aktuelle kommunen hvor personen bor, og godkjennes av Fylkesmannen etter uttalelse fra spesialisthelsetjenesten. Vedtakene varer vanligvis i ett år, men kan være kortere, og kan forlenges uten en øvre grense. Henviser var fastlege og tjenestestedene ved virksomhetslederen. Tjenestestedene bidro med detaljerte opplysninger om forekomst av utfordrende atferd og hvilke typer tvang og makt som ble brukt.

Den første datainnsamlingen, som omfattet 39 personer, ble foretatt ved Sykehuset Østfold HF, seksjon voksenhabilitering i 2006 i et organisert samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for autisme, tidligere Autismeenheten, tilknyttet Oslo Universitetssykehus. Hensikten med samarbeidet var å utvikle kompetanse i forhold til autisme og utfordrende atferd. Samarbeidet har inkludert økonomisk støtte til

prosjektet fra Autismeenheten (Stubrud, 2005). Den andre datainnsamlingen ble foretatt i 2014 og omfattet 41 personer. Dataopplysningene for alle deltakerne har vært en del av den ordinære kliniske driften som rutinemessig utføres ved seksjonen. Bearbeidningen av dataene brukt i denne framstillingen er godkjent som en del av en kvalitetssikringsstudie ved Sykehuset Østfold, og innebærer full anonymisering.

Instrumenter

All diagnostikk av utviklingshemning og grader av utviklingshemning ble foretatt i henhold til ICD-10 (WHO, 1991), og utført av spesialisthelsetjenesten.

Ved valg av undersøkelsesmetodikk av psykisk helse ble det lagt vekt på at sjekklisterne hadde tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Hatton & Taylor, 2013). Kartlegging av psykiske lidelser og utfordrende atferd ble foretatt enten med symptomsjekklisten Psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA, Senator & Matson, 1985; Matson, 1988), sjekklisten Diagnostic assessment of the severely handicapped-II (DASH-II, Matson et al., 1991) eller Assessment of the dual diagnosis (ADD, Matson & Bamberg, 1998). Diagnosene på psykiske lidelser ble satt på grunnlag av sjekklisteskåringer, påfølgende kliniske observasjoner i deltakernes hjemmemiljø, og klinisk intervju i de tilfellene der dette var mulig. Sjekklisterne som er nevnt over, inneholder inndelinger av ulike psykiske symptomer og utfordrende atferd. De psykiske diagnosene ble satt i henhold til *hovedinndelingene* av psykiske lidelser i ICD-10 (WHO, 1991), der omsorgsmiljøet og hjelperne var informasjonskilder i diagnostikken. Diagnostikken av psykiske lidelser var mer dimensjonal enn kategorisk (Kendel & Jablensky, 2003). Sjekklisterne har anbefalte terskelverdier for diagnoser som avviker noe fra de kategoriske grensene som ICD-10 (WHO, 1991) har.

«Fordelingen av tvangstiltakene viste overvekt av fysisk tvang overfor deltakere med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning»

Typer og omfang av utfordrende atferd ble beskrevet i henvisningene. I samarbeid med andre ansatte i seksjon voksenhabilitering vurderte jeg alle opplysningene i forhold til kategoriene selvskading, skading av andre, materielle ødeleggelser, og vedvarende motstand mot omsorg og mangelfull egenomsorg, som omfatter blant annet tannstell, hygiene, spising og hensiktsmessig bruk av klær. I samarbeid med andre ansatte verifiserte jeg opplysningene om utfordrende atferd gjennom observasjoner av alle deltakerne i deres hjemmemiljø foretatt av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten. Dette ble utført på samme måte for alle deltakerne.

Det aktuelle kommunale omsorgs- og behandlingsmiljøet ga beskrivelser av type og omfang av tvangstiltak. Vi vurderte typer av tvangstiltak og kategoriserte dem som enten 1) fysisk makt og holding, eller 2) begrensninger i form av alarm, låsing av dører,

betydelig styring av hverdagslige gjøremål. I samarbeid med andre ansatte verifiserte jeg opplysninger om typer av tvangstiltak gjennom observasjoner av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten av alle deltakerne i deres hjemmemiljø der tvangstiltakene ble utført. Dette ble utført på samme måte for alle deltakerne.

Resultater

Psykiske lidelser forelå hos 30 deltakere (77 %) i utvalg I, og hos 24 deltakere (59 %) i utvalg II. Gjennomsnittet er 68 %. 29 deltakere (36 %) i utvalgene sammenslått, hadde mer enn én utfordrende atferd og 21 deltakere (26 %) mer enn én psykisk lidelse.

Utfordrende atferd, psykiske lidelser og tvang

Tabell 1 viser fordeling av ulike former for utfordrende atferd, av psykiske lidelser og av former for tvang rapportert om i utvalgene.

Vi beregnet global interskårerreliabilitet for PIMRA. Vi trakk et tilfeldig utvalg på åtte personer der det var skåret to uavhengige sett med skårer. Pearsons korrelasjonskoeffisient er $r=0,88$.

Tabell 1 Sentrale kjennetegn ved utvalgene I, II og III

KJENNETEGN	UTVALG I (2006) N=39	UTVALG II (2014) N=41	UTVALG III (2006-2014) N=11
Utfordrende atferd			
Selvskading	14 (36 %)	12 (34 %)	6 (55 %)
Skade andre	20 (51 %)	13 (32 %)	5 (45 %)
Materielle ødeleggelse	9 (23 %)	6 (15 %)	2 (18 %)
Omsorgsmotstand ^a	30 (77 %)	24 (59 %)	4 (36 %)
Psykiske lidelser			
Angstlidelser (inkludert tilpasningsvansker)	17 (44 %)	26 (63 %)	3 (27 %)
Depresjon	12 (31 %)	3 (7 %)	0 (0 %)
Psykose	1 (3 %)	5 (12 %)	3 (27 %)
Tvangstyper			
Fysisk makt	32 (65 %)	16 (34 %)	5 (42 %)
Begrensninger ^b	17 (35 %)	31 (66 %)	7 (58 %)

^a Omsorgsmotstand omfatter personens vedvarende motstand mot frivillig hjelp til egenomsorg som tannstell, hygiene, hensiktsmessig bruk av klær, spising etc.

^b Begrensninger omfatter alarmer, låste dører, omfattende dagsplaner etc.

For utvalgene I og II var omsorgsmotstand de mest forekommende atferdsvanskene, mens det for utvalg III var selvskading. Psykose forekom i større omfang i utvalg III enn for utvalgene I og II. Bruk av fysisk makt forekom mindre i utvalg II enn i utvalg I, og omvendt for begrensninger (alarmer, låsing av dører, omfattende dagsplaner etc).

Antallet personer med autismspekterforstyrrelser var større i utvalg II, 14 personer (34 %) enn i utvalg I, åtte personer (21 %). For utvalg III var antallet 6 (55 %). Av de seks personene som inngikk i utvalg III, hadde én person moderat grad av utviklingshemning, mens fem hadde alvorlig grad. Av disse seks hadde to personer psykoser, og fire hadde angstlidelser. Atferdsvanskene besto i aggresjon, selvskading og omsorgsmotstand.

Fordeling ved ulike grader av utviklingshemning

Tabell 2 viser fordeling av utfordrende atferd og psykiske lidelser ved de ulike gradene av utviklingshemning blant deltakerne. Deltakerne med alvorlig grad av utviklingshemning utgjorde den største gruppen, etterfulgt av gruppen med dyp grad av utviklingshemning. Gruppene med moderat og lett grad utgjorde færre deltakere. I gruppen med alvorlig grad forekom det høyeste antallet prosentvis med selvskading og psykose, mens omsorgsmotstand forekom høyest prosentvis i gruppen med dyp grad av utviklingshemning.

Tabell 2 Sentrale kjennetegn ved utvalgene fordelt etter grad av utviklingshemning, sammenslått I og II, N=80

KJENNETEGN	DYP GRAD N=25	ALVORLIG GRAD N=41	MODERAT GRAD N=10	LETT GRAD N=4
Utfordrende atferd				
Selvskading	7 (28 %)	18 (44 %)	1 (10 %)	0 (0 %)
Skade andre	6 (24 %)	12 (30 %)	1 (10 %)	1 (40 %)
Materielle ødeleggelse	5 (20 %)	9 (22 %)	1 (10 %)	0 (0 %)
Omsorgsmotstand ^a	21 (84 %)	25 (61 %)	7 (70 %)	1 (40 %)
Psykiske lidelser				
Angstlidelser	8 (32 %)	18 (44 %)	7 (70 %)	3 (75 %)

KJENNETEGN	DYP GRAD N=25	ALVORLIG GRAD N=41	MODERAT GRAD N=10	LETT GRAD N=4
Depresjon	8 (32 %)	8 (20 %)	4 (40 %)	2 (50 %)
Psykose	0 (0 %)	6 (15 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

^a Omsorgsmotstand omfatter personens vedvarende motstand mot frivillig hjelp til egenomsorg som tannstell, hygiene, hensiktsmessig bruk av klær, spising etc.

Tvangsvedtakenes varighet varierte fra tre måneder til åtte år. I utvalg III hadde alle deltakerne hatt tvangsvedtak fra 2006 til 2014. Denne gruppen bestod av 11 personer, hvorav seks hadde en autismspekterdiagnose i tillegg til moderat og alvorlig grad av utviklingshemning. Av de seks hadde fire skadeavvergende vedtak, mens to hadde vedtak om begrensning.

Tabell 3 Fordeling av anvendte tvangstyper sammenslått for utvalgene I og II fordelt på grader av utviklingshemning

TVANGSTYPE	DYP GRAD N=25	ALV GRAD N=41	MOD GRAD N=10	LETT GRAD N=4	ANTALL
Fysisk makt	16 (64 %)	26 (63 %)	4 (40 %)	2 (50 %)	48
Begrensninger ^a	15 (60 %)	23 (56 %)	8 (80 %)	2 (50 %)	48
Sum av antall tvangstyper	31	49	12	4	96

^a Begrensninger omfatter alarmer, låste dører, omfattende dagsplaner etc.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å se på kjennetegn på de personene som ble utsatt for tvang, hvilke utfordrende atferd som ledet til bruk av tvang, og hvilke psykiske lidelser personene led av. Jeg ønsket å se på om det var ulikheter i forekomst av utfordrende atferd og psykiske lidelser i forhold til grad av utviklingshemning. Noen av funnene blir spesielt drøftet opp mot funnene til Nøttestad & Revis (2006), siden denne studien dels hadde samme problemstilling som min.

Alle personene i utvalgene i Østfold hadde alvorlige former for utfordrende atferd, og over halvparten av personene hadde en eller flere psykiske lidelser. Omsorgsmotstand, selvskading og skade mot andre var de atferdsformene som hyppigst førte til bruk av tvang. Nøttestad & Revis (2006) fant størst forekomst av selvskading, skade mot andre og at personene handler slik at deres egen omsorg ikke blir ivaretatt. Deres studie og min har ikke helt sammenfallende kategorier av utfordrende atferd, slik at sammenligning må gjøres med forbehold. Nøttestad & Revis (2006) hadde en kategori for skade på sosialt omdømme, mens min studie ikke har denne kategorien. Men med forbehold viser begge studiene sammenfallende trend.

68 % av deltakerne hadde en eller flere psykiske lidelser. Nøttestad & Revis (2006) fant at 54 % hadde en eller annen form for psykisk lidelse. Begge studiene har brukt hovedkategorier og ikke enkeltdiagnoser. Det var betydelig komorbiditet. I min studie fant jeg høyere forekomst av psykiske lidelser enn den sammenlignende studien. Det er generelt vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, og spesielt personer med autismespekterforstyrrelse (Helverschou et al., 2008a). Et av forholdene som kan ha innvirket, var at Nøttestad & Revis (2006) har lagt til grunn avgjørelser med kategoriske diagnoser. I min studie ble diagnosene avklart med utgangspunkt i sjekklister som gir anbefalte terskelverdier, og er mer dimensjonale enn kategoriske. Psykiske diagnoser og atferdstilstander er kontinuerlige i sin natur, og forekommer i grader heller enn som dikotome størrelser. Dette gir et bedre utgangspunkt for dimensjonale enn kategoriske diagnoser (Holden, 2004; 2006; Kendell & Jablensky, 2003). Forskjellen mellom kategorisk og dimensjonal diagnostisering er likevel ikke veldig stor (Bjelland & Dahl, 2008). Valg av sjekklister hadde også betydning. DASH-II har svak spesifisitet, og PIMRA har noe svak sensitivitet og spesifisitet (Myrbakk & Tetzchner, 2008). Tolkning av funnene må derfor foretas med forsiktighet. Andre forhold som kan forklare forskjellene i forekomst av psykiske lidelser, er ulik henvisningspraksis i de to fylkene, og andelen personer med autisme som er inkludert, kan være ulik.

Det skilles mellom tvangstiltak som omfatter direkte fysisk regulering, og tvangstiltak som omfatter dagligdagse reguleringer av matinntak, grensesetting, låste dører etc. Det var overvekt av fysisk maktbruk og holding i de tvangstiltakene som inngikk i undersøkelsen av utvalgene I og III. I utvalg II var forholdet omvendt, med overvekt av reguleringsvedtak. Sannsynligvis hadde denne endringen å gjøre med kartlegginger på ulike tidspunkter og at fagmiljøene i kommunene hadde arbeidet målrettet med å forbedre tjenestetilbudene over flere år.

Som forventet forekom det overvekt av fysisk tvang overfor deltakere med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning, og omvendt, overvekt av begrensninger for de med lett og moderat grad.

Tvang ble brukt for å stoppe og regulere utfordrende atferd, og for å ivareta grunnleggende behov og funksjoner der personen motsetter seg frivillig hjelp. Gruppen med *alvorlig* grad av utviklingshemning var den største gruppen med 41 personer av de 80 som inngikk totalt. Denne gruppen hadde størst forekomst av selvskading som utfordrende atferd med 44 % og omsorgsmotstand med 61 %. Denne gruppen hadde også den største andelen av tvangstiltakene, med halvparten. Over halvparten i utvalg III hadde autismespekterforstyrrelse. Denne gruppen hadde hatt tvangsvedtak i den åtte år lange perioden mellom de to måletidspunktene. Personer med alvorlig grad av utviklingshemning og autismespekterforstyrrelse hadde mest utfordrende atferd og ga hjelpeapparatet betydelige utfordringer i å utvikle effektive metoder for tilrettelegging og behandling (Hare, 2013; McDonnell, 2010).

Når personer med utviklingshemning reagerer med utfordrende atferd, vil dette alltid til en viss grad henge sammen med det miljøet den enkelte omgis av. Det vil være en

eller annen form for mangelfull tilrettelegging til den enkeltes forutsetninger for mestring og deltakelse. Manglende kommunikasjonsmuligheter vil i mange tilfeller være et sentralt anliggende (Tetchzner, 2003).

Metodiske begrensinger

Studien omfattet voksne personer i Østfold fylke. Det finnes ikke oversikt med sammenlignbare opplysninger i landet. Oversikten fra Helsetilsynet viser imidlertid betydelige variasjoner mellom fylkene når det gjelder *antall* vedtak (Helsetilsynet, 2008; 2014). Bakgrunnen for variasjonen i antall vedtak mellom fylkene *kan* henge sammen med forståelse og tilnærming til problemene med utfordrende atferd og hvorvidt eventuell tvang skal brukes, og hvor langt plikten til å unngå tvang går. Det er derfor vanskelig å generalisere funnene fra denne undersøkelsen til andre fylker. Disse resultatene er i noen grad sammenlignbare med studien til Nøttestad & Revis (2006), men må tolkes med forsiktighet, på grunn av ulike diagnostiske metoder. De anvendte sjekklister er validert for diagnostisering av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, og ikke spesielt for personer med autisme. Det er imidlertid utviklet ett instrument spesifikt for dette (Helveschou, Bakken & Martinsen, 2008b) etter at første del av denne studien var foretatt. Dette innebærer at de anvendte psykiske diagnosene må tolkes med forsiktighet.

Konklusjon

Personer med utviklingshemning som utsettes for planlagt bruk av tvang, viste et betydelig lidelsestrykk med omfattende psykiske lidelser og store atferdsvansker. 68 % hadde en eller flere psykiske lidelser. Selvskading, skade mot andre og omsorgsmotstand var de vanligste formene for utfordrende atferd som førte til bruk av planlagt tvang. Tvangen delte seg i to typer, fysisk makt og begrensninger, og forekom totalt sett i likt antall, men fordelte seg ulikt med mer fysisk makt overfor de med alvorlig og dyp utviklingshemning og mer begrensninger overfor de med lett og moderat utviklingshemning. Dette gir store utfordringer med å utvikle effektive behandlingsformer for psykiske lidelser og gode tilrettelegginger for å avhjelpe utfordrende atferd. Gruppen med alvorlig grad av utviklingshemning og autismespekterforstyrrelse synes å gi de største utfordringene for hjelpeapparatet. Det er metodiske begrensninger i bruk av sjekklister og diagnosepraksis som kan gi svak validitet ved de psykiske diagnosene. Det er behov for modeller som kan tjene som utgangspunkt for utvikling av gode og effektive tjenester som kan redusere behovet for bruk av tvang.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 10, 2015, side 878-886

TEKST

Leif Hugo Stubrud

Referanser

- Bakken, T. L. & Helverschou, S. B. (2008). Utredning av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemning. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. Løkke & I. Mæhle (red.). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. 102-111. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggland, T., Myrbakk, E. & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 6, 1667-1677.
- Berge, K. (2011). *Å gjøre noe annet enn å bruke tvang og makt - beskrivelser av hvordan en person med utviklingshemning, i relasjon til tjenestemiljøet, deltar i utformingen av andre løsninger slik det beskrives i sosialtjenestelovens kapittel 4A*. (Masteroppgave NTNU), NTNU, Trondheim.
- Bjelland, I. & Dahl, A. A. (2008). Dimensjonal diagnostikk - ny klassifisering av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 13-14, 1541-1543.
- Bjørkly, S. (2004). Risk management in transitions between forensic institutions and the community: a literature review and an introduction to milieu treatment approach. *International journal of forensic mental health*, 3, 67-77
- Buitelaar, J. K. (1993). Self-injurious behaviour in retarded children: Clinical phenomena and biological mechanisms. *Acta paedopsychiatrica*, 56, 105-111.
- Charlot, L. (2003). Mission impossible? Developing an accurate classification of psychiatric disorders for individuals with developmental disabilities. *Mental health aspect of developmental disabilities*, 6, 26-36
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J. mfl. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Davis, E., Saeed, S. A. & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment. Reviews literature on anxiety disorders in DD population with practical take-home messages for children. *Psychiatric Quarterly*, 79, 249-263.
- Deb, S., Thomas, M. & Brught, C. (2001). Mental disorders in adult with intellectual disability: prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 495-505.
- Ellingsen, K. E. (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis*. (Doktoravhandling). Luleå Tekniske Universitet, Luleå.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Moss, S. & Kiernan, C. (2007). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. I N. Bouras & G. Holt (red.). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities*. 2. utgave. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hare, D. J. (2013). Developing psychotherapeutic interventions for people with autism spectrum disorders. I J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings & C. Hatton. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. 193-206. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J. Myrbakk, E., Brøndbo, P. H., Steinvik, O. O. & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 2010-2015.
- Handegård, T. L. & Gjertsen, H. (2008). *Kapittel 4A - en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A*. NR-rapport nr.1. Nordlandsforskning.
- Harris, P. (1992). Neurobiological factors in self-injurious behavior. I J. K. Luiselli, K. Matson & N. N. Singh (red.) *Self-injurious behavior: Analysis, assessment and treatment*, 59-92. New York:

Springer-Verlag.

Hatton, C. & Taylor, J. L. (2013). The assessment of mental health problems in adults with intellectual disabilities. I J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings & C. Hatton. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*, 31-54. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Hawkins, S., Allen, D. & Jenkins, R. (2004). The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior – the experience of services users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 19-34.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsetilsynet (2008). *Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000-2007. Nødvendig tvang? Rapport fra Helsetilsynet 7/2008.*

Helsetilsynet (2014). *Tilsynsmelding 2013*. Statens helsetilsyn.

Helverschou, S. B., Bakken, T. L. & Martinsen, H. (2008a). Identifying symptoms of psychiatric disorders in people with autism and intellectual disability: An empirical conceptual analysis. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 11, 105-115.

Helverschou, S. B., Bakken, T. L. & Martinsen, H. (2008b). The psychopathology in autism checklist (PAC): A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 179-195.

Holden, B. (2004). Analyse og behandling av alvorlege og bizarre øydeleggelsar hos ei kvinne med lett psykisk utviklingshemming. Ei atferdsanalytisk tolking. *Diskriminanten*, 3-4, 3-13.

Holden, B. (2006). Funksjonelle analyser av atferd som inngår i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Et atferdsanalytisk supplement til tradisjonelle ICD-10-diagnoser. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 3, 119-139.

Hove, O. & Havik, O. E. (2008). Mental disorders and problem behavior in a community sample of adults with intellectual disability: three month prevalence and co-morbidity. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1, 223-237.

Jansen, D. E. M. C., Krol, B., Groothoff, J. W. & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2, 93-102.

Jones, P. & Kroese, B. S. (2006). Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50-54.

Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.

Matson, J. L. (1988). *The PIMRA manual*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems, Inc.

Matson, J.L. & Bamburg, J.W. (1998). Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 89-95

Matson, J. L., Gardner, W., Coe, D. A. & Sovner, R. (1991). Emotional disorders in severely and profoundly retarded persons: Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) scale. *British Journal of Psychiatry*, 159, 404-409.

McDonnell, A. A. (2010). *Managing aggressive behaviour in care settings. Understanding and applying low arousal approaches*. Chichester: John Wiley & Sons LTD.

Meins, W. (1995). Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 41-45.

Moss, S., Emersen, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C. & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.

Moynahan, Strømgren & Gundersen (red.) (2005). *Erstatt aggresjonen. Aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget.

Myrbakk, E. (2008). A study of behaviour problems and psychiatric disorders among people *with intellectual disability*. (Doktoravhandling). Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.

Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems among people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 29*, 316-332

Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008) Screening individuals with intellectual disability for psychiatric disorders: Comparison of four measures. *American Journal on Mental Retardation, 113*, 54-70.

Nøttestad, J. Å. & Revis, E. (2006). Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 10*, 1029-1135

Oesenburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A. & Jansen, D. E. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. *Intellectual and developmental disability, 2*, 59-85.

Quershi, H. & Alborz, A. (1992). Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research, 5*, 130-145.

Senator, V. & Matson, J. L. (1985). An inventory to assess psychopathology of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 459-466.

Skjelstad, D. V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 6*, 552-558.

Skullerud, E., Linaker, O. M., Svenning, A. C. & Torske, H. (2000). Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120*, 3246-3248.

Smiley, E., Cooper, S. A & Finlayson, J. et al. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *British Journal of Psychiatry, 191*, 313-319

Stubrud, L.H. (2005). *Økologisk bistandsmodell i arbeidet med mennesker med autisme, utviklingshemming og utfordrende atferd*. Rapport nr 2. Oslo: Autisemeenheten.

Tetzchner, S. v. (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

WHO (1991). *WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard