

Tvangens dilemma i behandling av alvorl spiseforstyrrelse

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

TEKST

Hedvig Aasen

PUBLISERT 27. mai 2022

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 Kontrollkommisjonen 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 resonnerer 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 minnet 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 spiseforstyrrelsesfeltet 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 benytter 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 tilleggskriterier 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 overheadet, 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 akuttfasen er at vi noen ganger kommer i krig med den vi forsøker å hjelpe. Tvang med låste dører, soning av næring mot ens vilje, noen ganger med fastholding eller i verste fall beltebruk for å hindre skade i ernærings situasjonen, 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 behandlingsløp 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 angsttrykket.

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.

**«... 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 ...»**

I arbeid med alvorlig spiseforstyrrelse er det lett å havne i et ikke-terapeutisk samspill med pasienten. Det er ikke uvanlig å reagere på pasienters atferd og uttrykk med følelser som sinne, ufrihet, antipati, overdreven ansvarsfølelse 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 sykdomsatferd. 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 gjennom 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 helsetjenester, 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 helseforetak 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 v r målgruppe.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 512-517

TEKST

Hedvig Aasen

+ Vis referanser

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal 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.