

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

PUBLISERT 27. mai 2022

Etter åtte år som vedtaksansvarlig psykologspesialist 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 åpenbart 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 kolleger (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.

Fremtredenhetseskjevhet 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 pasientens 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 helsepersonellens 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 forbigående». Formaninger som dette kommer gjerne i samtale om utgang, utskrivelse eller opphevelse av tvangsparagrafer. Slike fantasioverskrifter 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 svarteper. Ingen vil være den personen som står ansvarlig hvis noe alvorlig skjer. *Unnlattelsesskjevhet* 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. Unnlattelsesskjevhet 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 opphevelse av tvungent vern og overføring til frivillig behandling.

«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 svarteper»

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 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?

- **Forankringseffekten:** Klinikeren lar seg prege av tidligere tvangsvedtaksvurderinger og tar ikke nøytral stilling til informasjonen som kommer frem.

- **Bekreftelsestendensen:** Klinikeren legger bare merke til symptomer som bekrefter det hen allerede antar.
- **Fremtredenhetsskjevhet:** Klinikeren legger merke til de mest spennende symptomene over mer ordinære symptomer
- **For tidlig konklusjon:** Klinikeren tar en tidlig vurdering og stopper å undersøke andre mulige tolkninger
- **Handlingsskjevhet:** Klinikeren følger ett press mot å foreta seg en aktiv beslutning eller handling i stedet for å «vente og se»
- **Unnlattelsesskjevhet:** Klinikeren opplever beslutningsvegring i vanskelige avgjørelser
- **Overmodige slutninger:** Klinikeren får overdreven tro på egne vurderinger og unnlater å undersøke alternative tolkninger
- **Konformitetsbias:** Klinikeren unnlater å komme med vurderinger som går imot en gjeldende konsensus

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 lønnstillegg 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» (Moscovici & 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 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.

«Hvis du har et annet syn på tvangsbruk som du er alene om, kan du fort begynne å tvile på egne faglige 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 tankesett 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 vedtaksvurderinger vil bli mer treffsikre hvis jeg klarer å oppdage når min indre, paternalistiske kliniker gjør vurderinger som burde vært overlatt til min indre jurist.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 482-487

TEKST

Ivar Elvik

KONTAKT: Ivar.elvik@ahus.no

+ **Vis 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.2018.02.00>