



UiO : Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet



## **Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer**

**Ressurshefte fra prosjektet "Psykiske helsetjenester, etikk og tvang"**

**Reidun Norvoll og Reidar Pedersen  
Senter for medisinsk etikk**

# **Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer**

Ressurshefte fra prosjektet «psykiske helsetjenester, etikk og tvang»

av Reidun Norvoll og Reidar Pedersen

Copyright © 2017

Universitetet i Oslo – Senter for medisinsk etikk

ISBN 978-82-93544-05-0 (Trykt)

ISBN 978-82-93544-06-7 (PDF)

Illustrasjonsbilde: Colourbox

Layout: Anbjørg Kolaas

Spørsmål om dette heftet kan rettes til:

Senter for medisinsk etikk, UiO

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

Tlf: 22 85 05 50

Epost: [info-etikk@helsam.uio.no](mailto:info-etikk@helsam.uio.no)

[www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten](http://www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten)

Noe jeg tenkte mye på i etterkant var det at det liksom tas litt for gitt det at man blir utsatt for tvang. Og at det er vondt og at det å forholde seg til seg selv etterpå kan by på en del utfordringer. Og nå er jo jeg ungdom da, så det kan jo hende at det er litt ekstra; hvem er jeg? Hele den pakka der liksom.

Men det virker som det tas veldig som en selvfølge; at så klart du er tvangsinnlagt, henta av politiet og sånn, alle har jo blitt det liksom. Jeg kunne ønske at det var noen som hadde spurt meg om det som skjedde, og vist forståelse:

**Dette er ikke noe som ikke betyr noen ting.**

## FORORD

Kjære leser,

Dette heftet er skrevet for en bred målgruppe av helsepersonell, pasienter, pårørende og politikere innen feltet psykisk helse. Tvang og medvirkning er sentrale sider ved de psykiske helsetjenestene, og reiser ofte mange etiske utfordringer og dilemmaer. Inkludering av pasienter og pårørendes perspektiver er viktig for å styrke kvaliteten på tilbudet – også når tvang er aktuelt. Prosjektet *Psykiske helsetjenester, etikk og tvang* (PET) har hatt et spesielt fokus på etiske aspekter ved tvang, sett fra både helsepersonell, pasienter og pårørendes perspektiv. Pasientens og pårørendes perspektiver på tvang og medvirkning er helt sentralt i systematiske drøftinger av etiske dilemmaer – bl.a. for å belyse sakens ulike sider bedre og for å se flere alternative løsninger. En synliggjøring av deres perspektiver og erfaringer, sammen med helsepersonellens, kan også styrke vurderingsgrunnlaget og fremme dialog mellom partene.

PET-prosjektets medarbeidere har vært Reidun Norvoll (leder for delprosjektet som presenteres i dette heftet), Reidar Pedersen (prosjektleder for hele PET-prosjektet), Marit Helene Hem, Elin Håkonsen Martinsen, Bente Weimand, Reidun Førde, Tonje Lossius Husum, Olaf Gjerløw Aasland, Bert Molewijk, Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Irene Syse og Anders Tvedt.

Vi håper at heftet kan være en kunnskapsressurs for de som arbeider med eller erfarer tvang. Heftet som helhet, eller det utvidete sammendraget, kan leses som et selvstendig bidrag til kvalitetsforbedring av tjenestene, benyttes i politiske og kliniske vurderinger av tvang og mulige alternativer til tvang, eller bidra til å sette personlige erfaringer som pasient, pårørende eller ansatt i en bredere sammenheng. Det kan også benyttes i undervisning eller systematisk etikkarbeid (som kliniske etikk-komitéer eller etikkrefleksjonsgrupper), da gjerne sammen med det andre heftet fra PET-prosjektet om systematisk etikkrefleksjon i psykiske helsetjenester. I det heftet presenteres også de etiske utfordringene som ansatte opplever ved bruk av tvang.

Avslutningsvis vil vi takke Helsedirektoratet for økonomisk støtte til prosjektet og for godt samarbeid. Vi vil også rette en takk til prosjektets referansegruppe (se vedlegg 1), Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Landsforeningen for pårørende i psykisk helse (LPP) og det brukerstyrte senteret KBT Midt-Norge/ Mental Helse Norge for god hjelp underveis.

Oslo, 6. april 2017

**Reidun Norvoll og Reidar Pedersen**

## **Sammendrag**

For å lykkes med redusert og kvalitetssikret tvang i de psykiske helsetjenestene er kunnskap om pasienters og pårørendes synspunkter og erfaringer sentralt. Denne kunnskapen kan bidra til å øke forståelsen av hva som er god behandling og omsorg, styrke medvirkningen rundt beslutningene og bedre dialogen mellom partene om sentrale dilemmaer og løsninger. Det foreligger i dag en del empirisk forskning om pasienters perspektiver, men mindre om pårørendes og unges syn og erfaringer. Den etiske forskningen om pasienters og pårørendes moralske vurdering av tvang som rett eller galt, og hvorfor, er generelt sparsom.

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo, fikk derfor i oppdrag av Helsedirektoratet, å gjennomføre prosjektet «*Psykiske helsetjenester, etikk og tvang*» (PET- prosjektet). Prosjektet har gått fra 2011-2016, og har hatt som hovedformål å styrke etikkarbeidet i de psykiske helsetjenestene. En hoveddel har utprøvd etikkrefleksjonsgrupper i praksis og undersøkt etiske utfordringer som de ansatte står i ved bruk av tvang. Hvis du ønsker å vite mer om denne delen av prosjektet så er det beskrevet i egen rapport (Hem, Molewijk og Pedersen 2017). Den andre hoveddelen – som er fokus i denne rapporten – har undersøkt pasienters og pårørendes syn på og erfaringer med

tvang og medvirkning, og deres syn på mulige løsninger og alternativer til tvang.

Prosjektet består av flere delstudier med intervjuer av personer med pasient- og tvangserfaringer og med pårørende i ulike aldersgrupper. I tillegg en landsomfattende web-basert spørreundersøkelse der brukere også deltar. Prosjektet inkluderer alle typer formell og uformell tvang i de psykiske helsetjenestene, og et bredt spekter av psykiske problemer.

I kapittel 2 og 3 definerer vi begrepene «tvang» og «medvirkning» og redegjør for den foreliggende forskningen om tvang samt sentrale etiske og juridiske avveininger i forbindelse med tvang. Betegnelsen «pasienter» er brukt som hovedbegrep i rapporten for personer med tvangserfaringer. Del II beskriver så sentrale resultater fra forskningen, mens Del III diskuterer resultatene og veien videre.

## **DEL 2 – Pasienter og pårørendes syn på og erfaringer med tvang og medvirkning**

For å øke forståelsen av pasienters og pårørendes perspektiver begynte vi med å undersøke nærmere hva pasienter og pårørende la i begrepet tvang (hva er egentlig tvang?), for deretter å spørre hvorvidt de fant tvangsbruken som riktig eller galt, og hvorfor. Vi spurte også i hvilken grad de opplevde muligheter for medvirkning og involvering. I tillegg ba vi om forslag til hvordan

man kan gjennomføre tvang på best mulig måte, forebygge tvangsbruk eller frivillige alternativer. Hva svarte så pasientene og pårørende?

## **Kapittel 4. Hva er tvang?**

**Pasientene** hadde en bred og institusjonsovergrepene forståelse av tvang som inkluderte både formell (lovregulert) tvang og uformell tvang (som press, trusler og betingelser). De var ofte opptatt av systemtvangen og av «frivillig» eller «subtil» tvang. Tvang kunne brukes av både de psykiske helsetjenestene, NAV og barnevern, og sammen forsterke tvangstrykket. Tvangens kjerneaspekter ble beskrevet som mangel på frihet og selvbestemmelse, makt og avmakt, og som sosiale og eksistensielle livshendelser. De unge beskrev også tvang som det å bli institusjonalisert og foreldrepess.

**Pårørende** definerte tvangens kjerneaspekter som tap av frihet og selvbestemmelse, og som makt, som hjelp, orden og omsorgsavlastning, og som alvorlig inngripen og dramatisk hendelse. Deres grunnlagsforståelse av tvang liknet da pasientene, men de vektla oftere tvang som hjelp for pasienten og familien, og la større vekt på forholdene i hjemmesituasjon.



## **Kapittel 5. Moralske syn på og evaluering av tvang**

**Pasientene** hadde noe ulike syn på tvang som riktig eller galt. Noen mente at tvangsbruken hadde vært riktig hjelp og muligens livreddende. Flere var likevel kritiske til tvangsbruken og tvangsmedisinering ble beskrevet som spesielt problematisk. De fremhevet behovet for å inkludere alternative perspektiver og frivillige løsninger, en mer nyansert forståelse av «utagering/aggresjon» og skadepotensialet av tvang i vurderingene. Øvrige viktige hensyn i vurderingene av tvang som riktig eller galt var:

- Farlighet – eller til skade for seg selv eller andre vs. skader av tvang.
- Paternalisme og lydighetskrav vs. medvirkning.
- Innhold og utkomme av tvangen – til hjelp eller ikke?
- Proporsjonal (forholdsmessig) bruk av tvang vs. unødig/overdreven tvangsbruk.
- Stigmatisering og diskriminering vs. anerkjennelse og fullverdige menneskerettigheter.
- Rettsikkerhet og klageordninger vs. mangler i praksis.
- Måten tvangen utføres på – anerkjennende og omsorgsfull vs. straff og krenkelser.

De etterlyste generelt mer grundige vurderinger av og begrunnelser for tvangsbruken, bedre rettsikkerhet og mer medvirkning, også ved tvang.

**Pårørende** hadde stor spredning i synet på tvang som riktig eller galt. De stilte seg ofte noe mer positive til tvangsbruk enn pasientene, og mente den var nødvendig. Flere opplevde imidlertid tvang som et vanskelig valg, bekymringsfullt eller traumatisk. Dilemmaer ble forsterket ved mangelfull omsorg og dårlig behandlingskvalitet. Viktige hensyn i deres vurderinger av tvang som riktig eller galt var:

- Fare for seg selv og andre.
- Behov for behandling og hjelp til pasienten.
- Hensynet til familiens livskvalitet og relasjoner.
- Innhold og utkomme av tvangen – til hjelp eller ikke?
- Proporsjonal (forholdsmessig) bruk av tvang.
- Måten tvangen utføres på.

Pårørende beskrev også andre vanskelige dilemmaer ved tvang, herunder:

- Å balansere kontroll og frihet på en god måte.
- Fare for skade ved bruk av tvang; herunder på familierelasjonene.
- Hvordan snakke sammen om problemene og tvangen hjemme?
- Behov for hjelp, men dårlig kvalitet på behandling og tvangsbruk.

Flere hadde store og udekkete behov for å snakke mer sammen med helsepersonell om disse dilemmaene.

## **Kapittel 6: Syn på medvirkning og pårørendeinvolvering**

**Pasientene** mente at medvirkning og involvering i egen behandling er en viktig forutsetning for å lykkes, selv om det finnes situasjoner der omgivelsene må overta. Alle savnet mer lydhørhet, informasjon og selvbestemmelse, også ved tvang. De mente pårørendeinvolvering er viktig, men dette avhenger av bl.a. relasjonskvaliteten og pårørendes syn på tvang og medisiner. Noen kan også ønske å skåne sine pårørende. Alle forsvarte viktigheten av taushetsplikten, men mente den kunne utføres mindre rigid. Flere hadde gitt samtykke til å dele informasjon med pårørende, uten at helsepersonell hadde gitt informasjon.

**Pårørende** var generelt lite opptatt av pasientmedvirkning. De hadde ulike erfaringer med pårørendeinvolvering fra god til svært dårlig. Mange kjente seg lite sett av helsepersonell, og savnet mer informasjon og støtte. Godt samarbeid reduserte opplevelsen av byrder, mens manglende involvering kunne øke lidelsestrykket. Flere var kritiske til taushetsplikten og helsepersonells rigide bruk av denne, selv om man anerkjente pasientens behov for privatliv.

Pasienter og pårørende hadde da mange sammenfallende vurderinger av viktigheten av informasjon, støtte og involvering. Det var imidlertid noe ulikt syn på pårørendes rolle som ressurs og av taushetsplikten, selv om de fleste ønsket en mer dynamisk bruk av denne.

## **Kapittel 7: Alternative perspektiver og løsninger**

Pasienter og pårørende hadde mange sammenfallende forslag til alternative perspektiver og løsninger. Disse omhandlet bedre utbygging av gode levekår, meningsfulle aktiviteter i hverdagen, samt flere og mer tilgjengelige frivillige tjenester. Det er også behov for flere «mellomtette» eller oppsøkende tjenester da polikliniske samtaler kan være for lite. Andre forslag var:

- Langsiktig forebygging.
- Mest mulig lempelige metoder (bl.a. bruke tid, kommunikasjon og gode relasjoner).
- Helsepersonell må tåle sterke følelser hos pasienten uten å måtte gripe inn med tvang.
- Tett oppfølging og behandling hjemme i stedet for innleggelse.
- Mer selvbestemmelse.
- Styrke mestringsevnen hos pasienten gjennom aktiv oppfølging.
- Inkludere familie og venner.
- Peer-support (støtte av medpasienter eller andre i brukerorganisasjonene).
- Tett oppfølging etter tvangsbruk (f.eks. omsorg, ettersamtaler eller kriseplan).

Flere mente også at kriseplan kunne ha en viktig betydning, men at den var mangelfullt utnyttet i praksis, og var vanskelig ved

raske svingninger. Pasientene så generelt flere muligheter for frivillige alternative løsninger hjemme enn pårørende som fokuserte mer på behovet for medisiner og sykehusinnleggelse. Pasientene hadde også et bredere syn på bedringsprosesser og var mer kjent med alternativer til tvangsforskningen. Pårørende virket mindre kjent med disse kunnskapstradisjonene.

### **DEL 3 – Diskusjon og anbefalinger**

Oppsummerende finner prosjektet dels sammenfallende og dels ulike syn på tvangens natur mellom pasienter og pårørende. Alle parter forstod imidlertid tvang som et bredere begrep enn lovens definisjon av tvang og tradisjonell etikk. Tvang omhandler både uformell og formell tvang. Den er nært forbundet med forhold i hjemmesituasjon, og med tjenestene og behandlingens utforming og virkemåte, og ikke minst hvilke alternativer til tvang som finnes. Bruk av tvang må også vurderes i forhold til alternative og mer frivillige løsninger og de konsekvensene tvangsbruk kan gi både psykologisk, eksistensielt, relasjonelt og sosialt. Pasientene og pårørendes hadde både positive, ambivalente og kritiske syn på tvang. De hadde mange sammenfallende vurderingskriterier for om tvang var riktig eller galt. Pårørende fremhevet noe oftere tvang som nødvendig, og hensynet til familien, mens pasientene fremhevet problemet med manglende medvirkning og mangelfull bruk av frivillige alternativer. Det var til dels store individuelle variasjoner i og mellom grupper.

Resultatene fra PET-prosjektet samsvarer i stor grad med internasjonal forskning. Prosjektet synliggjør spesielt pårørendes vanskelige dilemmaer og påkjenninger ved tvangsbruk. Det viser også at noen unge kan utsettes for omfattende og langvarig bruk av tvang, og at den ofte oppleves som alvorlig, og for noen som traumatisk. Prosjektet understreker viktigheten av at tvang vurderes i et bredere etisk, behandlingsmessig og organisatorisk perspektiv. Det er også nødvendig å inkludere et sterkere familieperspektiv i tjenestene og etikken fordi tvangsbruk har nær sammenheng med familiens situasjon. Dette innebærer at reduksjon og kvalitetsforbedring av tvang må inkludere organisatoriske, behandlingsmessige og sosiale forhold.

Prosjektet viser også at man må inkludere en vid forståelse av tvangens potensielle effekter, samt det individuelle utkomme, når man vurderer og balanserer prinsippene om velgjørenhet og fare for skade opp mot hverandre i den enkelte situasjon. Faren for skade gjør det viktig å unngå unødig tvang gjennom forebygging og god kvalitetssikring av tvangsbruken samt grundig oppfølging etterpå, og et mer systematisk samarbeid om alternative løsninger. I et dialogisk etisk perspektiv er det viktig at helsepersonell systematisk undersøker pasientens og pårørendes perspektiver, og gjør rede for sitt ståsted og begrunnelser. I tillegg er det viktig at helsepersonell får anledning til å diskutere egen tvangspraksis, f.eks. slik det er beskrevet i det andre ressursheftet fra PET-prosjektet.

I tiden fremover er det særlig viktig å se på tvang overfor unge pasienter, og hvordan man kan styrke deres rettssikkerhet. Man bør også styrke pårørendearbeidet ved tvang, og øke pårørendes rolle i samarbeidet om pasientens eget recovery-arbeid. Det er behov for ordninger som bidrar til en god beslutningsstøtte for å sikre at tvangen og taushetsplikten blir utøvd på best mulig måte, herunder bruk av etikkrefleksjon. Sprik mellom helsepolitikk og praksis synliggjør også behovet for mer kunnskap om hvordan viktige tiltak bedre kan iverksettes i praksis, og hvordan tvang kan forebygges i hjemmesituasjon gjennom bedre støtte og mer triadisk samarbeid mellom pasient, familie og helsetjenestene.

PET-prosjektet viser da at tvang og medvirkning fortsatt er et viktig område for kvalitetsutvikling av de psykiske helsetjenestene. Dette gjelder spesielt sykehusene og deres samhandling med desentraliserte tjenester. Stabiliteten i tvangsbruken og de mange tilbakemeldingene om unødvendig eller for inngripende tvangsbruk kan tyde på et behov for å gjøre strukturelle endringer av tjenestene og behandlingstilbudets utforming for å få en større og mer langsiktig effekt. Dette vil fordre en aktiv, konsistent og målbevisst helsepolitikk og implementeringsarbeid over tid.

# Innhold

DEL 1 – Om forskningen og PET-prosjektet.....	1
1: Innledning.....	1
Hvorfor er kunnskap om pasienters og pårørendes perspektiver viktig?.....	2
Hvilke pasienter og pårørende deltok i PET-studiene? .....	4
Om heftet.....	6
2: Begrepsavklaringer.....	9
Hva er tvang? .....	9
Hva er medvirkning? .....	11
3: Kunnskapsgrunnlag.....	13
Hva er omfanget av tvang og hva påvirker tvangsbruk? .....	13
Konsekvenser av tvangsbruk.....	14
Pasienter og pårørendes syn på tvang og medvirkning.....	16
Tvangsreduksjon og alternativer til tvang .....	20
Etiske avveininger ved tvang og medvirkning.....	24
Hvilke særegne bidrag gir PET-prosjektet om tvang og medvirkning? .....	31
DEL 2 - Pasienter og pårørendes syn og erfaringer med tvang og medvirkning i PET-prosjektet.....	33
4: Hva er tvang? .....	33
Pasientenes perspektiver .....	33
Pårørendes perspektiver .....	44
5: Moralsk evaluering av tvang.....	50
Pasientenes moralske syn på og vurderinger av tvang.....	50
Pårørendes moralske evaluering av tvang.....	65
Dilemmaer ved bruk av tvang for de pårørende.....	73



6: Syn på medvirkning .....	81
Pasientenes syn på medvirkning i egen behandling .....	81
Pasienters syn på involvering av pårørende og taushetsplikt .....	82
Pårørendes syn på medvirkning, involvering og taushetsplikten..	87
7: Alternative perspektiver og løsninger .....	93
Forslag fra pasientene.....	93
Forslag fra pårørende .....	98
DEL 3 – Diskusjon og anbefalinger .....	101
8: Avslutning.....	101
Likheter og forskjeller i perspektiver på tvang og medvirkning..	101
Samsvar med tidligere forskning .....	105
Noen implikasjoner av funnene i PET-prosjektet .....	106
Veien videre .....	109
Referanser .....	113
Vedlegg 1 Oversikt over referansegruppens medlemmer .....	117
Vedlegg 2 Psykisk helsevernloven og tvang.....	118
Vedlegg 3 Artikler fra PET-prosjektet.....	121

# DEL 1 – Om forskningen og PET-prosjektet

## 1: Innledning

Bruk av tvang overfor pasienter i psykiske helsetjenester er vanlig praksis i mange land. Tvang er samtidig et av de mest inngripende tiltak som finnes i et samfunn og har derfor vært ledsaget av mye debatt. I de siste tiårene har det vært økt forskning om tvang og flere land har iverksatt nasjonale tiltaksplaner for reduksjon av og kvalitetssikret bruk av tvang, inkludert Norge.<sup>1</sup> Som del av den norske satsingen fikk Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo, i oppdrag av Helsedirektoratet å styrke etikkarbeidet i de psykiske helsetjenestene gjennom prosjektet «*Psykiske helsetjenester, etikk og tvang*» (PET-prosjektet) med varighet fra 2011 til 2016. Prosjektet skulle blant annet utprøve etikkrefleksjonsgrupper for helsepersonell i praksis (Hem, Molewijk & Pedersen 2017). I tillegg skulle det øke kunnskapen om pasienters og pårørendes syn på og erfaringer med tvang og medvirkning, og mulige løsninger på utfordringer og dilemmaer. Dette heftet vil beskrive resultatene fra den sistnevnte delen av PET-prosjektet.

---

<sup>1</sup> Herunder den «*Nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*».

## Hvorfor er kunnskap om pasienters og pårørendes perspektiver viktig?

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.» (Søren Kierkegaard (1813 – 55) <sup>2</sup>

Kunnskap om pasienters og pårørendes syn og erfaringer er viktig for helse- og sosialtjenestene på flere måter. Den er viktig av epistemologiske grunner; vi trenger slik kunnskap for å bestemme hva som er god behandling og omsorg. Kunnskap om pasienters og pårørendes perspektiver kan også gjøre det lettere å sette ord på viktige utfordringer, begrunne valg på en forståelig måte og bidra til bedre dialog. Helsepersonell bør alltid gjøre seg kjent med pasientens individuelle interesser og ønsker, eventuelt slik de pårørende kjenner dem, før de forsøker å hjelpe. Å få til en individuell tilnærming og et godt samarbeid med pasienter og pårørende er betydningsfullt både ved frivillighet og tvang, f.eks. for å gjennomføre tvangsbruken på en minst mulig krenkende måte, redusere tvangen og finne frem til gode alternativer. Erfaringer viser samtidig at et slikt samarbeid kan vanskeliggjøres på grunn av ulike prinsipielle oppfatninger og forståelsesforskjeller mellom pasient, pårørende og

---

<sup>2</sup> Kierkegaard S. *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard S. Samlede værker. Bd. 18. København: Gyldendal, 1994.*

helsepersonell i synet på behandling og tvang (Norvoll & Husum, 2011).

I helsepolitikken og etikken har man i økende grad vektlagt pasientens og pårørendes rett til å bli hørt og medvirke i egen behandling, samt bidra i utformingen av helsetjenestene. I etikken har man også vært opptatt av å inkludere alle berørte parter siden partene kan ha ulike vurderinger av hvilke etiske verdier som bør legges til grunn, og hvordan utfordringene kan og bør løses (Habermas, 1999; Widdershoven, Abma, & Molewijk, 2009). Ingen ekspert, profesjonell eller person har tilgang til hele sannheten om god behandling og bruk av tvang. Dette gjør at kontinuerlig dialogisk etisk refleksjon og vurderinger blir sentralt.

De underliggende perspektivene kan også ha stor betydning for beslutninger om tvangsbruk. Økt bevisstgjøring hos personalet om grunnlagstenkningen er ansett som sentralt for å kvalitetssikre tvangsbruk i fagutviklingsarbeid (Norvoll, Hem, & Pedersen, 2016). Slike underliggende perspektiver kan f.eks. være det underliggende synet på og holdninger til personer med psykiske problemer eller deres pårørende, hva som skal regnes som tvang, eller den rådende behandlingstenkningen. Pasienter/brukere kan bidra til å klargjøre og utfordre innarbeidede tenkemåter. De har blant annet påpekt nødvendigheten av å løfte frem de overordnede prinsipielle og etiske aspektene ved tvangsbruk (som menneskerettigheter) og

de sosiale og organisatoriske sammenhengene som tvangen foregår i (Ellingsdalen, 2016; Oaks, 2011; Russo & Wallcraft, 2011). De mener også at forskning om pasientens opplevelser og opplevd tvang er viktig, men ikke nok. Den kan f.eks. kritiseres for å legge for mye vekt på at pasienten skal *føle* seg bedre under tvangen heller enn å undersøke den faktiske tvangsbruken og mulige alternativer til tvangsbruk. Dette kan føre til at forskningen bidrar til å skape barrierer for systemendring og utvikling av frivillige alternativer, eller undervurderer den alvorlige effekten tvang kan ha for pasientens liv.

Vi trenger derfor kunnskap om brukernes og pårørendes synspunkter på tvang og medvirkning, inkludert argumenter og begrunnelser for hvorfor de vurderer tvang som til hjelp eller ikke. Disse kan så sees i sammenheng med helsepersonells perspektiver.

### **Hvilke pasienter og pårørende deltok i PET-studiene?**

PET-prosjektet består av flere delstudier med personer med pasient- og tvangserfaringer (i rapporten omtalt som «pasienter») og pårørende i ulike aldersgrupper, og av en landsomfattende web-basert spørreundersøkelse med helsepersonell og brukere.

**I de kvalitative delstudiene** med pasienter og pårørende ble det benyttet en kombinasjon av fokusgruppeintervjuer som varte ca.

tre timer med pauser, par-intervju og individuelle intervjuer på ca. 30 til 90 minutter. Til sammen deltok:

- 24 voksne pasienter (ca. 22-65 år)
- 9 unge pasienter (ca. 16-21 år)
- 20 voksne pårørende (ca. 35-70 år) til voksne (ca. 20-70 år)
- 16 voksne pårørende (ca. 40-55 år) til unge pasienter (16-19 år)
- 7 unge pårørende (14-20 år) der brukerne var foreldre/søsken

Siden vi var mest interessert i tvang generelt, la vi til grunn brede inklusjonskriterier: Pasientene eller pårørende skulle tilhøre rett aldersgruppe, ha (eller hatt) alvorlige psykiske problemer og tvangserfaringer og kunne gjennomføre et intervju uten at det var for belastende.

Pasientene og pårørende hadde erfaring med ulike psykiske problemer som psykose, schizofreni, bipolar lidelse og selvmords-/depresjonsproblematikk, noen ganger i kombinasjon med rusproblemer. De unge pasientene slet oftere med problemer i forhold til anorexi, depresjon/angst, selvskade og selvmordstanker. De voksne deltakerne hadde ulike erfaringer med omfang og typer tvang, alt fra en til flere typer tvang som tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering, belter, skjerming, holding og tvang uten døgnopphold (TUD). Noen unge hadde i tillegg erfaring med tvangsernæring eller det å bli innlagt på foreldrenes

samtykke før 16 år. De fleste informantene hadde retrospektive vurderinger av tvangsbruken. Nærheten til tvangsbruken i tid var imidlertid noe forskjellig; fra flere år tilbake, siste året til pågående tvang ved intervju (tvangsinnleggelse og TUD).

Voksne pasienter og pårørende til voksne ble i hovedsak rekruttert via brukerorganisasjoner og Erfaringskompetanse.no. I tillegg ble tre pasienter rekruttert fra et sykehus for å sikre variasjon i utvalget. Unge pasienter og pårørende til unge pasienter ble rekruttert via ungdomsklinikker på to sykehus, og unge pårørende via et tredje helseforetak. Pga. ulike utfordringer med rekruttering ble aldersgrensene for de unge utvidet noe.

Den landsomfattende web-baserte spørreundersøkelsen inkluderte bl.a. holdninger til tvang og om medvirkning og informasjon til pasienter og pårørende. I tillegg ble det gjennomført telefonintervjuer med helsepersonell om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon (Norvoll et al., 2016). Noen resultater fra denne undersøkelsen vil benyttes i diskusjonen.

## **Om heftet**

PET-prosjektet er stort. Vi kan derfor kun beskrive noen sentrale hovedfunn. Interesserte kan lese mer i allerede publiserte og kommende vitenskapelige og populærvitenskapelige artikler fra prosjektet (vedlegg 3).

I heftet vil vi først gi en kort introduksjon til tidligere forskning og sentrale begreper. Deretter vil vi utdype deltakernes synspunkter og erfaringer i forhold til fire hovedtemaer: 1) Hva er tvang? 2) Moralsk evaluering av tvang, 3) Alternative perspektiver og løsninger, og 4) Medvirkning. Vi vil først presentere generelle funn for alle undergrupper, for så omtale spesifikke funn ved gruppene, som f.eks. for unge pasienter. Avslutningsvis drøftes viktige innsikter fra prosjektet av etisk, faglig og helsepolitisk relevans, og vi gir noen anbefalinger for veien videre.

I det psykiske helsefeltet benyttes ulike begreper på psykiske helseproblemer og behandling. I hovedsak vil vi benytte begrepene «psykiske helseproblemer» og «pasient» (eller «deltaker» i studien) siden det er pasienterfaringene med tvang som er i fokus. Begrepet «bruker» benyttes når vi omtaler brukermiljøene direkte, eller argumentasjonen kommer fra brukerorganisasjoner. I prosjektet har vi lagt til grunn de pårørende som pasienten selv har definert, eller de som meldte seg fra pårørendeorganisasjoner. Dette var i hovedsak ektefelle/partner og øvrig familie. Flere pasienter understreket samtidig betydningen av medpasienter, venner og formelle hjelpere. «Psykiske helsetjenester» inkluderer alle typer tjenester og faggrupper, både psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og psykisk helsearbeid (kommunene). Tvangen som beskrives er primært utført i sykehusene, trolig fordi den formelle tvangen stort sett gjennomføres der. Vi legger imidlertid til grunn en



helhetlig og bred forståelse av psykiske helseproblemer og behandling da vi mener dette er avgjørende for å forstå pasienters og pårørendes perspektiver og anliggender.

## 2: Begrepsavklaringer

### Hva er tvang?

Teorier om tvang beskriver gjerne tvang som at A stiller et tvangsmessig krav til B om å gjøre Y – og der B ikke har noen annen mulighet enn å adlyde (Anderson, 2014; Feinberg, 1986; Wertheimer, 1993). Kjerneaspekter ved tvang er ufrivillighet og tap av frihet og selvbestemmelse (autonomi). Dette inkluderer også tap av positiv frihet til å uttrykke seg selv eller følge egne mål og interesser. Tvang kjennetegnes ofte ved bruk av press, trusler og betingelser, og av makt; der en person/gruppe kan få igjennom sin vilje tross motstand hos den/de andre. Maktbruk kan lede til motmaktstrategier eller avmakt der man ikke ser noen muligheter til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljesutøvelse overfor en selv. Noen mener det finnes grader av tvang. Tvang er blant annet beskrevet som et ytterpunkt på en skala av fire maktformer: Å motivere noen til å gjøre noe, overtale, bruke autoritet eller utøve tvang (Wertheimer, 1993). Tvang skiller seg ut ved at styrken i kravet er sterkere enn ved andre maktformer og ved at valgmulighetene er nesten fraværende.

Tvang beskrives ofte som et sammensatt begrep. Den kan ta form som ytre begrensninger (f.eks. innelukking) og/eller indre individuelle psykologiske prosesser; som når de psykiske

problemene gjør at man ikke klarer å handle ut fra sin egentlige frie vilje (Feinberg, 1986; Wertheimer, 1993). Bruk av tvang utøves på ulike samfunnsnivå (Øye og Norvoll, 2013): Som statens inngripen overfor borgerne i storsamfunnet; som strukturelle og organisatoriske forhold, f.eks. der hele sykehuspostens utforming med låste dører og restriksjoner forsterker opplevelsen av tvang (Sjostrom, 2006); og på relasjonelt nivå mellom helsepersonell og pasient, eller familiemedlemmer imellom. Maktbruk kan være tilsiktet eller utilsiktet ved at man utøver tvang uten å ha personlige intensjoner om dette. Det finnes flere ulike maktformer som fysisk makt, symbolsk makt, materiell makt og kunnskapsmakt. Alle kan inngå i tvangsbruk.

I tvangsforskningen skiller man også ofte mellom *formell* tvang (lovregulert tvang som det fattes vedtak for) og *uformell* tvang. Psykisk helsevernloven inndeler den formelle tvangen i tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), tvangsmidler, skjerming og tvangsbehandling.<sup>3</sup> Viktige vilkår for tvungent helsevern er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og at behandlings- eller farekriteriet er oppfylt. Videre skal legen personlig undersøke pasienten, lempeligere midler skal være forsøkt, og tvangen skal fremstå som klart beste løsning (med mindre det er fare for

---

<sup>3</sup> Se nærmere beskrivelse i vedlegg. Fra tvangsforskning.no eller Psykisk helsevernloven med forskrifter: lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: vedtatt 02.07. 1999 nr. 62 (Lovdata.no).

andre). Pasienten har rett til å få uttale seg, og både pasient og pårørende har klagerett. Uformell tvang er tvang som ikke er formalisert som vedtak. Den kjennetegnes ofte av press, trusler og betingelser som kan gjøre at pasienter ikke opplever at de har reell selvbestemmelse eller frihet. Noe tvang er også i gråsonen mellom frivillighet og tvang.

### **Hva er medvirkning?**

Rett til medvirkning og informasjon inngår som en viktig og grunnleggende pasient- og brukerrettighet i loven (§ 3-1 Pasient- og brukerrettighetsloven). Lovens fokus er primært informasjon og medvirkning ved *beslutninger* om helsehjelp. Hovedregelen i pasient- og brukerrettighetsloven er at helsehjelp kun kan gis etter et informert samtykke, og et gyldig samtykke forutsetter informasjon, samtykkekompetanse og frivillighet. Der pasienten mangler samtykkekompetanse har nærmeste pårørende som hovedregel rett til informasjon for å kunne representere pasienten. Pårørendes skal da medvirke gjennom å gi det de måtte ha av informasjon om hva pasienten ville ha ønsket til ansvarlig helsepersonell. I psykisk helsevernloven gis nærmeste pårørende også rett til begrenset informasjon ved tvangsvedtak for å kunne klage på vegne av pasienten. I tillegg skal deres syn og livssituasjon tillegges noe vekt i vurderinger av tvangsbruk.

Medvirkning foregår imidlertid på mange ulike nivåer, fra brukerdeltakelse i formelle råd og utvalg til det at brukene gir uttrykk for ønsker og behov i direkte pasientbehandling (Cleary, Freeman, & Walter, 2006; Haukelien, Vike, & Møller, 2011). Den omhandler både involvering og deltakelse i behandling og omsorg i og utenfor tjenestene, beslutningsprosesser og kunnskapsdannelse og forskning. Pårørende kan også medvirke gjennom å være en viktig del av pasientens liv, relasjoner og sosiale nettverk. Medvirkning har ulike grader og spenner over alt fra det å bli hørt og sett – ha en stemme i en sak – til å være den som har makt til å ta beslutningen eller styringen. Medvirkning kan redusere eller lette tvangsforholdet ved å gi pasientene og pårørendes perspektiver mer gyldighet og styrke mulighetene for å bli sett, hørt og få innflytelse i eget liv. Et viktig formål for PET-prosjektet har derfor vært å undersøke hvordan medvirkning kan styrkes og balanseres på en god måte i klinisk arbeid og etikkrefleksjon, og spesielt ved tvangsbruk.

### **3: Kunnskapsgrunnlag**

#### **Hva er omfanget av tvang og hva påvirker tvangsbruk?**

Det har i over mange år blitt ført nasjonal statistikk over den formelle tvangsbruken. Denne er samtidig belagt med mange svakheter. Tallene må derfor behandles med forsiktighet.

Bruken av tvang i Norge har vært relativt stabil etter siden 1970-tallet (Hatling, 2013). Det er relativt mange pasienter og pårørende som blir berørt. Tall fra Norsk pasientregister i 2016 viser f.eks. at om lag 7980 personer ble tvangsinnlagt i 2014. Samme år ble det fattet 11 653 vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming for 4 507 pasienter og 2 532 innrapporterte vedtak om tvangsbehandling med legemidler fordelt på 1 502 unike pasienter ([www.tvangsforskning.no/noekkeltall\\_tvang](http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang)). Det er en relativt høy andel som klager, spesielt på tvangsbehandling med antipsykotika, men kun en lav andel som får medhold i sine klager over tvangsbruken (Pedersen, Hellevik, & Skui, 2016).

Forskning finner store og stabile variasjoner i bruk av tvang geografisk og lokalt (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik, & Bergesen, 2014; Hatling, 2013). Vi har ikke sikre svar på årsakene til disse forskjellene, men mulige faktorer kan være pasientenes tilstand, ulike sosiale, organisasjonsmessige og personellmessige forhold som f.eks. by/land, lovgrunnlag, lovfortolkning og praksisstandarder. Sykehuspostenes fysiske utforming, filosofi og

kultur samt ledelsens og personalets holdninger til bruk av tvang påvirker også bruken. Andre influerende faktorer er bemanning, utdanning, kompetanse og beslutningsprosesser samt tiltak og arbeidsformer i førstelinjetjenesten (herunder legevakt). Familien kan også påvirke tvangsbruk ved å bidra i tvangsforebygging, være pasientens advokat, eller initiere tvang fra helsetjenestene (Hallam, 2007; Yeates, 2007).

### **Konsekvenser av tvangsbruk**

Tvangens inngripende karakter i personlig autonomi, fordrer at den kan rettferdiggjøres klinisk og moralsk. Et spørsmål i denne forbindelse er hvorvidt tvangen er til gagn ved å bidra til bedring eller avverger skade, eller om den kan medføre skade i seg selv, eller hvordan disse to hensynene skal balanseres i konkrete situasjoner. Kunnskap fra forskning er viktig når man skal avveie hensyn og risiko ved tvangsbruk. Hva vet vi så om konsekvenser av tvangsbruk?

I hovedsak finnes det få behandlingsstudier av tvang sett i forhold til den omfattende bruken (Høyer, 2009; Maughan, Molodynski, Rugkåsa, & Burns, 2014; Norvoll, Ruud, & Hynnekleiv, 2015; Sailas & Fenton, 2000). Foreliggende forskning gir noe ulike og dels motstridende resultater. Innenfor behandlingforskningen finner man ikke sikre vitenskapelige holdepunkter for at tvang svekker behandlingseffekten eller bedrer behandlingresultatet,

eller hvorvidt den bidrar til å forebygge aggresjon og vold. Det mangler også kunnskap om skadene ville vært større uten tvangsbruk (Hatling, 2013; Helsedepartementet, 2011; Høyer, 2009; Norvoll, 2011).

Noen studier viser at tvangen kan gi positive effekter i form av sikkerhet, trygghet eller støtte (Lorem, Hem, & Molewijk, 2015), eller ha ambivalente effekter (f.eks. både være en psykisk belastning og livreddende). En litteraturgjennomgang finner det samtidig godt dokumentert at tvang har potensial for å gi fysisk, psykisk og sosial skade (Norvoll, 2011).

**Mulige skader av tvang, og som bør tas med i vurderinger av skade, er f.eks.:**

- Fysiske: Dødsfall på grunn av respirasjonsstans under fysisk holdning/nedlegging, brudd eller blodpropp i forbindelse med beltelegging.
- Psykiske: Psykisk ubehag i form av krenkelse, angst, depresjon og sinne. Samt traume/re-traumatisering eller posttraumatisk stressforstyrrelse. Tap av tilgang til egne mestringsressurser og selvutviklingsmuligheter.
- Sosiale og relasjonelle: Stigmatisering i omgivelsene og skader på familierelasjonene. Skade av sosial identitet og redusert mulighet for senere deltagelse i vanlig sosialt liv.
- Skade på behandlingsrelasjon og mistillit til psykiske helsetjenester.



- Bivirkninger av medisiner som kan være av både fysisk, psykisk og sosial karakter.

Risikoen for skade og usikkerheten knyttet til effekt ved behandling gitt med tvang tilsier stort fokus på forebygging og reduksjon av tvang, og tett oppfølging av pasienten og familien. Det er f.eks. viktig med grundige og kontinuerlige individuelle vurderinger av tvangsbruken og dens konsekvenser, samt traumeforebyggende arbeid (f.eks. i form av ettersamtaler).

### **Pasienter og pårørendes syn på tvang og medvirkning**

Tidligere forskning viser at det ikke alltid er samsvar mellom formell tvangsbruk og pasienters opplevelser (Hatling, 2013). De psykologiske reaksjonene på tvang er komplekse og spenner fra følelser av sinne, frykt, avmakt, resignasjon til opplevelser av omsorg når man er syk.

Det er generelt lite eksplisitt forskning om pasienters moralske syn på tvang. En finner at pasienter deler seg i tre hovedgrupper: De som finner tvang overveiende riktig eller galt, og de som er ambivalente siden det kan være både positive og negative aspekter ved tvangsbruken (Katsakou et al., 2012). Viktige verdier er at familie og helsepersonell har gode hensikter, opptrer rettferdig og har nødvendige kvalifikasjoner. Pasientene vektlegger også at tvangen bidrar positivt til bedringsprosessene, om den er nødvendig, eller om andre frivillige eller lempeligere

tiltak kunne vært benyttet. Måten tvangen blir utført på og medvirkning i beslutningsprosessene om tvangsinnleggelse er også sentralt (Lidz et al., 1995; Lorem et al., 2015; Olofsson & Jacobsson, 2001). Tvang er opplevd som mer positiv dersom den er forbundet med god behandling og omsorg, trygghet og tillit, og om man får god informasjon og hjelp med å forstå. Det er viktig å bli respektert som et menneske, å bli invitert til å medvirke og få beholde så mye autonomi og frihet som mulig. På motsatt vis, er negative opplevelser av tvang ofte forbundet med mangel på tillit og trygghet samt dårlig kommunikasjon med helsepersonell i form av krenkende og respektløs oppførsel, negativt press og trusler og at de ikke lytter til pasientens synspunkter eller erfaringer, eller bruker tvang på grunn av stigmatiserende holdninger. Dette innebærer at medvirkning og samarbeid er viktige aspekter, også ved tvang.

Det er langt færre studier av pårørendes syn på tvang og medvirkning. Foreliggende forskning om pårørende og psykisk helse generelt viser at psykiske helseproblemer har stor innvirkning på familiemedlemmers helse, daglige liv og livsløp. Disse skaper et behov for økt kompetanse i familien for å mestre problemene og å manøvrere i helsetjenestene. Mange strever med å finne en god balanse mellom deres egne og den sykes behov, og trekke grenser for omsorgsansvar (Karp, 2001; Weimand, 2012). I tillegg kan de ha særegne utfordringer i forhold til endringer i personligheten, vurderingsevne og atferd, eller stigmatiserende

holdninger fra omgivelsene. Tvang kan påvirke familiens velvære fordi pårørende er vitne til tvangsbruken og blir «med-erfarer» av tvangens konsekvenser for deres familiemedlem. Foreliggende studier finner at pårørende har ulike syn på og erfaringer med tvang. Mange pårørende stiller seg positive til bruk av tvang (bl.a. Wallsten, Ostman, Sjöberg, & Kjellin, 2008). Tvang blir ansett som nødvendig for å gi behandling og omsorg for den som strever, og mulighet for avlastning og kontroll for dem selv. Bruk av tvang er samtidig ofte et vanskelig spørsmål, men familien føler at de må gjøre noe (Hallam, 2007; Jankovic et al., 2011). Det kan derfor være blandede følelser av lettelse og skyld. Bruk av tvang kan også føre til vanskelige familierelasjoner og brutte bånd når pasienten føler seg avvist og sviktet. Helsetjenestenes utforming kan bidra til å skape avstand mellom familien og den innlagte, f.eks. ved restriksjoner i besøk, eller bekymringer i forhold til manglende eller dårlig behandling og omsorg, eller unødig bruk av tvang. Det kan bli et sprik mellom store forventninger til og praktiske erfaringer med tvangsinnleggelsen (Rowe, 2012). Mange pårørende opplever seg også generelt for lite inkludert og involvert av de psykiske helsetjenestene (Ridley, Hunter, & Rosengard, 2010; Weimand, 2012). De savner bedre informasjon og opplever at taushetsplikten benyttes mot dem av personale. Det fortelles om manglende eller variert kvalitet på støtte og hjelp til familien til tross for helsepolitiske signaler om bedre pårørendeinvolvering.

Det er enda færre studier av unge pasienter og pårørendes synspunkter og erfaringer med tvang overfor unge. Forskning om voksne kan kanskje overføres, men de unge skiller seg samtidig ved at de er i en mer sårbar fase i livet og mer avhengige av familien og foreldrene. Det er også særegne juridiske forhold for barn og unge hva gjelder regulering av bruk av tvang og klageordninger. Mindreårige pasienter (dvs. under 16 år i helsetjenesten) har mindre juridiske rettigheter ved innleggelse og er på mange måter prisgitt sine foreldre. De mindreårige pårørende har heller ingen formell representasjonsrolle som pårørende til foreldre eller søsken. I de senere årene har det vært økt fokus på barns rettigheter til å bli sett og hørt i saker som angår dem og barn som pårørende. Det mangler imidlertid mye kunnskap om deres synspunkter og erfaringer, spesielt ved bruk av tvang.

De få studiene av unge pasienter finner noe ulike syn og erfaringer. Intervjuer med unge som har anorexi viser at spiseforstyrrelsene gir mange utfordringer i forhold til kontroll og autonomi, f.eks. når helsepersonell bør overta kontrollen. Noen unge mener at bruk av tvang var riktig hvis situasjonen var livstruende. Kvaliteten på relasjonene med familien og helsepersonell er av stor betydning for pasientens tvangsopplevelse (Tan, Stewart, Fitzpatrick, & Hope, 2010). Barneombudets samtaler med barn og unge i psykiatriske døgninstitusjoner i Norge (Barneombudet, 2015), finner at de

fleste barna var opptatt av at de var innlagt mot sin vilje, og at mange var opptatt av kortvarig fastholding. Barn og unge kunne oppleve tvangen (som fastholding) som nødvendig i enkelte situasjoner, men mange fant tvangsbruken som krenkende og skremmende. De fleste barna hadde en positiv oppfatning av personalet, men mente også det var forskjell mellom helsepersonell. Det er få unge som klager til kontrollkommisjonen over tvangsinnleggelsen og særlig mekaniske tvangsmidler. Det er da behov for mer forskning om de unges opplevelser av tvang, årsaker til tvangsbruk og mulige alternativer for denne gruppen (Furre & Heyerdahl, 2010; Furre et al., 2014).

Forskning viser videre at det å leve med foreldre og søsken med psykiske helseproblemer kan gi mange utfordringer for barn og unge i familien (Friedrich, Lively, & Rubenstein, 2008; Trondsen, 2012). Noen kan få store omsorgsoppgaver og flere strever følelsesmessig og sosialt. Det finnes imidlertid få studier av unge pårørendes syn på og erfaringer med tvangsrelaterte situasjoner bortsett fra deres opplevelser av lukkede poster (O'Brien, Anand, Brady, & Gillies, 2011).

### **Tvangsreduksjon og alternativer til tvang**

I de senere årene har det vært økende fokus på hvordan man kan forebygge tvang, redusere unødig tvangsbruk og kvalitetssikre tvang. Fagutviklingsarbeidet har ofte anlagt et bredt

organisatorisk og forebyggende perspektiv hvor man benytter et knippe av ulike typer tiltak (Husum & Norvoll, 2014). Mange tiltak har gitt gode resultater uten at det har gått på bekostning av pasientene og helsepersonells sikkerhet (Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2010). Dette tyder på at det er et potensial for å redusere tvang ved å arbeide på alternative måter selv om det må gjøres individuelle vurderinger. Steder som har lyktes med tvangsreduksjon skiller seg ut ved at de har arbeidet målrettet og systematisk i praksis. Viljen til å jobbe annerledes, ambisjoner om alternative praksiser og godt lederskap er sentralt. I tillegg kreves en kontinuerlig satsing og aktiv ledelse lokalt (Norvoll et al., 2016).

Viktige beskrevne tiltak for å forebygge tvang er utbygging av tilgjengelige alternative frivillige og oppsøkende tjenester. Tjenestene bør komme tidligere inn, før situasjonen utvikler seg til å bli mer alvorlig. I tillegg er det viktig å utvikle bedre tilgjengelighet og tidlig hjelp i spesialisthelsetjenesten (Ness et al., 2016). Slike tjenestetilbud og tiltak omhandler bl.a.:

**Tiltak for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang:**

- Lavterskeltiltak som krisehus og nettverksarbeid.
- Godt utbygde tilbud ute i kommunene, ved legevakten og ved DPS/BUP.

- Brukerstyrte plasser, psykiatrisk ambulanse og en kombinasjon av akutt ambulanseteam og hjemmebehandling i en krisesituasjon.
- Lederskap og tiltaks- og strategiplaner rettet mot endring.
- Endringer av behandlingsfilosofi og økt brukermedvirkning.
- Endring av de fysiske omgivelsene.
- Godt relasjonsarbeid og medvirkning.
- Styrke pasientens ferdigheter til å mestre problemene.
- Utvikling av personalgruppens holdninger og kompetanse.
- Kvalitetssikre beslutningsprosesser om tvang.
- Debriefing og review av tvangsepisodene inkludert ettersamtale med pasienten og familien.
- Systematiske drøftinger av etiske dilemmaer.

Litteraturen understreker viktigheten av pasient- og pårørendeinvolvering for å lykkes med tvangsreduksjon. Det finnes noe litteratur om brukere/pasientenes forslag (Bjørger, Storvold, Norvoll, & Husum, 2014; Kallert, Mezzich, & Monahan, 2011), men langt færre om pårørendes perspektiver. Pårørende ønsker ofte mer tilgjengelige og utbygde frivillige tjenester og mer aktiv sykehusbehandling (Hallam, 2007). Brukernes forslag til tiltak samsvarer med forskning. I tillegg påpeker de viktigheten av sosiale levekår, sosial deltakelse og forhold i hjemmesituasjon:

## **Brukernes forslag til tiltak for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang:**

- Bedre rettssikkerhet gjennom bedre lovregulering og mer aktiv holdning fra kontrollkommisjonene for å kontrollere tvangsbruk og minimalisere bruken.
- Mer toleranse og respekt for annerledeshet og ulike forståelser av virkeligheten, og at tjenestene møter mennesker i krise på en mer lyttende, anerkjennende og respektfull måte.
- Pasienter trenger tid og rom, og trygghet ved at noen er til stede og formidler håp om bedring.
- God forebygging i kommunen.
- God krisehåndtering der man lytter til personens erfaringer med varselsignaler og styrke tilgangen til rask frivillig hjelp i hjemmet, ev. i samarbeid med ambulanseteam. Støtten må vare over tid og være individuelt tilpasset.
- Flere frivillige krisetilbud og det bør innføres en hovedregel om å unngå bruk av uniformert politi og krav om (samtale-) kompetent personale i akutt-tjenestene.
- Bedre personalkompetanse om traumeforebygging, forhandlingsferdigheter og følelshåndtering uten å ty til medisiner og tvang.
- Bedre forebygging av tvang i sykehus gjennom omsorg og nærvær av helsepersonell, mindre restriksjonsbruk, mer



aktive behandlingstilbud og medvirkende kommunikasjonsformer.

- Unngå overdreven medisinbruk og sikre bedre oppfølging av bivirkninger.
- Helsepersonell bør ha et langsiktig behandlingsperspektiv og sikre god oppfølging ute i kommunene før utskrivelse.
- God informasjon og tilbud om ettersamtale eller kriseplan. Det er viktig at helsepersonell anerkjenner at tvang kan være skjellsettende og gir personen anledning til å formidle hvordan man har opplevd den.

### **Etiske avveininger ved tvang og medvirkning**

Tvang er alltid inngripende, men kan noen ganger være det minste ondet. Det finnes mange argumenter som kan tale for og mot tvang, og bruk av tvang vil alltid kreve en særskilt begrunnelse. Vi vil her gå gjennom noen av de viktigste etiske argumentene i tvangsdebatten, noen dilemmaer knyttet til medvirkning og noen sentrale juridiske føringer. En oversikt over de mest sentrale elementene i psykisk helsevernloven er gjengitt i vedlegg 2.

**Den prinsippbaserte etikken** er en av de mest brukte tilnærmingene i etikken. Denne inkluderer *fire prinsipper: Respekt for pasientens autonomi, velgjørenhet, ikke-skade, og rettferdighet*. Den prinsippbaserte etikken er inspirert av to av de viktigste

etiske teoriene: Konsekvensetikken og plikтетikken som begge var tidlig ute – dvs. 1700-tallet – med å forsvare individets selvbestemmelse. I helsetjenesten har pasientautonomien har fått en større plass de siste 10-årene – både i helselovgivningen og i profesjonsetikken – og har vært et viktig korrektiv til tidligere tiders vektlegging av paternalisme.

Den som opptrer paternalistisk mener gjerne å vite hva som er best for den andre, og at dette gir en rett til å bestemme eller la være å spørre hva den andre tenker og ønsker. Det positive med paternalisme er ønsket om å hjelpe og gi omsorg til den andre og å handle ut fra hva en tror er til den andres beste. Helsepersonell har en forpliktelse til å hjelpe og yte omsorg til pasienten eller brukeren og vurdere hva de mener er til den andres beste. Dette er kjernen i velgjørenhetsprinsippet og den tradisjonelle profesjonsetikken. Prinsippet om pasientautonomi sier imidlertid at dette ikke er nok. Helsepersonell må også handle i tråd med pasientens vilje, ikke bare ut fra hva de selv tror pasienten vil. Og for at pasientens skal kunne utøve sin selvbestemmelse må pasienten få informasjon (f.eks. om diagnose, prognose, behandling, virkning og bivirkninger, alternativer m.m.) og ha muligheten til å takke nei til det de profesjonelle mener er til beste for pasienten. Helselovgivningen har operasjonalisert dette gjennom det såkalte informerte samtykket. Frihet til å bestemme over sin egen kropp og privatliv er også sentralt i menneskerettighetene.

**Samtykkekompetanse:** Noen pasienter kan imidlertid være så syke at de ikke er i stand til å ta egne valg eller mangler samtykkekompetanse. I slike situasjoner vil det ofte være mulig å få til et samarbeid, og prinsippet om å respektere pasientens autonomi tilsier at vi må forsøke å finne ut av hva pasienten ville ha ønsket. Ofte vil det kun være mulig å få svar på dersom noen har snakket med pasienten på forhånd på en systematisk måte, eller ved å gi pasienten mulighet til å oppgi en person som kan medvirke på pasientens vegne, f.eks. et familiemedlem eller en venn som kjenner pasienten godt. I noen land er dette formalisert gjennom såkalte psykiatriske testamente. De samme elementene kan også inngå f.eks. i felles kriseplanlegging eller individuell plan for pasienten.

Dersom en pasient ikke vil ha behandling, kan man argumentere ut fra såkalt sterk eller svak paternalisme. Den svake paternalismen forsvarer tvang kun der pasienten mangler samtykkekompetanse, mens den sterke paternalismen også vil inkludere situasjoner der pasienten er samtykkekompetent. For både svak og sterk paternalisme gjelder det at tvangen må begrunnes ut fra hva en tror er til pasientens beste. Tvang av hensyn til andre enn pasienten, f.eks. ved fare for andre personer, kan da ikke begrunnes ut fra paternalisme eller velgjørhetsprinsippet, men må f.eks. begrunnes ut fra hensynet til samfunnets beste eller andres rett til beskyttelse. I noen tilfeller vil det selvsagt kunne være til pasientens beste å bli

forhindret i å skade andre, og da vil tvang også kunne begrunnes ut fra velgjørenhetsprinsippet.

I norsk helselovgivning er hovedregelen at samtykkekompetente pasienter skal kunne samtykke til helsehjelp. Dette er ikke en rett til å kunne kreve hva som helst, men til å kunne si nei til helsehjelp som man ikke ønsker. Samtykkekompetanse er viktig å vurdere (og det blir med de siste endringene i psykisk helsevernloven som trer i kraft i løpet av 2017<sup>4</sup> enda viktigere) for å kunne avgjøre om pasienten bør få bestemme selv eller ikke, og også for å vite om det kan være grunnlag for å benytte tvang hvis nødvendig. Med de siste endringene i psykisk helsevernloven blir lovhjemlene for sterk paternalismen redusert ved at samtykkekompetanse blir et tilleggskriterium for bruk av tvang etter det såkalte behandlingsskriteriet. Det vil imidlertid også etter disse endringene fortsatt finnes muligheter for sterk paternalisme i norsk helselovgivning hvis situasjonen er svært alvorlig, f.eks. ved stor selvmordsfare (for det såkalte farekriteriet vil mangel på samtykkekompetanse ikke være et krav). Samtykkekompetansen er også viktig for å vurdere om nærmeste pårørende har rett til informasjon og medvirkning ved tvang (jfr. Pasientrettighetsloven § 4-6). Det er uansett et viktig prinsipp – både i etikken og jussen – at man skal forsøke å få til samarbeid og gjøre ev. tvang minst mulig inngripende og krenkende.

---

<sup>4</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-02-10-6>

Mange helsepersonell strever med å vurdere samtykkekompetanse fordi de ikke har fått opplæring og det har til nå vært lite veiledning å finne. Det finnes imidlertid verktøy utviklet i andre land og et av disse er oversatt til norsk.<sup>5</sup> Hovedpoenget med en samtykkekompetansevurdering er å gi pasientene som kan ta egne beslutninger en mulighet til å bestemme noe annet enn det helsepersonell ønsker, og samtidig fange opp dem som ikke er i stand til å ta egne beslutninger. Dette kan være krevende, men om man gjør det systematisk blir vurderingene ofte gjort raskere og ikke minst mer pålitelige. Samtykkekompetanse må vurderes konkret ift. til den beslutningen som skal tas når pasienten er på sitt beste. Hovedinnholdet i en slik vurdering er å gi pasienten informasjon om hva helsepersonell tenker, og så høre hva pasienten tenker om det samme. Dette kan bidra til å styrke kliniske beslutninger og informasjonen til pasientene.

**Prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade:** Kunnskap om behandlingens nytte, risiko og bivirkninger, samt alternativer er viktig ved informert samtykke. Den er også viktig for å kunne vurdere hva prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade betyr i en konkret sak. Dette gjelder ikke minst dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og ved tvang siden helsepersonell da er gitt et større ansvar for beslutningen, og derfor bør være ekstra grundige ift. behandlingens potensielle nytte og ulemper, og i

---

<sup>5</sup> [www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten/manualer/ace2012.pdf](http://www.med.uio.no/etikk-helsetjenesten/manualer/ace2012.pdf)

oppfølgingen og evalueringen. Som tidligere beskrevet savnes et godt kunnskapsgrunnlag for behandling som gis med tvang. Dette – sammen med det vi vet om individuelle variasjoner – gjør det spesielt utfordrende å vurdere når tvang er riktig, og spesielt viktig å evaluere behandlingen sammen med pasienten og eventuelt pårørende.

**Rettferdighet:** Rettferdighetsspørsmålet omhandler bl.a. likebehandling. Lovens kriterier for tvang har i Norge vært ulike avhengig av om det er snakk om behandling for psykisk eller somatisk lidelse. Dette er problematisk både ut fra rettferdighetsprinsippet og FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter.<sup>6</sup> De siste endringene i psykisk helsevernloven (se over) bidrar til mindre forskjeller i tvangsløvgivningen.

Geografiske variasjoner i bruk av tvang uten gode begrunnelser vil også være problematiske. Spørsmål om rettferdighet omhandler også prioriteringer. Mye tvang kan forebygges med et godt og tilgjengelig tjenestetilbud. Det er derfor problematisk dersom det benyttes mer tvang enn nødvendig som følge manglende ressurser, f.eks. lavterskeltilbud, kompetanse om alternativer til tvang og tid til å gjennomføre slike tiltak. Rettferdighetsprinsippet forutsetter også at vi veier ulike aktørers interesser opp mot hverandre på en rimelig måte, f.eks.

---

<sup>6</sup> [www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne](http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne)

pasientens egne ønsker opp mot f.eks. helsepersonells eller pårørendes sikkerhet hvis det er snakk om fare for andre.

**Prosedural etikk:** Som tidligere beskrevet påvirkes pasienters opplevelse av tvang av beslutningsprosessene. Prosedural etikk – f.eks. diskursetikken – gir oss normer for gode beslutningsprosesser. Den underliggende tanken er at dersom vi får til en god beslutningsprosess så vil beslutningen ha større legitimitet, f.eks. gjennom at alle berørte parter inkluderes før beslutning tas. I helsetjenesten vil det f.eks. bety at helsepersonell bør forsøke å sette seg inn i pasientens perspektiv før beslutning tas, og at pasienten skal få anledning til å bli representert av noen som kan opplyse saken fra pasientens ståsted dersom pasienten selv ikke er i stand til å delta. I tillegg må pasienten, og ev. dennes representant, få nødvendig informasjon. I følge diskursetikken er det kraften i det bedre argument, og ikke hvem som har formell makt eller autoritet, som bør veie tyngst. Dvs. at også behandlerne må begrunne sitt syn og pasienten må få anledning til å begrunne sitt syn. Og begrunnelsene bør dokumenteres og det bør være muligheter for klage og innsyn i etterkant. Å begrunne et tvangsvedtak med henvisning f.eks. til lovparagraf vil sjelden være en god nok begrunnelse. Det er minst like viktig å kunne få informasjon om hvorfor behandlerne mener lovkravene er oppfylt.

### **Andre etiske grunner til å involvere pasient og pårørende:**

Som vi har sett ovenfor kan pasient- og pårørendemedvirkning begrunnes både innenfor den prinsippbaserte etikken og den prosedurale etikken. Fokuset her og i helsejussen er å få til best mulig beslutninger og kunne gi helsehjelp som er i tråd med pasientens ønsker. Det kan imidlertid også være andre grunner til god involvering – f.eks. at pårørendes har egne behov, eller at involvering gjør både pårørende og pasient bedre i stand til å hjelpe seg selv. Vi vet at samarbeid og relasjoner mellom pasient og familie og venner kan ha stor betydning for pasientens mentale helse, og motsatt. Dvs. at det kan være gode grunner for kontakt, støtte eller samarbeid med nærmeste pårørende også i situasjoner der pasienten er samtykkekompetent eller får frivillig hjelp. Selv der pasienten nekter helsepersonell å ta kontakt med nærmeste pårørende er det viktig at hensynet til pårørende og det helsepersonell mener er til pasientens beste på sikt tas med i vurderingen.

### **Hvilke særegne bidrag gir PET-prosjektet om tvang og medvirkning?**

Som det fremgår av dette kapitlet foreligger det relativt mye forskning og fagutvikling om tvang og medvirkning, og om pasienters og pårørendes perspektiver. PET-prosjektet tilføyer særlig ny kunnskap om unge pasienters og pårørendes syn og erfaringer med tvang og medvirkning. Det skiller seg også noe ut



ved å være mer opptatt av pasienters og pårørendes synspunkter, vurderinger og begrunnelser hva gjelder tvang, enn deres opplevelser (selv om dette også berøres). Pasienter og pårørende anses som legitime meningsberettigede partnere, på linje med helsepersonell. Deres syn er viktig i en demokratisk dialog om tvang. Prosjektet er også spesielt opptatt av deres moralske syn på og evaluering av tvangsbruk. Dette er, som nevnt, mindre undersøkt empirisk til tross for de omfattende diskusjonene om tvang i psykisk helsevern.

## **DEL 2 - Pasienter og pårørendes syn og erfaringer med tvang og medvirkning i PET-prosjektet**

### **4: Hva er tvang?**

#### **Pasientenes perspektiver**

For å kunne ha en bedre vurdering av tvangsbruk og unngå misforståelser i diskusjoner om tvang, er det viktig å undersøke forforståelsen av tvang hos berørte parter. Vi spurte derfor pasienter og pårørende innledningsvis hva de la i begrepet tvang. Svarene viste dels overlappende og dels forskjellig forståelse og vektlegging av tvangens kjerneaspekter.

#### **En bred og institusjonsovergrepene forståelse av tvang**

Pasientene mente at det var mange nivåer og grader av tvang. Mange hadde også en bred og institusjonsovergrepene forståelse av tvang.

«Tvang kan være alt fra skjult til veldig håndfast»

Tvang inkluderer både formell og uformell tvang i psykisk helsevern. I tillegg kan krav fra NAV om medisiner og trussel om barnevern inngå som del av hva som oppfattes som tvang. De unge mente også at BUP spiller en viktig rolle i initiering og gjennomføring av tvangsinnleggelse.

Pasientene fremhevet videre at spørsmålet om tvang ikke nødvendigvis handler om at de ikke vil ha hjelp, men at de ikke ønsker den type hjelp som blir tilbudt (som antipsykotika eller skjerming) siden dette ikke er til hjelp. De ønsket heller andre typer behandlingstilbud, som samtalebehandling, aktiviteter eller kun å få hvile ut på et trygt sted. Flere fortalte at de hadde oppsøkt tjenestene (som legevakten) for å få hjelp, men blitt avvist fordi de ikke var syke nok. De måtte da vente til de var så syke at de ble tvangsinnlagt.

Pasientene beskrev de mest vanlige formene for formell tvang i sin definisjon av tvang. De unges beskrivelser av tvang liknet de voksne, men de snakket oftere om tvang som det å bli «institusjonalisert», eller som ransaking, konstant observasjon/fotfølging og tvangsernæring siden anorexi var mer utbredt. Institusjonalisering gjaldt særlig unge med langvarige innleggelse. Tre unge fortalte om dels uønsket innleggelse på foreldres samtykke før 16 år.

Pasientene var opptatt av uformell tvang, og tvang i gråsonen mellom formell og uformell tvang. Denne ble betegnet som «frivillig tvang» eller «skjult» eller «subtil» tvang siden man ikke har reel selvbestemmelse eller valgfrihet.

«Hvis jeg f.eks. ikke hadde tatt medisinen min. Det slutta jeg med en periode.»

Så sa de at «Nei, da blir det ingen gåturer lenger». Så ble jeg veldig lei meg for det.

Deltakerne ga mange eksempler på uformell tvang. De beskrev f.eks. situasjoner der de måtte akseptere en tvangsinnleggelse for å bli innlagt siden det ikke finnes mulighet for frivillig innleggelse. Helsepersonell kan også bruke trusler og press, eller betingelser. Dette kunne være trusler om tvangsmedisinering eller tvangsinnleggelse, eller at man ikke fikk en tur ut eller hjemmebesøk dersom man ikke gjorde det personalet bestemte eller husreglene tilsa. Flere fortalte om trusler om politibruk: «*Om du ikke går med frivillig, så blir det politi*». Mange opplevde press til å ta uønskede medisiner, også ved manglende effekt eller bivirkninger.

Jeg vil bare si noe om den subtile formen for tvang. Dere spør om medvirkning til medisiner og da spør jeg hvilken medvirkning? Da er det sånn at du får presentert en diagnose, og i henhold til diagnosen så må du ta ulike medisiner for at du skal få et bra liv, sier de. I motsatt fall så har de jo truet meg med å ta fra meg sertifikatet eller andre tillatelser og lisenser som jeg var nødt til å ha for å kunne ha arbeid og sånn. Og det er som hun sier at: «Og gjør du ikke dette, så vil en frivillig innleggelse omgjøres til tvangsvedtak med en gang.» På den måten er systemet med å forverre situasjonen og skape større problemer enn det du strengt tatt hadde i utgangspunktet.

Slike former for subtil tvang og press kunne skape mistillit og bitterhet mot tjenestene.

De voksne beskrev ofte uformell tvang som kontekstuell tvang; som del av sykehusenes organisering og paternalistiske kultur, herunder en hierarkisk sykehusstruktur (der legen er på toppen og pasienten nederst), omfattende husregler, lite dialog, bruk av definisjonsmakt i journalen og manglende informasjonsrutiner. Flere var også opptatt av tvang som det å bli skrevet ut mot sin vilje før man vurderer seg tilstrekkelig frisk, eller at tilstrekkelige tilbud er etablert ute i kommunene. I tillegg hadde enkelte opplevd seg presset til å akseptere innleggelse på kontrakt (§ 2-2) uten å bli informert på forhånd hva undertegnelsen faktisk innebærer av frihetsinnskrenkninger og følgende medisinspress. Tvang ble dermed beskrevet som nedfelt i hele systemets utforming, og spesielt bruk av trusler til å ta medisiner. For de unge kunne press fra foreldrene til å oppsøke BUP eller gå med på en innleggelse være en særskilt side ved uformell tvang.

Jeg følte meg veldig tvunget til å gå til BUP på grunn av foreldrene mine. Fordi de sa at jeg skulle det. Og når jeg sa at jeg ikke ville gå, så ble de veldig sure og lei seg. Så jeg følte jeg måtte dit.

Noen få pasienter fortalte også om en indre tvang eller ufrihet som følge av de psykiske problemene som f.eks. kognitive vansker, tvangstanker ved anorexi og trang til selvskading. Dette vil bli utdypet i neste punkt om moralsk evaluering av tvang.

Pasientenes definisjon av tvang omhandlet særlig tre kjerneaspekter som vil utdypes nedenfor. Selv om noen omtalte tvang som hjelp og støtte, var de mer delt i synet på tvang som

hjelp enn pårørende. Hjelp og omsorg er derfor ikke beskrevet som kjerneaspekt ved tvang, men omtales underveis og spesielt i neste kapittel.

### **Tvang som mangel på frihet og selvbestemmelse**

Ved tvang bestemmer du ingen ting selv, da er du totalt umyndiggjort. Det er faktisk ganske heavy greier; det kan lett skape klaustrofobiske følelser hos pasienten.

Pasientene beskrev ofte tvang som tap av frihet og selvbestemmelse i form av å måtte adlyde eller motta noe mot sin vilje, ønsker eller vurderinger om hva som er til hjelp. Tvang i psykisk helsevern skiller seg fra allmenn samfunnstvang (som det at vi alle må gå på skole eller jobb selv om vi ikke vil) ved å være særlig frihetsinngripende. Graden av inngripen kan imidlertid variere, fra en enkel episode til en eksistensiell livsbetingelse, som når man er på tvang uten døgnopphold: «*Tvang er å måtte gå i de livsbaner som personalet har bestemt for deg*». Andre eksempler på slik tvang kan være medisiner eller tvangsernæring der mat injiseres i kroppen under fastholding eller belter. De unge beskrev også tvang som det å «bli stoppet» i det de ønsker eller føler trang til å gjøre. Slik stopping kunne være det å bli lagt i bakken eller i belter av flere helsepersonell ved ukontrollert uro, eller når de ønsket å kaste opp eller skade dem selv.

Tap av frihet og selvbestemmelse var videre – særlig for de unge – kjennetegnet ved «det å ikke få lov til noe alene», «å være

påpassa», eller å være på et sted med låste dører med ingen eller liten mulighet til å bevege seg fritt, eventuelt kun i følge av personalet: «*Det er å ikke ha frihet, at noen bestemmer over deg, hvor du kan gå og hva du kan gjøre.*» Dette omhandlet også manglende muligheter til selv å regulere nærhet og avstand til personalet, eller tid alene på rommet på grunn av fast vakt, skjerming eller tett oppfølging. Tap av privatliv kunne være en belastning når de ønsket å få uttrykke og bearbeide følelser for seg selv uten å bli observert. Pasientene var også opptatt av manglende frihet til å bestemme hvilken kontakt som skulle være inne hos dem. Dette er sentralt fordi man er overgitt personalet. Trygghet og kjennskap til personalkontakten er viktig når man er «skjør» og samværet er så tett.

### **Tap av positiv frihet**

Pasientene beskrev også tvang som innskrenkning i *positiv* frihet: Det å bli fratatt muligheter for å uttrykke sine tanker, følelser og få delta i allment sosialt samvær. Eksempler på slik frihetsbegrensning fra de voksne var det å ikke få forfølge egne interesser og hobbyer eller jobbe aktivt med sitt eget bedringsarbeid; bli skjermet når man uttrykker følelser fordi personalet synes dette blir vanskelig; eller nektes å leve i tråd med sine egne oppfatninger og verdier når disse tankene avviker fra hva personalet eller andre oppfatter som «normal» tenkning eller oppførsel. Frihetsinnskrenkelsen kan være fysisk ved at man

ikke kan bevege seg fritt på grunn av låste dører eller belter. Den kan også være av både psykisk og sosial karakter. F.eks. kan tvangsmedisinering redusere evnen til å tenke, kommunisere og argumentere, og å ha sosialt passende fremtreden på grunn av subbing, snøvling og sikling. Medisiner kan også frarøve viktig «våken» livstid: *«Jeg har sovet bort ti år av mitt liv»* - som en av deltakerne fortalte. De unge pasientene beskrev også tvang som manglende muligheter til å kunne delta i normale sosiale aktiviteter som skole, deltidsjobb, besøke venner eller være hjemme sammen med familien. Tvungen fysisk og sosial passivitet var mest uttalt hos de med kritisk lav kroppsvekt på grunn av anorexi. De fortalte at de i den tynneste perioden ble nektet å bevege seg fysisk ved å måtte holde sengen, eller være i rullestol. En ungdom fortalte også at hun ble holdt nede av helsepersonell når hun forsøkte å reise seg opp av sengen.

### **Tvang som makt og avmakt**

Et annet beskrevet kjerneaspekt ved tvang, var makt. Maktforholdet kunne føre til ulike motmaktstrategier. Disse varierte mellom aktiv motstand ved å argumentere, klage eller bruke fysisk makt til heller å være «flink pasient», eller spille lydig for å komme raskere ut. Mange pasienter fortalte videre at tvangen ofte var kjennetegnet av sterke avmaktsopplevelser.

For meg så er liksom det følelsesmessige motsvaret til tvangen, den store avmakten som jeg kjente. Uansett hva jeg sa, så var det ikke gyldig fordi det var noen andre som hadde makten, både den fysiske



makten og definisjonsmakten. Selv om jeg opplevde [en langvarig beltelegging] som et sterkt overgrep, så opplevde jeg likevel den avmaktsfølelsen som var der hele tiden under innleggelsen som nesten verre. Det å ikke bli hørt på i det hele tatt. At du ikke har noen betydning.

Slik avmakt skapte følelser av sårbarhet og å være utsatt, og ble forverret dersom man opplevde tvangen uforutsigbar og vilkårlig, eller som straff. F.eks. når man var innelukket på skjermingsrommet og ikke visste når flere helsepersonell ville komme inn med sprøyten. Opplevelser av avmakt og tvang kunne bli forsterket av de psykiske helseproblemene når disse ga konsentrasjonsvansker eller problemer med å oppfatte situasjonen i en krisesituasjon. Den ble også forsterket av avhengighet av hjelp og ved fattigdom. Det gjorde det vanskelig å argumentere for sin egen sak i møte med en sterk lege. Slike forhold økte opplevelsen av utsatthet og manglende muligheter for å sette egne grenser og yte motstand. Bruk av trusler og press, eller manglende lydhørhet hos helsepersonell, bidro til å forsterke avmaktopplevelsene.

De unge beskrev også tvang som makt og avmakt: *«Vi mister jo på en måte kontrollen sjøl. De tar kontrollen for deg, og det er ikke noe god følelse at de bestemmer over deg og at de på en måte bruker makt, da.»* Makt omhandlet både fysisk maktbruk og at personalet kan kontrollere og bestemme alt. Opplevelsen av avmakt – og av det å være liten – økte i situasjoner der de opplevde seg krenket. Eksempelvis når de ble nektet noe som var viktig for dem på

grunn av husreglene, som mat når man var sulten eller TV-titting på stua lørdag kveld.

### **Tvang som sosiale og eksistensielle livshendelser**

Pasientene fortalte om ulike psykologiske reaksjoner på tvangsbruken. Disse varierte mellom angst, sinne, depresjon og fortvilelse eller klaustrofobi til opplevelser av tvang som en støtte eller hjelp for raskere bedring. Betydningen av tvangserfaringene kunne også variere; fra en avgrenset episode de har lagt bak seg, til å være «*mitt livs traume*» som de strevet med mange år i etterkant. Tross slike forskjeller, ble tvang beskrevet som dyptgående eksistensielle erfaringer som påvirker livsløpet. Som en deltaker fortalte:

Så lenge tvangen består i medisin, så får du jo aldri tak i deg selv. Jeg mistet jo meg selv der jeg var som par- og tjueåring. Jeg så meg selv som en sånn 60-70 åring i de her lange korridorene og tenkte, er det her fremtiden? Så jeg var bare nødt til å rømme. Fordi jeg hadde mistet meg selv. Jeg var bare en person som sanset, men jeg klarte ikke å plassere det og fordøye og sortere sansingen og bruke det. Det var flukt. Altså, jeg rømmer landet ... Her skal jeg ikke bli gammel, sånn der 50-60-70 åring som går og subber i korridorene. Det var skremmende. Det var virkelig. Jeg mistet alle, og jeg har ikke vært suicidal, men jeg mistet all livsglede. Livslyst, altså.

En tvangsinnleggelse kunne være et vendepunkt til det verre eller bedre. For en deltaker hadde tvangsinnleggelsen hjulpet til å komme ut av en «depressiv modus». For andre fikk tvangen alvorlige negative konsekvenser med tap av sosial anseelse når de ble hentet av politi i full offentlighet, tap av venner eller

familiekonflikter. Dette bidro til å skape sosial angst og tap av livslust og tro på fremtiden.

De unges tvangserfaringer varierte også fra en avgrenset episode som hadde gått greit, til et stort traume som satt i flere år etterpå, eller noe som utgjorde en stor del av ungdomslivet. Tross slike variasjoner, ble tvang oftest erfart som et alvorlig og inngripende tiltak.

Jeg husker første gang jeg ble beltelagt og tvangssonnet. Jeg var jo livredd, fordi de putta på meg det jeg var mest redd for. Jeg syns det var kjempedårlig gjort. Og klaga jo til Kontrollkommisjonen, og prøvde å prate med og klage til alle som var her. Jeg syns det var forferdelig.

De unge beskrev ofte tvang som en privat og utlevert situasjon. Flere fortalte at de hadde vært svært redde ved innleggelsen og opplevd seg små og ensomme før de ble mer kjent med helsepersonell og medpasienter og vant til avdelingen.

Tvang ble ofte beskrevet av de unge som å være «*ikke hyggelig*», «*fryktelig*», «*veldig ubehagelig*» eller «*forferdelig*» og – som vi skal komme tilbake til – enkelte ganger som vold. De kunne kjenne seg elendige etter en tvangsepisode med uro, beltelegging og/eller sondemating. Tvang kunne påvirke selvbildet på en negativ måte og gi følelser av sosial skam. Tvangsbruken kunne også komme som et sjokk når de var svært urolige eller drevet av ønsket om skade seg selv eller kaste opp, og dermed ikke oppfattet hele situasjonen. Den kunne fremstå som uvirkelig

(«*skjer dette virkelig meg!*») siden de ikke hadde trodd at helsepersonell faktisk ville benytte tvang selv om de truet med det. De kunne reagere med irritasjon og surhet, krenkelse og frustrasjon dersom helsepersonell ikke svarte skikkelig eller hørte på viktige innsigelser. Videre kunne innelukking i posten og på skjermingsrommet skape et forferdelig indre press eller følelser av klaustrofobi, selv om noen opplevde skjerming som avlastende.

Noen unge hadde samtidig ambivalente opplevelser av tvang. Tvangen kunne være belastende, men også trygghetsskapende, eller ta form som omsorg og det å bli verdsatt.

Jeg tror den tvangsinnleggelsen gjorde at det gikk et lys opp for meg, at det faktisk er noen som passer på meg. Som faktisk er der og vil at jeg skal overleve det her, og som vil at jeg skal overleve det med såpass god margin at jeg faktisk kan gå videre i livet etterpå. Og det gjorde at jeg på en måte la de selvmordsplanene litt til side.

Et særtrekk ved de unge var fortellingene om at de relativt raskt «vente seg» til tvangen og til sykehusinstitusjonen. Noen unge med langvarige innleggelser omtalte dette som å bli «institusjonalisert». Denne var kjennetegnet av passivisering, at verden utenfor institusjonen ble fjern, eller at man hadde blitt mer redd for å delta på vanlige sosiale arenaer (som å gå på kjøpesenteret) selv om man ikke hadde hatt sosial angst før innleggelsen. Noen hadde også gitt opp å motsette seg tvangsbruken selv om de fortsatt var imot. Samtidig sørget de over tapt ungdomsliv og opplevelsen av å bli sittende fast der

andre venner og skolekamerater gikk videre i livet. Andre var i ferd å legge tvangserfaringene bak seg og se fremover som del av bedringsprosessen og overgangen til voksenlivet. De så på tvangen som en periode i livet deres, og for noen overskygget opplevelser av bedring og av god hjelp det negative ved tvangen. De ville samtidig aldri tilbake til livet som tvangsinnlagt.

### **Pårørendes perspektiver**

Pårørende beskrev ulike former for formell tvang i sin definisjon av tvang. De hadde likevel mest forhold til tvangsinnleggelse og ev. tvangsmedisinering, og det var ofte de to tvangsformene de konkret siktet til når de snakket om tvang i generelle vendinger.

I tillegg nevnte pårørende uformelle former for tvang som husregler, fysisk maktbruk, medisinpress og kommanderende kommunikasjonsformer. De beskrev også bruk av overtalelse og press, samt viktigheten av det å «stille krav» til personen om å unngå atferd som forverret deres psykiske helse og livssituasjon (f.eks. alkoholbruk), eller reduserte deres egen eller familiens omdømme. Pårørende til unge beskrev i tillegg tvang som det å bli truet med barnevernet dersom de ikke samtykket til tvangsinnleggelse eller annen tvangsbruk.

Enkelte pårørende utfordret de underliggende perspektivene i tvangsdebatten. De mente f.eks. at press ikke burde betegnes som tvang, men heller som omsorg til en person som er syk og trenger

hjelp. Pårørende vurderte også oftere enn pasientene at vedkommende ikke har innsikt i sin situasjon og hjelpebehov. Som f.eks.: *«Men det er jo et menneske som ikke har kontakt med realitetene. Som ikke vet sitt eget beste.»*

Pårørende beskrev tilsvarende kjerneaspekter ved tvang som pasientene. Som vi skal se senere var flere pårørende kritiske til unødig tvangsbruk. Tvang ble samtidig oftere forstått som hjelp, og relatert til familiens behov for orden og avlastning i en kaotisk hjemmesituasjon.

### **Tvang som tap av frihet, selvbestemmelse og som makt**

Mange pårørende definerte tvang som bruk av makt, som å gjøre noe mot personens vilje, eller som tap av valgfrihet; «at de ikke kan velge selv». De forstod videre tvang som tap av selvbestemmelse der personen ikke har mulighet for å bestemme over seg selv eller sitt liv. I tillegg ble tvang definert som grensesetting. For pårørende som var imot tvangsbruken, men uten påvirkningsmuligheter, kunne tvang også innebære stor avmakt for dem selv.

### **Tvang som hjelp, orden og omsorgsavlastning**

For mange pårørende var tvang nært forbundet med deres nære bånd til familiemedlemmet, og til opplevelser av omsorg og omsorgsansvar. Mange opplevde det smertefullt å se lidelsen eller funksjonsvanskene, de kjente seg maktesløse og sørget over tapet

av normale livsløp og framtidsutsikter. Et kjerneaspekt for mange pårørende – om ikke alle – var derfor tvang som hjelp og behandling for å bli bedre eller frisk.

Mange pårørende fortalte at de kunne være redde og usikre i forhold til psykiske problemer. De psykiske helseproblemene kunne også gi belastning og konflikt i familien fordi personen ikke lenger var i stand til å fungere som f.eks. mor eller partner. Enkelte hadde strevd med urolig, uforutsigbar, og i enkelte tilfelle aggressiv atferd. I tillegg fortalte de om situasjoner der vedkommende vandret rundt om natten, truet med selvmord eller gjorde alvorlige forsøk på selvskade. Slike situasjoner innebar store følelsesmessige og praktiske belastninger for familien. Mange pårørende fortalte om en stadig uro for deres familiemedlem, og om en tilstand preget av årvåkenhet og beredskap. De måtte jobbe med å sette gode grenser for å ivareta seg selv.

De unge pårørende fortalte at det kunne være vanskelig å leve med en forelder eller søsken med psykiske vansker og foreldrenes reaksjoner på disse. De fortalte om skremmende erfaringer hjemme hvor de hadde vært redd og følt seg utrygge. Disse situasjonene involverte f.eks. skrik og høylytt kranling eller tilfeller hvor de hadde vært vitne til selvmordsforsøk eller selvskade. De kunne benytte ord som «hardt», «tøft» eller «råtten» for å beskrive situasjonen. De opplevde at

hjemmesituasjon kunne redusere deres egen psykiske helse, og at de kunne føle seg opprørte og deprimerte, sinte eller irritable, eller introverte og tause. Slike belastninger for familien hjemme skapte ofte et trykk om at «noe må gjøres». De kontaktet da helsetjenestene for hjelp, blant annet i form av tvang.

Mange pårørende var også opptatt av å avklare rollene og grensen mellom det offentlige ansvar og sitt eget omsorgs- og behandlingsansvar da de ikke opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere problemene på egen hånd, ha ansvar for medisiner, eller kapasitet til å yte så omfattende tilsyn og praktisk omsorgsarbeid som situasjonen krevde. De kunne kjenne seg alene og ønsket hjelp fra helsevesenet.

Jeg kan ikke noe om det, jeg visste ikke hvor jeg skulle henvende meg. Jeg brukte en halv dag for å snakke med fastlegen hjemme for å vite; hva gjør jeg? Jeg kan ikke ta imot guttungen hjemme. For det er ikke der han hører hjemme, han hører hjemme her [på sykehuset]. Han må ha hjelp, jeg vet ikke hva som feiler ham. Han er så høyt oppe.

### **Tvang som alvorlig inngripen og dramatisk hendelse**

Selv om mange pårørende fant tvangsinnleggelsen nødvendig, var tvang ofte forbundet med «ekle» ting. Tvangens inngripende natur gjorde også tvangsinnleggelsen til en alvorlig og dramatisk krisesituasjon for hele familien. De voksne pårørende beskrev seg derfor som sårbare og «tynnhudete» i innleggelsessituasjonen og i møte med personalet, selv når tvangsinnleggelsen ikke var preget av ytre drama.



Ellen: Så selve det at du blir lagt på tvang er i seg selv så ekstremt dramatisk at situasjonen endrer seg veldig bare på grunn av det. Både for den det gjelder og for pårørende.

Intervjuer: Hva er det dramatiske i det?

Ellen: At du mister muligheten til å bestemme over deg selv på en måte. Du blir på en måte satt helt til siden for alt som gjelder i samfunnet når det gjelder frihet og valg til å gå og komme og handle. Og i en sån ekstrem situasjon så kreves det veldig mye omsorg både for den som er innlagt og de pårørende. For de pårørende blir veldig hudløse også da.

Pårørende fortalte at de ofte følte seg slitne og utmattede ved innleggelsen etter en lang periode med bekymring for familiemedlemmet og stort praktisk omsorgsansvar. De trengte derfor mye omsorg, støtte, og å bli sett av personalet ved innleggelsen. Små tiltak fra helsepersonells side kan da gjøre stor forskjell, som å bli møtt med vennlighet og omsorg, et smil, en kopp kaffe og et spørsmål om hvordan du har det. Slik en mor fortalte:

Jeg husker de første dagene. Vi besøkte han jo hver dag, og da opplevde jeg det som det var sånne kjempevoldsomme ting som foregikk der. Og så plutselig så var det noen som stoppet og kikket ned på meg; «Hei, der har vi jo en, hei, hvordan er det med deg?» Og bare det at noen spurte, så begynte jeg å gråte bare. Fordi de så meg. Og så sa jeg bare et eller annet, noen ord. Og så dro de videre.

Flere pårørende fortalte at den første tvangsinnleggelsen var spesielt ladet med usikkerhet og engstelse siden de ikke visste hva den ville innebære og hvordan den ville foregå. Mange hadde også liten kunnskap om psykiske problemer og helsetjenestene.

De trengte derfor mye informasjon fra helsepersonell om hva som kom til å skje slik at de var forberedt.

## **5: Moralsk evaluering av tvang**

Et viktig formål med PET-prosjektet var som nevnt å øke kunnskapens om pasienters og pårørendes syn på tvang som riktig eller galt, og hvorfor. Slik kunnskap er viktig for å se om lovgivning og faglig etisk debatt sammenfaller med pasientenes og pårørendes perspektiver, og om viktige begrunnelser og hensyn ved tvang er inkludert i vurderingene. Kunnskapen kan også være nyttig for klinisk etikkrefleksjon.

### **Pasientenes moralske syn på og vurderinger av tvang**

Pasientene hadde noe ulike syn på tvang som riktig eller galt. Disse varierte mellom overveiende positive, negative eller ambivalente oppfatninger. Tvang var beskrevet som et mangetydig fenomen; selv om det kunne være riktig å benytte den, ble tvang aldri helt riktig fordi den bryter med personens selvråderett. Dette kan kalles «tvangens janusansikt».

Pasientene la noen ulike hensyn til grunn for sine etiske vurderinger av tvangsbruk. Deres vurderinger, spesielt voksne pasienters, var preget av kjennskapet til lovreguleringen samt pågående helsepolitiske og etiske diskusjoner om tvang. Disse hensyn var følgende:

## **Farlighet – eller til skade for seg selv eller andre**

Pasientene tok ofte utgangspunkt i lovens kriterium om «fare for seg selv og andre» og skadebegrepet. De fleste mente at vold er en legitim begrunnelse for bruk av tvang.

Når de er til fare for andres liv og helse, så er jeg ikke i tvil. Altså, det å putte håndjern på en som er i ferd med å ta livet av noen, det ser jeg ikke som så stygt.

Spørsmålet om bruk av tvang ved aggresjon ble samtidig vurdert som mer nyansert, og flere mente man bør vurdere både årsaken til aggresjon, samhandlingsprosessen som hadde ledet opp til den (f.eks. om den skyldtes krenkende oppførsel fra helsepersonells side) og mulighetene for alternative løsninger. I tillegg er det viktig å skille mellom aggresjon, sinne og frustrasjon. Det å leve under tvang eller trusselen om tvangsbruk kan skape aggressive og voldelige reaksjoner for vanligvis fredelige personer. Helsepersonells forventninger om aggresjon og påfølgende tvangsbruk kan også bidra til onde sirkler eller selvoppfylgende profetier.

Mange mente at tvangsinnleggelse er moralsk riktig (selv når pasienten protesterer for en periode) i situasjoner der de ikke er i stand til å ta vare på seg selv eller ikke forstår hvor syke de er i akutte kriser, som ved forvirring, psykose eller når de er drevet av emosjoner eller frykt. En forvirret person som vandret rundt i gatene kan f.eks. bli overkjørt av en bil, og være ute av stand til å ivareta egen sikkerhet selv.

Tvangsmedisinering var generelt og ofte kritisert som feil løsning for deres psykiske problemer. Dette skyldtes medisinenes inngripende karakter i forhold til personlig integritet og alvorlige bivirkninger, eller at den kan benyttes kun for å regulere uønsket tanker og atferd.

Skal jeg oppleve et år til på medikamenter, så tar jeg heller ti år i fengsel for å få lov til å være fri i tankene og få lov til å ha en adferd som er naturlig for meg. For det har vært et stort mareritt å bli tvangsmedisinert og gå på disse kjemikaliene som gjør at jeg er en helt annen person enn den jeg vil være, og den jeg er vant til å være. Det er et forskrekkelig mareritt, det er tortur for meg.

Det var delte synspunkter på bruk av tvang for å hindre selvskade eller selvmord. Noen få deltakere mente at man har rett til å ta sitt eget liv. De fleste mente imidlertid at det både er riktig og en plikt å forhindre noen fra å ta livet sitt dersom deres egentlige preferanse er å leve.

Jeg tenker på det å være til fare for seg selv, det synes jeg er et veldig dilemma. For jeg tenker når man er det, så kan det jo være at da har man jo ikke hele perspektivet. Og jeg ville jo gjerne ha blitt reddet hvis jeg var så nær ved... - jeg vil jo leve.

De ønsket samtidig muligheter for å kunne prøve seg ut og gjøre feil på linje med andre i samfunnet for øvrig. Dette er også en viktig del av bedringsarbeidet.

Pasientene mente videre at faren for skade på pasienten som følge av de psykiske problemene må oppveies mot faren for å skade ved å bruke tvang. Tvang kan, som beskrevet tidligere, gi

fysiske, psykologiske og sosiale skader, samt påvirke livslyst og livsløp på en negativ måte. Det er også viktig å vurdere medisinerbruk opp mot belastningene av bivirkninger som fysiske skader, selvmordstanker, manglende evne til å ivareta egenomsorg (f.eks. på grunn av slapphet eller rykninger), at man sover for mye, eller tap av tankefrihet, kreativitet og seksualitet. Siden tvang kan gi skade, bør terskelen for tvangsbruk være høy, og *virkelig* siste løsning. Faren for skade ved tvang gjorde forebygging av tvangsbruk sentralt.

De unge pasientene diskuterte i liten grad tvang på grunn av fare for andre. De vurderte hovedsakelig tvangsbruk i forhold til fare for skade på seg selv, ved stor uro eller å være ute av kontroll. Selv om tvangsbruken om tvangen kunne gi følelsesmessige belastninger, uttrykte mange unge forståelse for hvorfor den ble benyttet.

På en måte så forstår jeg det, da. Hvorfor de gjør det. Fordi om jeg hater det, så forstår jeg det, på en måte. At de ikke har noe valg.

Flere mente at de ikke hadde vært, eller muligens ikke hadde vært, i live dersom man ikke hadde grepet inn med tvangsinnleggelse, ernæring eller stoppet de fra å skade seg. Tvangsinnleggelse kan da være riktig når man er så syk at man ikke forstår situasjonens alvor, ikke er i stand til å ivareta seg selv, eller f.eks. gjør mye rart økonomisk og sosialt på grunn av manisk tilstand. Belastninger av tvangsbruken hadde samtidig stor betydning for deres moralske vurdering. En ungdom med mange tvangserfaringer fortalte f.eks.:

Jeg er så redd for den tvangen at jeg kan egentlig ikke si at det er riktig liksom. Ja, jeg vet ikke. Jeg føler liksom ikke at noen fortjener det på en måte.

Bruk av tvang ble ofte vurdert som feil når den ble opplevd som for klaustrofobisk, krenkende, traumatisk eller sosialt stigmatiserende.

### **Paternalisme**

De voksne pasientene vurderte også eksplisitt bruk av tvang i forhold til paternalisme. Begrepet paternalisme ble forstått noe annerledes og mer negativt enn i mye profesjonsetikk som beskrevet innledningsvis. Paternalisme ble ikke definert som omsorg eller velgjørenhet, men i hovedsak som innskrenkning i valgfrihet og selvbestemmelse. De fleste var kritisk til det de vurderte som en for sterk paternalistisk kultur i de psykiske helsetjenestene og spesielt i sykehusene. En slik paternalisme er gal fordi den reduserer genuin valgfrihet eller selvbestemmelse, og lydhørheten for pasientens egne vurderinger og erfaringer med sine problemer. Dette kan igjen lede til overforbruk av medisiner eller til undervurdering av behandlingseffektene av andre behandlingstilbud. Dette gjenspeiles i Martins svar på hvorfor legens manglende lydhørhet under innleggelsen ble feil:

Nei, jeg hadde jo en veldig positiv erfaring med å komme meg ut og møte folk, da [ved å bli innlagt]. Og jeg følte at jeg fikk en skikkelig boost av det og tenkte kanskje at det var mer av det som skal til da, for at jeg skal komme meg ut av den situasjonen. Og for det andre så var det en veldig dårlig medisin han satte meg på. Jeg tror det var

førstegenerasjon eller andregenerasjons antipsykotika. Og jeg fikk masse bivirkninger og. Så i ettertid så syns jeg det er helt uforsvarlig å ta den avgjørelsen. Å sette meg på den medisinen.

Selv om noen hadde erfart at de hadde mistet dømmekraft eller innsikt på grunn av psykose eller sterke følelser, mente mange at helsepersonell kan undervurdere pasientens selvinnsett og mulighet til å kunne ta veloverveide beslutninger (gitt at de får tilstrekkelig informasjon og tid til å fordøye den). Noen mente også at helsepersonell kan bruke betegnelsen «manglende innsikt» på en undertrykkende måte for å underkjenne pasientens egne synspunkter, spesielt ved uenighet.

Og hvis jeg mener noe, så har jeg enten manglende sykdomsinnsikt eller så står det å lese i mine journaler at jeg er lite samarbeidsvillig.

Det er derfor viktig å ha et prosessorientert og nyansert syn på innsikt; som noe personen kan utvikle over tid ettersom man får mer erfaring med problemene sine.

### **Innhold og utkomme av tvangen – til hjelp eller ikke?**

Et annet viktig moralsk hensyn for pasientene var hvorvidt tvangen er til hjelp eller ikke for de psykiske problemene. De vurderte derfor tvang i forhold til utkomme av bruken.

Jeg kan på en måte respektere eller godta tvang hvis tvangen hadde ført meg dit jeg ønsker selv. Når tvangen fører til noe konstruktivt, så ville jeg takket for den. Men den tvangen jeg har opplevd, den har ikke noe som helst konstruktivt i seg. Jeg klarer ikke å se det i mitt tilfelle i hvert fall. Da er det helt forkastelig og sånn sløsing med ressurser.



Riktig bruk av tvang (som tvangsinnleggelse) var da ofte kjennetegnet av positive utkomme som f.eks. hjelp til å komme videre eller å bli frisk. Som en deltaker sa: «*Tvang høres negativt ut, men den har resultert i mange positive ting*»; som å bli fortere frisk av psykose eller komme ut av en depresjon. For noen få pasienter ble også tvang opplevd som en støtte i bedringsprosessen. Slik en ung gutt med psykose og rusproblemer beskrev tvangsinnleggelsen:

Jeg ser ikke på tvang som et problem. Det er bare visse regler som jeg på en måte må lukke meg inn i, før jeg på en måte kan være meg sjøl. Jeg synes tvang egentlig er en god type form av behandling for at du på en måte lærer deg å godta autoritet, det har jeg alltid sliti med sjøl. Det å være på tvang, jekker deg ned. Og jeg synes det er veldig greit, fordi jeg på en måte ser lyset, og kan ha det for å støtte meg til.

På samme vis mente en ung jente at tvangen var riktig fordi den var til hjelp når hun ikke klarte å spise normalt på grunn av tvangstanker. Fotfølgingen reduserte tvangstankene fordi det ikke fantes noen valg eller muligheter for å kaste opp eller trene.

Man ble jo litt sånn irritert. Men det som var med meg, det var jo at jeg tenkte jeg har egentlig lyst til å ha en etter meg hele tiden, en som sitter og passer på meg, for da slipper jeg å gjøre det jeg føler at jeg må gjøre. Da slipper jeg å få tvangstanker, og da er det noe jeg ikke kan gjøre da. Jeg blir hindret i å gjøre det. For da kunne jeg jo ikke.

Enkelte mente derfor at det kan være feil å ikke gripe inn med tvang dersom den bidrar til økt helse eller redde liv. For å styrke det positive utkomme er det imidlertid viktig at tvangsbruken blir

integrert i en helhetlig behandlingsplan for pasienten både i sykehuset og i kommunene.

På motsatt vis ble tvang, som beskrevet av Martin overfor, vurdert som feil dersom den ikke var til hjelp eller ledet til et positivt utkomme. En ungdom mente også at tvangsinnleggelsen på grunn av depresjon var feil fordi andre former for hjelp, som helsesøster og venner, var til bedre hjelp enn sykehus og medisiner:

Jeg ble så lei meg og deprimert når jeg var der, så. Jeg følte det var ingen nytte at jeg var der inne. Det hjalp liksom ikke. Det var ikke noe der inne som hjalp meg. Det var bare at de låste meg inne og der ble jeg.

Mange pasienter, særlig de voksne, mente også at tvangsinnleggelsen var feil fordi sykehusbehandlingen eller skjermingen manglet et positivt behandlingssinnhold («kun oppbevaring»), eller at andre frivillige behandlingstilbud ville hjulpet bedre. Den sterke vekten på restriksjoner og husregler i posten var feil fordi den ikke er til hjelp for problemene. I noen tilfeller kunne de også bidra til å forsterke problemer som angst, stress og psykose. F.eks. kunne regelen på ungdomsavdelingen om å skulle være inne alene på rommet hver ettermiddag forsterke ensomhet og indre angst. Tvang kan også forsterke problemene og lede til onde sirkler med helsepersonell. Som en deltaker beskrev:

Jeg har jo opplevd at jeg har blitt bare dårligere og dårligere og dårligere av den tvangsbehandlingen jeg har vært utsatt for. Og det er ikke bare min egen subjektive oppfatning, det har ungene mine også sagt. (...) Jeg kom jo så i opposisjon og begynte omtrent å utagere på alle måter, ikke sant, for å demonstrere min opposisjon mot systemet. Og så blir man da straffet for det selvfølgelig, og verre blir det.

Tvang kunne også bli feil dersom det ledet til tap av tillit til tjenestene og helsepersonell. Mange voksne fortalte at tvangsbruken hadde ført til tap av tillit til helsetjenestene og delvis helsepersonell, selv om de fant mange helsepersonell som omsorgsfulle og hyggelige. Dette førte til at de nølte med å oppsøke tjenestene. De unge fortalte at sykehusoppholdet og kontakten med personalet hadde vært av en stor og betydningsfull støtte selv om det er forskjeller mellom helsepersonell. Tvangen påvirket ikke alltid deres relasjon og tillit til personalet da de så tvangen som en naturlig reaksjon på en situasjon som kom ut av kontroll. Noen fortalte imidlertid at de hadde opplevd tvangsinnleggelsen som et svik eller fått et dårlig forhold til personalet som gjennomførte tvangsbruken, f.eks. tvangsmedisineringen eller tvangsernæringen. En ungdom ville ikke lenger ha noe med tjenestene å gjøre etter en kortvarig tvangsinnleggelse.

### **Proporsjonal bruk av tvang**

Et annet viktig moralsk hensyn var spørsmålet om tvangen var proporsjonal eller forholdsmessig; at det er samsvar mellom tvangsbruken og alvorlighetsgraden i pasientens problemer,

atferd eller det faktiske skadelige potensialet. Uproporsjonert tvang ble vurdert som feil fordi den ikke oppfyller lovens krav om å velge den mest lempelige metoden, er unødvendig, urettmessig eller kan gi opplevelser av straff og manglende omsorg.

Pasientene mente ut fra dette at bruk av tvang (spesielt tvangsinnleggelse) kan være moralsk riktig dersom man er «virkelig dårlig» og ikke i stand til å ta vare på seg selv. Gal bruk av tvang er kjennetegnet av uforholdsmessig bruk av tvang. F.eks. at det blir benyttet uforholdsmessig tung tvangsmedisinering med mange bivirkninger. Det er også galt dersom tvang benyttes i situasjoner med lett forstyrrende atferd, ulydighet mot for rigide husregler, eller basert i ugrunnet angst for pasienten blant personalet.

Feil bruk av tvang er også kjennetegnet av unødige restriksjoner eller innelukking. En ungdom vurderte f.eks. tvangsinnleggelsen som galt fordi den var et resultat av en overdreven reaksjon på ungdommens betroelser og feilvurdering av en psykolog på BUP. En annen mente at noen episoder med tvangsernæring var feil da hun hadde begynt å spise og kommet opp i normal vekt. Tvangsernæringen oppfylte, etter hennes vurdering, ikke lovens krav om at den var «strengt nødvendig», og at det skal benyttes mest mulig lempelig metode om mulig:

Fordi da så var det ikke fare for liv og helse. Og da, sånn som jeg har lest på internett og sånn, så har ikke de lov til å drive med tvang – når

ikke det står om liv og helse. Jeg hadde kommet opp i en ganske normal vekt. Og da ser jeg ikke at de skal få lov til det lenger.

Pasientene beskrev også flere episoder med uforholdsmessig stor bruk av fysisk makt eller fastholding som eksempler på uforholdsmessig og feilaktig bruk av tvang. Et eksempel var en ufarlig liten tynn gutt som ble lagt ned i gulvet av flere helsepersonell fordi han smelte med døren når han var sur over å være innesperret på skjermet. Flere ungdommer mente også at personalet kan benytte unødvendig og for hardhendt fysisk makt og holding.

Det er ganske mange her som ikke har utdanning i det her i det hele tatt. Og det syns jeg er veldig ubehagelig, at de skal på en måte få lov til å få kontrollen. De er veldig usikre og er liksom veldig sånn harde i bevegelsene og kan være veldig sånn jeg vil kalle det voldelig noen ganger, på en måte. De bruker mye styrke og mye sånn makt over deg.

Hardhendt fysisk maktbruk kunne da oppleves traumatisk og voldelig. Andre eksempler på slike situasjoner var å bli pushet tilbake i sengen eller holdt hardt til stolen for ikke å bevege seg, at flere helsepersonell holdt en fast ved uro når man hadde tidligere overgrepserfaringer, eller å bli lagt i bakken på en slik måte at somatiske smerter ble forverret.

### **Stigmatisering og diskriminering**

Pasientene var videre opptatt av spørsmålet om diskriminering av personer med psykiske problemer, eller som oppleves «annerledes». De argumenterte for at tvang er feil fordi den

bryter med FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Tvang er også galt dersom den blir brukt for å sikre «normalitet» og konvensjonell oppførsel, eller er et resultat av stigmatisering eller kriminalisering av mennesker med psykiske problemer i samfunnet eller på sykehuset. Eksempler på diskriminerende tvangsbruk var overdrevne sikkerhetstiltak i sykehus eller unødig bruk av (væpnet) politi da dette kan bidra til å skape urettmessig redsel for personen. Ungdommene nevnte sjelden diskriminering, men en ungdom beskrev psykiske problemer som tabu, og tvang som skambelagt og stigmatiserende, i en e-post:

Man føler at man mister retten til å være menneske om du skjønner. Det er såå lavmål i forhold til de andre på avdelingen som ikke er på tvang. Særlig i de månedene jeg var på [ungdomspsykiatrisk avdeling] og var på tvang så følte jeg meg veldig mindreverdige i forhold til de andre pasientene. Når jeg var ute og gikk tur så tenkte jeg alltid "ser den personen der at jeg er TVANGSINNLAGT PÅ PSYKIATRISK?!?!?" Husker at det gjorde meg veldig redd og usikker. ... I tillegg var det ganske stort tabu for både familie og venner og ikke minst meg selv å være på tvang.

## **Rettsikkerhet og klage**

Mange pasienter var opptatt av spørsmålet om rettsikkerhet. Flere voksne mente at rettsikkerheten ved tvangsbruk i dag er for svak. Dette skyldes for overfladiske vurderinger av behandler og helsepersonell før man iverksetter tvang. Noen fortalte at de kun hadde snakket med legen i få minutter før avgjørelse om tvangsmedisinering, eller at de ikke ble forespurt eller hørt når de kom med forslag til mer lempelige eller frivillige løsninger. De

mente også at det var for lite effektiv kontroll av helsemyndighetene og kontrollkommisjonene, herunder for overfladiske eller lite uavhengige vurderinger. Disse forholdene gjorde at flere opplevde det som nytteløst å reise formelle klager.

De unge pasientene hadde noe ulikt forhold til formelle klager. Noen hadde forsøkt å protestere eller klage. Et spesielt funn blant de unge var imidlertid de hyppige beskrivelsene av hvordan de innfant seg med tvangsbruken selv om de var imot eller opplevde den som gal. Det var også ulike erfaringer med kontrollkommisjonen. En ungdom hadde opplevd klagen til kontrollkommisjonen som til god hjelp for å drøfte sin situasjon og spørsmål rundt frivillig innleggelse. Andre hadde valgt å ikke klage til kontrollkommisjonen. Dette skyldtes at de ikke var klar over muligheten, eller at de mente at helsepersonells kliniske vurderinger av behovet for tvang var viktigere. En ungdom hadde fått beskjed fra helsepersonell om at det ikke var noen hensikt å klage da hun ikke fikk medhold likevel, og hadde da ikke klaget tross sterk uenighet om tvangsinnleggelsen. Andre unge med omfattende tvangsbruk hadde forsøkt å klage til kontrollkommisjonen, men fått gjentatte avslag. Dette hadde ført til at de hadde gitt opp å klage og resignerte, tross omfattende bruk av tvang de fortsatt mente var feil. Som en ungdom med omfattende og langvarig tvangsbruk uttrykte det:

Jeg har liksom gitt opp, fordi jeg vet at jeg ikke får medhold i klagen min uansett. Så da har jeg egentlig bare gitt opp å prøve å komme meg

vekk, liksom. Bare venter til tiden er inne eller til de finner ut at jeg har blitt bra nok eller blir flytta – et eller annet.

Flere fortalte også at de kunne finne det vanskelig - eller «kjipt» - å benytte seg av de formelle klageorganene. Noen opplevde at advokatene var for stresset til virkelig å ta fatt i deres sak. De var derfor positive til forslaget i den helsepolitiske debatten om å få oppnevnt en «talsmann» (oppnevnt representant) som kunne tale deres sak i møte med de formelle klageorganene.

### **Måten tvangen utføres på**

Pasientene var enige i at måten tvangen utføres på er viktig, selv om den ikke alltid overskygger belastninger ved selve frihetsberøvelsen. Tvang er en situasjon med stort potensial for krenkelse og ydmykelse, samtidig som mye krenkelse lett kan unngås ved bedre kommunikasjon og omsorg. Det er derfor viktig at personalet utfører tvangen på en trygg og omsorgsfull måte. Som en ung jente på 17 år beskrev:

Måten har mye å si. Sånn f.eks. hvis de stryker deg over håret, prøver å trygge deg, da. Så er det mye lettere å roe seg ned og lettere å på en måte la det skje, lettere å på en måte ikke stritte så mye imot som når en du ikke liker i det hele tatt gjør det.

De ga også mange beskrivelser av hvordan tvang kan utføres på best mulig måte i praksis. En oversikt over de mest sentrale er satt opp i figuren nedenfor:





Alternative frivillige løsninger bør være grundig vurdert og man bør først forsøke med motivasjon og overtalelse, eller trøst. Tvang bør være så kortvarig og varsom som mulig. Det er viktig at helsepersonell benytter dialog og tid, og at pasienten blir skikkelig informert og forberedt på når tvangen kommer og hva den innebærer. Mangel på informasjon om tvangsbruken kan øke følelser av avmakt og frykt. Det å sitte alene i uvisshet om når

tvangen kommer (som «sprøyta» på skjermingsrommet), ble av enkelte beskrevet som «tortur».

Pasientene mente i tillegg at det er viktig at pasienten blir verdsatt, respektert og behandlet som et menneske og at personalet er anerkjennende og lyttende til deres problemer og synspunkter. Som en ungdom fortalte: *«De vet liksom ikke helt hva sykdommene våre dreier seg om, hvorfor vi gjør ting og hva det handler om. Du kan få kommentarer sånn «Slutt og tull og sånn.»* Bruk av trusler fra helsepersonells side kunne skape fortvilelse og frustrasjon. De unge fortalte i tillegg om tristhet, og i verste fall opplevelser av traumer.

Helsepersonell bør derfor være fleksible, vise tillit og være vennlige og samarbeidsorienterte. Det er avgjørende at tvangen ikke blir utført på en straffende eller kald måte, men omsorgsfullt. Det er behov for god oppfølging og tilbud om ettersamtaler etter tvangsbruk, som beltelegging eller sondeernæring. Helsepersonell bør forstå at hendelsen er alvorlig. Det er viktig at man ikke er alene, men kan få snakket ut om det som har skjedd, eller få avledning f.eks. gjennom tilbud om å gjøre noe hyggelig, siden man kan kjenne seg elendig etterpå.

### **Pårørendes moralske evaluering av tvang**

De pårørende hadde mange sammenfallende vurderinger av tvang som pasientene. De vektla imidlertid pasienten som syk og

hensynet til egen og familiens situasjon i større grad, og var generelt lite opptatt av pasient- eller brukermedvirkning.

Pårørendes moralske evaluering av tvang spente fra overveiende positivt syn på tvangsbruk som nødvendig og til hjelp, til ambivalente og sterkt kritiske oppfatninger. Det kunne dels være svært motsetningsfylte vurderinger av tvangsbruk blant pårørende. Ulikhetene synes å ha sammenheng med ulike praktiske erfaringer med tvang og situasjonene rundt tvangsbruken, og dels av ulike kunnskapssyn. Mange pårørende var f.eks. preget av den biomedisinske forståelsen av psykiske sykdommer og behandling, mens andre var influert av kritiske perspektiver på psykiatri, inkludert tvang.

I tillegg fortalte de om mange dilemmaer i forhold til tvang. Vi vil derfor i det følgende både gi en beskrivelse av viktige hensyn som inngikk i deres moralske evaluering av tvang, for deretter å utdype noen dilemmaer som pårørende erfarte i forbindelse med tvangsbruk.

### **Fare for seg selv og andre**

Mange pårørende mente at tvang er riktig og nødvendig dersom familiemedlemmet er til fare for seg selv, f.eks. ved store spiseforstyrrelser, selvskaade eller selvmordsfare. Det kan også være riktig å benytte tvang når vedkommende er truende eller

aggressiv, f.eks. ved psykose. De mente samtidig – som pasientene – at dette er betinget av årsakene til situasjonen.

Tvang blir feil dersom denne skyldes urimelig og krenkende personaloppførsel eller belastninger ved skjerming eller bivirkninger av medisiner. Enkelte mødre fortalte at de hadde opplevd at sønnene deres ble beltelagt selv om de ikke var utagerende eller farlige hjemme, og trodde dette hadde sammenheng med personalets holdninger og væremåte, f.eks. mannlige helsepersonell som vektla fysisk maktbruk.

I likhet med pasientene avveide de også farene ved de psykiske problemene mot skade av tvang. Noen, og da særlig pårørende til de med schizofrenidiagnose, mente den omfattende tvangsbruken hadde gitt traumer og re-traumatiseringer, eller bidratt til å redusere vitalitet og livslyst. En pårørende fortalte at sønnen hadde hoppet ut av vinduet, og brukket benet, som resultat av klaustrofobi på skjermingsrommet. Familien hadde sett forverringen og fortalt til helsepersonell at sønnen ikke tålte skjermingen, men ikke blitt hørt. En annen mor mente, og fikk senere bekreftet, at datterens selvmordsforsøk og påfølgende tvangsinnleggelse skyldtes bivirkninger av medisiner. De psykiske problemene og tvangsbruken var blitt redusert etter seponering og endring av medisiner i samarbeid med nye behandlere.

## **Behov for behandling og hjelp til pasienten**

Mange pårørende mente at tvang (særlig tvangsinnleggelse) er riktig fordi familiemedlemmet trenger hjelp, og at medisiner er nødvendig fordi vedkommende er syk. Tvang er nødvendig for å sikre tilstrekkelig behandling og hjelp slik at familiemedlemmet kan bli frisk eller bedre. Flere pårørende fortalte også at de i utgangspunktet hadde store forventninger til tvangsinnleggelsen om at de nå endelig skulle få hjelp og at familiemedlemmet skulle bli frisk. De ble derfor svært skuffet hvis de erfarte at vedkommende ikke fikk tilstrekkelig behandling eller utskrevet raskt uten bedring, spesielt når tvangsinnleggelsen hadde vært belastende for alle parter.

## **Hensynet til familiens livskvalitet og relasjoner**

Et annet viktig hensyn for pårørende var deres egen eller familiens livskvalitet. Noen pårørende mente at tvang kan være riktig fordi den bidrar til å avlaste familien og skape orden i en kaotisk familiesituasjon. En datter mente f.eks. at tvangen var riktig, og iverksatt for sent, fordi den hadde gitt bedre livskvalitet for familien og for moren, selv om moren var imot.

Du spurte hva tvang er for deg. Og for meg så er det ikke nødvendigvis et onde. Det er min erfaring. I forhold til de som får holde på lenge på egenhånd, og for enhver pris får bestemme sjøl. Så kan det av og til være veldig nyttig, det kan være en ny start. Ikke bare for pasienten, men for en hel familie. (...) Og tvang for meg er også mye frihet. Og nå har vi ei som har mye frihet, som har mye livskvalitet, og vi andre

slipper å gå til grunne. Og det er takket være at dem har gått inn med tvang.

På motsatt side mente noen pårørende at tvangsbruken var uriktig fordi den hadde vært traumatisk for både pasienten og dem selv – «et traume for hele familien». F.eks. ved hardhendte innleggelses eller skadelige konsekvenser av tvangen.

### **Innhold og utkomme av tvangen – til hjelp eller ikke?**

I likhet med pasienter var innholdet og utkomme av tvangen viktig. Tvang ble vurdert som riktig dersom den hadde medført positive resultater for pasienten og/eller familien, og gal dersom den manglet positivt behandlingssinnhold eller var feilaktig behandling.

Flere pårørende, særlig til voksne pasienter, mente som pasientene at sykehusbehandlingen la for sterk vekt på medisiner og besto av for lite aktiv behandling og oppfølging. Skjerming ble ofte beskrevet som for fengselsaktig og isolerende. Som en mor fortalte:

Min sønn blir så veldig dårlig når han er psykotisk, og så blir det ikke greit å være sammen med ham. Altså, du blir så engstelig for hva som kommer til å skje. Og når han først er blitt lagt inn så er det slik: Åh, nå kan jeg sove en natt, da slapper du av. Men det betyr ikke at det er bra det han kommer til. Det er det som er problemet; at vi blir veldig skuffet over måten, for de blir jo ikke behandlet, det er mye oppbevaring. Og jeg har vært så trist over det der. Det er så trist å se mangel på behandling (...) Du ser på en måte hvor forferdelig det er. Og han har vært mye på skjerming. (...) Og det var masse medisiner.

Til tider har det vært så mye at det er tragisk, det er nesten sånn at du griner når du kjører derifra, så er du på en måte så lei deg. Ja.

Flere pårørende hadde erfart problemer med feilmedisinering og overmedisinering. Mange mente også at medisineren ikke ble tilstrekkelig kvalitetssikret (f.eks. ved jevnlig blodprøver). Noen hadde erfart at helsepersonell ikke lyttet til pasienten eller pårørendes erfaringer med medisinene eller tok bivirkninger alvorlig. Dette hadde resultert i alvorlige hendelser som nyresvikt og suicidalitet, eller at familiemedlemmet var så «neddopet» og «sløv» at de sov for mye eller ikke klarte å fungere hjemme.

### **Proporsjonal bruk av tvang**

Proporsjonal bruk av tvang var også viktig for mange pårørende. Tvang er riktig når den er nødvendig og i samsvar med sykdomsgrad og situasjonens alvor. Feil bruk av tvang er kjennetegnet ved enten unødig bruk av tvang, eller for lite bruk av tvang der helsetjenestene ikke tar aktive grep når dette er nødvendig. En pårørende fortalte f.eks. at tvangsinnleggelse av sønnen på grunn av psykose hadde vært riktig, men at en senere tvangsinnleggelse ved angst som skyldtes manglende bemanning i det ambulante teamet var feil. Den var også feil fordi sønnen opplevde tvangsinnleggelsene belastende, noe som gjorde det viktig å begrense tvangsbruken til det absolutt nødvendige.

Bruken av tvang må da veies opp mot andre lempeligere løsninger dersom det er mulig.

Flere pårørende var opptatt av muligheten for å benytte mildere former for maktbruk i form av overtalelser, press eller å stille krav (spesielt ved schizofreni). Familiemedlemmet kan trenge å bli pushet og oppmuntret til å oppsøke tjenestene for hjelp, og kan være takknemlig for påtrykket i etterkant. Mangel på positivt press kan forsterke problemer med passivitet og tilbaketrekning. Lovreguleringen og negativ betoning av tvang kan føre til at helsepersonell blir for engstelig for å bruke hjelpsom overtalelse og press. Dette skaper en ubalanse mellom for lite press til å gjøre ting som er til hjelp for personen (som deltakelse i sosiale aktiviteter) og som virker tvangsforebyggende, og for mye bruk av formelle tvangsformer (som innleggelse, belter og depotmedikasjon) som virket nedbrytende og skadelig.

Pårørende fortalte samtidig om for omfattende og hardhendt bruk av fysisk makt. I likhet med pasientene mente noen at tjenestene la for stor vekt på bruk av tvang i stedet for mer aktive og tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten eller de kommunale tjenestene i hjemmesituasjon. Dette kunne resultere i unødig bruk av tvangsinnleggelser og depotinjeksjoner. Behandlingsplaner og kriseplaner fungerte ofte ikke i praksis. Noen var også sterkt bekymret over planene om å legge ned



ambulante team i fylket da dette hadde vært til stor hjelp for familien og bidratt til å forebygge tvang.

### **Måten tvangen utføres på**

I likhet med pasientene mente pårørende at måten tvangen blir utført på er av stor betydning. Det er viktig at tvangen blir utført på en human og respektfull måte, og at den er mest mulig skånsom og ivaretakende. Helsepersonell bør se hele personen og familien og ikke bare diagnosen. Flere etterlyste mer interesse for familiens og pasientens historie, i stedet for kun å fokusere på symptomer. Det er også viktig at helsepersonell søker å ivareta relasjonen mellom pasienten og familien under tvangsinnleggelsen slik at de kan opprettholde samhørighet, f.eks. i form av overbringelser av hilsener og muligheter for besøk. Flere opplevde at sykehusets lukkede og restriktive preg vanskeliggjorde mulighetene for å opprettholde viktige familieband.

Flere pårørende mente også at feil bruk av tvang kjennetegnes ved rutinemessig bruk av politi og håndjern, ev. på offentlige steder, da dette blir unødig brutalt, traumatiserende og kriminaliserende. En ungdom fortalte f.eks. at måten faren ble brakt til sykehuset på av politiet hadde vært vanskelig, fordi det kunne føre til at naboene trodde han var kriminell.

Men tvangen må utføres på en vennlig måte, og ikke være streng og hardhendt. Jeg synes også det ikke burde være slik at politiet kom og

hentet han, men at det heller kunne være egne psykiatriambulanser som hjalp til med dette. Å bli hentet av politi er veldig brutalt.

## **Dilemmaer ved bruk av tvang for de pårørende**

Selv om mange pårørende var positive til bruk av tvang, fortalte de om mange vanskelige valg der de var usikre på hva som er riktig å gjøre. Mange situasjoner var preget av moralsk kompleksitet uten enkle løsninger. Et vanskelig dilemma for mange pårørende var tvangens «janusansikt»: Den ble opplevd som nødvendig av hensyn til pasienten eller de selv, samtidig som de erkjente tvangens inngripende og belastende karakter. Noen kjente også på spenningen mellom å prioritere deres egne eller familiemedlemmets behov. Dette kunne skape ambivalente følelser.

Jeg synes det er bra og viktig at pappa får hjelp når han er så dårlig, og så blir det roligere hjemme. Samtidig er det trist når han vil være med hjem, men ikke får.

Noen unge pårørende fortalte også om følelser av ambivalens og skyld fordi de hadde bedt helsetjenestene om hjelp, noe som resulterte i tvangsinnleggelsen. Den moralske legitimiteten til tvangsbruk kunne da være skjør. Dette gjorde det vanskelig for noen pårørende å møte kritikk eller motstand. Mange pårørende opplevde et udekket behov for å snakke gjennom sine (etiske) dilemmaer med helsepersonell. I tillegg ble deres situasjon ofte påvirket av kvaliteten på helsetjenestene og kommunikasjonen med helsepersonell.

## Å balansere kontroll og frihet på en god måte

Som tidligere beskrevet fortalte mange pårørende at de levde i en tilstand av uro og årvåkenhet overfor familiemedlemmets helsetilstand. De hadde et behov for å kontrollere hvordan vedkommende hadde det og oppførte seg, spesielt med tanke på forverring. For noen pårørende kunne denne uroen gjøre det vanskelig å oppgi kontroll, selv når de erkjente vedkommendes rett til selvbestemmelse eller var klar over faren for å presse familiemedlemmet inn i en sykerolle. Det kunne være utfordrende å gi familiemedlemmet økt frihet og selvbestemmelse, som f.eks. å prøve å leve et normalt liv alene uten offentlig hjelp, eller prøve seg uten medisiner, av redsel for forverring eller skade.

Cathrine: Han vil være vanlig, og han prøver, og nå er det fire år siden han har vært innlagt og fått depotsprøyte, men nå har han begynt på (tabletter). Og jeg begynner å bli engstelig for at han må ta det sjøl. Nå har han tatt sprøyter i fire år, og så skal han begynne å ta medisiner selv. Og så synes jeg han har forandret seg, og så tenker jeg en må bare ...

Karin: Ja, for du går bare liksom sånn og venter ikke sant?

Cathrine: Ja, ikke sant, du gjør det, og samtidig så er det så farlig, for jeg tenker at for hvert år han blir sånn mer engasjert og er litt sånn mer med i verden. Og så, oi, begynner du å bli sjuk? Og så tenker jeg med en gang, det må ikke bli for mye nå da, liksom. Og så tenker jeg, det går akkurat inn i den der faren som alle sier at; «jeg er menneske og ikke diagnosen». Men jeg tenker ofte sykdom når det skjer en forandring.

De erfarte da usikkerhet om hvordan man skulle balansere kontroll på en riktig måte. Denne balansen var særlig vanskelig for pårørende til unge med selvskade og selvmordsrisiko. De ville forhindre skade, men samtidig gi ungdommen og familien en sjanse til å leve et normalt liv.

Flere pårørende var også usikre på om tvang virkelig hadde vært en riktig og nødvendig løsning på problemene, selv om helsepersonell mente dette og de selv hadde vært med å ta initiativ til tvangen eller støttet den i starten. Det gjaldt særlig pårørende til unge pasienter som ofte ble mer aktivt involvert i beslutningene da innleggelsen skjedde på grunnlag av foreldrenes samtykke. Pårørendes usikkerhet ble forsterket dersom utkomme av behandlingen og tvangsbruken ikke ga de positive resultatene som de hadde blitt forespeilet. Som hos disse foreldrene der problemene ble forsterket etter tvangsinnleggelsen:

Stein: Men akkurat den der biten, når man står oppe i den situasjonen, den er fryktelig vanskelig. Hva er det rette å gjøre? Hva skal vi gjøre? Ja, det kommer stadig tilbake hvert fall til meg, akkurat det.

Siri: Ja, men det gjør det. Det kommer tilbake igjen. Var det det rette vi gjorde den gangen? Hva hadde skjedd, om ikke jeg hadde stått så hardt på for at hun skulle legges inn?

Stein: Men samtidig så kunne vi også sitte igjen med en død jente akkurat nå. Det kunne også vært situasjonen.

Enkelte foreldre til unge var også usikre på om innleggelsen var riktig da langvarig institusjonalisering kan bli et for fengselsaktig liv som reduserer livslyst.

De pårørende stod derfor overfor mange vanskelige beslutninger. Enkelte mente at helsepersonell hadde gitt for skråsikre positive forventninger om at en tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering skulle løse problemene. De savnet en second opinion, men kunne nøle med å benytte eller be om dette. De savnet også mer saklig og balansert informasjon fra helsepersonell om hva tvang innebar, faren for skader og fordeler og ulemper med tvangsbruk. Som en mor uttrykte det:

Ja, det er i hvert fall mitt dilemma i forhold til tvangen, at jeg ville gjerne visst mer på forhånd hva jeg faktisk var med på å tvinge henne inn i. Tvangsmedisinering, reiming fordi hun var redd og det var mørkt og det var fremmede mennesker og alt ting.

De hadde derfor et udekket behov for mer informasjon og vurdering av tvangsbruken sammen med helsepersonell.

### **Fare for skade ved bruk av tvang; herunder på familierelasjonene**

Mange pårørende var som nevnt urolige for familiemedlemmets velbefinnende under tvang og konsekvensene av tvangsbruken. Flere var bekymret for om tvangen, som innleggelse eller beltebruk, kunne resultere i psykologiske belastninger, traumer eller redusert livslyst.

Det er skremmende, for jeg vet jo ikke helt hvordan han opplever det, om han har det veldig vondt (...). Og så den der fryktelige engstelsen om at han setter seg veldig til motverge, og egentlig hva føler han inni seg? Det vet jeg jo ikke helt.

Andre var bekymret over bivirkninger av medisiner. Dette gjaldt særlig pårørende til voksne pasienter ( gjerne med diagnosen schizofreni), som gikk på sterke medisiner over mange år.

For noen pårørende hadde tvangsbruken ikke påvirket familierelasjonene. Flere var likevel bekymret over tvangens innvirkning på familierelasjonene. De fortalte at tvangsbruken – eller den uttalte trusselen om tvang – hadde ført til dårligere familierelasjoner i form av avvisning, bitterhet, mistillit. Tvang kunne vanskeliggjøre en åpen kommunikasjon og informasjonsflyt i familien, og samarbeid om problemene. F.eks. ved at familiemedlemmet «spilte frisk» hos legen, eller ikke ville gi informasjon. Familien kunne også ønske å videreformidle informasjon alene, og kun muntlig, for å unngå familiekonflikter.

Siden tvang kan skade familierelasjonene, var flere pårørende opptatt av hvordan de burde balansere involveringen i tvangsbruken på en god måte. Mange ønsket å være til stede, men å holde seg i bakgrunnen. Noen pårørende til unge ble samtidig involvert i krevende situasjoner der de var svært usikre på hva som var best å gjøre. Et eksempel var situasjoner med svært urolig atferd under besøk der foreldrene ble usikre på om de burde delta i fysisk holding for å gi trygghet, eller om deltakelsen heller bidro til opplevelser av overgrep og tap av tillit.

## **Hvordan snakke sammen om problemene og tvangen hjemme?**

Mange pårørende fortalte at familien kunne oppleve det som vanskelig å snakke sammen om de psykiske helseproblemene og tvangshendelsen. De unge pårørende fortalte at familien ikke snakket om disse tingene og at de også hadde problemer med å snakke om hvordan de opplevde å leve med et sykt familiemedlem hjemme. Som en ung pårørende fortalte:

Det har kanskje vært det som har vært største problemet i vår familie, det har vært at vi ikke har snakket noe om det i det hele tatt. Selv om det har hatt så stor påvirkning da. Vi har heller prøvd og liksom gjemme oss unna da, på en måte, og rømme vekk fra det.

Etter tvangsinnleggelsen kunne hjemmet være preget av totalt taushet. Tausheten kunne oppleves hard eller kald, og økte belastningene ved situasjonen. De unge pårørende kunne da føle seg alene med sine erfaringer og tanker.

Flere fortalte da at helsepersonells tilnærminger hadde stor betydning for å hjelpe familien til å kommunisere om hendelsen, og for å gjenopprette tillit ved å stimulere til hva vi kan kalle et «forsoningsarbeid» i familien etter tvangsbruken. Et eksempel er en fortelling av en mor til en ung sønn med alvorlige psykoseproblemer. Hun fortalte at kontaktsykepleieren hadde spurt sønnen om de skulle ha en trekantsamtale om hva som hadde skjedd i forbindelse med tvangsinnleggelsen. Sønnen nektet først, men sykepleieren oppmuntret han til å forsøke. På møtet viste det seg at han skammet seg forferdelig over å ha truet

sin mor mens han var psykotisk. De fikk snakket ut om situasjonen og oppklart flere misforståelser. Sykepleierens initiativ hadde da bidratt positivt til familiens relasjoner og samarbeid rundt problemene.

### **Behov for hjelp, men dårlig kvalitet på behandling og tvangsbruk**

Som beskrevet tidligere var behandlingskvaliteten svært viktig for pårørendes moralske evaluering av tvang, og for at de skulle oppleve trygghet ved tvangsbruk. Flere pårørende fortalte derfor at unødig bruk av tvang, manglende behandling og overmedisinering skapte stress og lidelse. Dette kom frem i morens sorg over forholdene under skjerming som beskrevet ovenfor. Eller, som i denne morens historie om sin sønn med diagnosen schizofreni som bor ute i en omsorgsbolig på TUD, og med jevnlige depotinjeksjoner:

Jeg får ikke en gang vite hva han blir injisert med. Det eneste jeg har fått vite er at det er utrolig sterke saker. At han må komme dit, de må injisere det i han og at han må vente i tre timer for å se på bivirkningene. Og hva er det for hjelp han får? Altså han har vært der [omsorgsboligen] i fem måneder nå, og hva er det for hjelp han får? Jo, de når han ikke, og de har ikke brydd seg om å nå han heller. Så noen behandling får han ikke. Men de låser seg inn i hans leilighet, drar han med seg. De har kommet med politi, bevæpnet eller ikke bevæpnet, men politimenn har kommet og tatt med seg han til sykehuset og lagt han og injisert han og så kastet han tilbake til leiligheten igjen. Dette er verre, altså psykiatrien i Skandinavia i dag, er verre enn et fengsel – føler jeg.



Dilemmaet mellom det å trenge hjelp fra det offentlige helsevesenet, og det å ikke gå god for behandlingen og tvangsbruken, kunne da være svært belastende. De strevde med anger og moralsk stress over hva de hadde vært med å «tvinge» sønnen eller datteren til. De hadde ikke visst hva de initierte da de hadde liten kunnskap om systemet på forhånd. Deres stress og lidelse ble forsterket av avmakt dersom de ikke fikk muligheter til å påvirke tvangsbruken på grunn av manglende informasjon og involvering.

## **6: Syn på medvirkning**

I intervjuene diskuterte vi også betydningen av medvirkning i egen behandling, samt involvering av pårørende i behandlingen. Pasientenes og pårørendes synspunkter overlappet på mange områder, men det var også ulike perspektiver, spesielt i synet på pårørendeinvolvering.

### **Pasientenes syn på medvirkning i egen behandling**

De voksne pasientene mente at medvirkning og involvering i egen behandling er svært viktig og en forutsetning for å lykkes med behandling og riktig bruk av tvang, selv om det kunne være alvorlige situasjoner der omgivelsene må gripe inn tross protest. De etterspurte mer nysgjerrighet og anerkjennelse hos personalet over pasientenes egne perspektiver og meninger om hva som feiler dem og hva som kan være til hjelp. De mente at tjenestene har blitt bedre i de senere årene; det gjenstår likevel fortsatt mye for å oppnå tilstrekkelig pasientmedvirkning – særlig i sykehusene. Mange fortalte at det var et problem med mangelfull informasjon, særlig om medisiner. De hadde erfart at de i liten grad medvirket i beslutningene om medisinalvalg underveis, at plagsomme bivirkninger ble avfeid eller bagatellisert, eller at de ble nektet informasjon om medisiner eller *second opinion*. Dette hadde ført til at de tok medisiner over flere år uten nok kunnskap

om bivirkninger eller alternative medisiner. Flere savnet også oppfølging og ettersamtaler etter tvangsbruk.

De unge var noe mer ambivalente til hvor mye medvirkning og selvbestemmelse man bør ha i tvangssituasjoner, spesielt når man er syk. De fleste mente samtidig at de kunne fått flere muligheter til å medvirke i utformingen av behandlingen og mer selvbestemmelse i enkelte situasjoner, som f.eks. mulighetene til å velge kontakt, styre nærhet og avstand til helsepersonell og medpasienter, eller til å velge deltakelse i aktiviteter. Det er også viktig å jobbe for mer medvirkning og selvbestemmelse på sikt ettersom man blir bedre. Det er vesentlig med god informasjon ved tvang og at helsepersonell ikke avfeier deres spørsmål om muligheter for å reise hjem, men svarer ordentlig. De trenger også forklaringer på hvorfor tvang blir brukt, alvoret i og konsekvensene av et tvangsvedtak (eksempelvis omgjøring til tvangsinleggelse), eller hva alternativene til tvang kan være, for at de skal kunne ha større kontroll og valgfrihet.

### **Pasienters syn på involvering av pårørende og taushetsplikt**

Det var noe ulike syn på involvering av familien og pårørende som ressurs. Mange pasienter fant samhørighet med familien som viktige kilder til følelser av trygghet, positiv identitet og sosial støtte. Familiens støtte kan bidra til å redusere avmakt, øke

livslyst og styrke bedringsprosesser. Som en pasient sa i en diskusjon om personer med selvmordstanker:

Men for en slik person [som ikke vil leve lenger] da håper jeg i det lengste at det finnes folk rundt dem, familie eller nære venner som kan slå ring om en for noen dager og få en til å puste ut og få fokus på rett kjøll igjen. Fordi at da er det liksom mye nærmere med mor og far. Det er deg selv og mor og far, viktige relasjoner i livet som må trå til.

Familien er viktig for å sikre kvalitet på behandlingen og for å redusere uheldig og unødig tvang. Noen hadde likevel erfart at helsepersonell ikke involverte familien selv om de ønsket dette.

Flere fortalte samtidig at familien kunne streve med å forstå deres problemer, og at det kunne være mye tabu rundt psykiske helseproblemer i familien. Enkelte hadde blitt avvist av familien på grunn av problemene. Noen opplevde også at familien kan ha en tendens til å presse en inn i en ensidig rolle som syk og vurdere alt en gjør ut fra dette. Familien er da m.a.o. ikke alltid en automatisk ressurs, men kan trenge veiledning og støtte fra helsetjenestene for å bli en sterkere støtte for pasienten. Som en deltaker fortalte:

I mitt tilfelle så ville mine foreldre og søsken gjerne være pårørende. Men jeg måtte bare koble dem ut. Fordi det var de som var medvirkende til at det ble veldig vanskelig for meg. Og i den sammenhengen, så er ikke pårørende noen ressurs. Men så mener jeg at pårørende er viktig. Fordi at jeg kom nå til det at jeg måtte jo ha et forhold til mine foreldre. Men det forholdet måtte jeg ordne sånn at det ble annerledes enn det foreldrene mine ville ha. Fordi det gikk ikke. Det forholdet som de ønsket å ha til meg gjorde bare ting verre. Så hvis psykiatrien skal ta tak i noe i forhold til pårørende, så må det være det at pårørende er en ressurs, men i mange tilfeller, så må de kanskje

veiledes og rettleides til den posisjonen de bør ha, i den situasjonen som er hos den pasienten.

De unge pasientene hadde også ulike syn på involvering av foreldrene. Involvering kan være feil dersom de ikke er gode foreldre (f.eks. ved rus eller overgrep), eller ikke har god relasjon med ungdommen fra før. Det kunne også bli feil når forelder uttaler seg sterkt til helsepersonell om tvangens nødvendighet dersom de ikke har interesse for eller kjenner barnets eget perspektiv. Ved gode relasjoner var imidlertid kontakt med familien og venner i innleggelsesprosessen og på sykehuset betydningsfull, og bidro til å gjøre tvangsinnleggelsen mindre belastende og traumatiserende. Involvering av familien skapte trygghet, reduserte ensomhet, og bidro positivt inn mot bedringsprosessene. Som en ungdom fortalte fra sin første tvangsinnleggelse:

Og den gangen når jeg ble overført til tvang, når mamma var med, når hun ble ringt opp av legen og ble med til BUP, det må jo ha vært en helt vanvittig dag for mamma. Men hun var nå med, og hun satt ved min side hele tida. Og jeg gråt på skulderen hennes, hele tida. Og hun var der. Hun var der hele ettermiddagen og kvelden, samme dag som jeg ble overført på tvang. Og jeg tror ikke hun helt skjønnte hvorfor det kom til å skje. Fordi akkurat det snakka jeg ikke så mye med dem om, at jeg ikke ville bli atten. Men de har vært mye inkludert og det har vært veldig trygt. Men jeg tror også det har vært veldig trygt fordi at de har vært så gode foreldre.

Noen av foreldrene hadde vært mye involvert i tvangsbruken. Flere ungdom fortalte samtidig at de ikke hadde involvert foreldrene, eller ønsket at foreldrene skulle bli involvert i

tvangsepisodene. Dette skyldes dels at de ønsket å skåne foreldrene eller at de opplevde tvangssituasjoner av så privat og utleverende natur at de ikke ønsket å bli sett slik. De mente at involvering av foreldrene verken tjente de selv eller familien. Som en ung gutt beskrev:

Det har vært vanskelig å ha foreldrene mine i nærheten når det har vært tvangssituasjoner. Sånn å møte foreldrene mine, for jeg har ikke lyst til at de skulle se meg sånn, ikke sant.

Som tidligere beskrevet, kan tvangsbruk skade familierelasjonene, om ikke alltid. Pasientene fortalte at tvangsinnleggelse kan oppleves som svik eller avvising av familien, det er derfor viktig med bekreftelse om at man fortsatt er elsket. Noen unge fortalte også at de hadde vært sure eller svært sinte på foreldrene under innleggelsen: *«Jeg fikk veldig dårlig forhold til familien min. For jeg anklaga dem veldig for at de hadde lagt meg inn.»* Dette førte til at de avviste foreldrene. For flere bedret relasjonen seg etter utskrivelsen og de klarte å re-etablere kommunikasjonen, tilliten og nærheten til foreldrene over tid.

Noen pasienter fortalte også at familien hadde initiert unødvendig tvangsbruk (f.eks. ved å sende bekymringsmelding), eller samarbeidet med tjenestene om tvangsinnleggelse uten å inkludere eller respektere familiemedlemmets egne opplevelser eller synspunkter på situasjonen. Slike utdefinerende samhandlingsprosesser bidro til å skape konflikt og bitterhet mot

familien så vel som tjenestene, og redusere samarbeidet rundt problemene.

### **Taushetsplikt**

Spørsmålet om taushetsplikt ble i begrenset grad diskutert med de voksne pasientene. I samtalen forsvarte mange behovet for taushetsplikt. De mente samtidig at familien kunne trenge informasjon og at taushetsplikten kunne bli for rigid håndtert av helsepersonell, og at man i for liten grad stimulerte til dialog. Noen hadde erfaringer med at helsepersonell ikke ga ut informasjon til familien, selv når de hadde gitt eksplisitt samtykke til dette. Det var noe ulike syn på taushetsplikten blant unge pasienter. For noen hadde taushetsplikten ikke vært et tema da de hadde et åpent forhold til foreldrene sine gjennom hele innleggelsen. Mange ønsket likevel å beholde ordningen med taushetsplikt, og var langt mindre kritiske til lovens regulering av taushetsplikten enn foreldrene. Dette begrunnet de med at de selv ville bestemme hva foreldre skal få vite; «de trenger ikke å få vite alt», eller at de ville skåne foreldrene for deres problemer eller tvangsbruken. Enkelte fortalte også at foreldrene kan gå for tett på når de er dårlige eller rett etter en tvangsinnleggelse fordi de er engstelige og bekymrede. I slike situasjoner trenger imidlertid ungdommen noe egen tid til å bearbeide det som hadde skjedd før de klarer å snakke om det. Flere var samtidig åpne for å balansere taushetsplikten. Foreldrene kan få vite det alvorligste om deres

problemer og behandling, men ikke alt om selvskading og tvangssituasjonene. Det synes også som om synet på informasjon til foreldrene endret seg noe over tid. De ville ikke snakke om sine problemer eller tvangshendelsene med en gang, men gjerne etter hvert. Noen foreldre hadde da fått vite alt når ungdommen kom hjem.

### **Pårørendes syn på medvirkning, involvering og taushetsplikten**

Nesten ingen pårørende tok eksplisitt opp behovet for økt pasientmedvirkning, men ønsket selv generelt å bli mer involvert i behandlingen. De mente pårørendeinvolvering bidrar til å styrke behandlingskvaliteten ved at pårørende gir viktig informasjon eller bidrar med annen støtte. Manglende involvering og informasjon kan også øke pårørendes belastninger.

Det var noe ulike erfaringer med medvirkning og involvering. Noen pårørende mente at involvering av pårørende var forbedret i de senere årene. Flere hadde erfart god involvering og fortalte om behandlere som hadde spilt en avgjørende og positiv rolle for familien og samarbeidet om å mestre problemene. Det var samtidig fortsatt en tendens til at personalet ikke ser viktigheten av å opprettholde familierelasjonene eller utnytter mulighetene for en samtale med pårørende i hverdagen f.eks. under besøket på sykehuset. Som en mor beskrev:



Jeg må bare presisere at når jeg ringte, så var det ikke for å ha eviglange samtaler hver dag, for jeg skjønner jo at det har de ikke tid til. Men bare: «Hvordan går det i dag, går det greit?»; «Hils og si at jeg har ringt.» Altså det tok bare et minutt, men bare sånn at hun [datter] visste vi ikke har glemt henne. Det var mer for hennes skyld enn for noen andre sin skyld. Det var for at hun skulle vite, at de kunne gå inn til henne å si: «Din mor ringte, hun ber meg om å hilse. Det var ikke noe spesielt. Alt er bra.»

Som beskrevet tidligere opplevde mange pårørende også for lite eller for tilfeldig anerkjennelse, forståelse og støtte av helsepersonell. De savnet mer informasjon og inkludering i behandlingsutforming. Siden mange var bekymret for familiemedlemmets velbefinnende ved tvangsbruk, kunne mangelfull informasjon, eller kun formelle informasjonsbrev om tvangsvedtak uten ytterligere samtale også skape stor fortvilelse.

Som en mor fortalte:

Jeg har ikke fått noen informasjon fra sykehuspersonalet om hvordan det går med han. Men derimot har jeg fått kalde brev der det står: «Til informasjon, 'Sindre' som han heter, har i dag blitt lagt i remmer», og det gang på gang på gang. Og hver eneste gang så er det som det er å ta ... (begynner å gråte og stopper opp). De har ikke snakket med meg i det hele tatt. Og hvordan har han det der han ligger i tvangsremmene. Og hvordan har han det når han blir tvangsinnjisert (fortsatt på gråten). Ingen har snakket, men jeg får sånne brev og ingen å prate med om det. Og når jeg ringer, hvordan har han det? «Vi har taushetsplikt». [Gjør seg kort og streng i stemmen for å illustrere helsepersonell]

Pårørende ønsket da flere familiesamtaler med behandler. I tillegg hadde de behov for å snakke med helsepersonell på egen hånd om sine opplevelser, og for å få og utveksle informasjon.

Pårørende hadde samtidig noe ulike syn på hvor mye de ønsket å være involvert i tvangssituasjonene. Noen ønsket ikke å delta i beslutninger om tvang da de ikke var kvalifiserte til slike avgjørelser og at dette var helsepersonell sitt ansvar, eller fordi de trengte hvile. De forholdt seg også noe ulikt til tvangsbruken. Noen var passive, selv når de fant tvangsbruken unødig hardhendt. Andre valgte å gå aktivt inn for å sikre god behandling og omsorg, eller redusere det de fant som uriktig bruk av tvang. Flere pårørende ønsket å bidra til å redusere tvang eller ivareta pasienten best mulig. De fant det imidlertid vanskelig å få til et samarbeid med helsepersonell om mer lempelige og frivillige løsninger, for eksempel medisinbruk.

### **De unge pårørende**

De unge pårørende hadde også mange ubesvarte spørsmål om de psykiske helseproblemene og oppfølgingen av forelder eller søsken. De ønsket generelt mer informasjon om problemene og behandlingen. Alle opplevde samtidig at de hadde fått liten eller ingen informasjon fra helsepersonell om deres forelder eller søskens problemer eller diagnose, og de visste lite om hva som skjedde på sykehuset. Selv om tvangsbruken påvirket dem sterkt, fortalte de unge at tvang ikke ble snakket om eksplisitt eller diskutert med dem. Ordet tvang ble aldri nevnt, som en ungdom beskrev det. De fortalte også at de hadde liten innsikt i familiemedlemmets behandlingsplan og at denne type

informasjon kun var gitt til foreldrene. Ingen av ungdommene hadde hatt kontakt med ansvarlig terapeut eller med helsepersonell på sykehuset utover en hilsen når de kom på besøk. De ønsket å ha mer direkte informasjon og samtale med den ansvarlige behandleren for pasienten.

Spørsmålet om involvering omhandlet også mulighetene om å få være sammen. Kontakten med den syke forelder eller søsken var viktig for dem. De savnet forelder eller søsken i hverdagen og de ønsket å få se de oftere. Som en jente på 15 år sa om sin søster som hadde vært innlagt for akutt psykose ett år tidligere:

Nei, jeg vil ikke holde mer distanse til henne. Selv om hun er syk, så elsker jeg henne, og hun er glad i meg også og alt det der.

Mange ungdommer fortalte at de hadde ønsket å få være mer på besøk, og at helsepersonell hadde oppmuntret de til å komme oftere. De etterlyste flere muligheter for å kunne tilbringe tid sammen som søsken eller familie, i form av å spise eller se en film sammen. Mange opplevde de lukkede postene som for lite familievennlige. F.eks. kunne de ikke komme på besøk når de eller det innlagte familiemedlemmet ønsket, eller få være sammen i posten eller ute på sykehusområdet uten å ha helsepersonell til stede. De låste dørene ga en lukket følelse. Små, lite hyggelige besøksrom, kunne også bidra til at de kjente seg uvelkomne. Slike forhold vanskeliggjorde det å kommunisere sammen på en normal måte. I tillegg opplevde de personalet som fjerne og lite tilgjengelige. Dette kunne bidra til å øke bekymringen og

usikkerheten om hvordan deres familiemedlem hadde det og ble ivaretatt.

## **Taushetsplikt**

Siden mange pårørende savnet informasjon og medvirkning, var de opptatt av taushetsplikten ved tvang. De aksepterte familiemedlemmets behov for privatliv, samtidig var det nødvendig at de fikk mer generell informasjon for å kunne ivareta sin rolle som pårørende på en god måte, og fordi de ofte hadde det praktiske omsorgsarbeidet i hverdagen.

Vi får ikke nok informasjon, vi sitter forferdelig mye utafør. Jeg skjønner at det er taushetsplikt og alt det der, men noe videre informasjon må vi faktisk ha som pårørende. For jeg har opplevd det at de [personalet] sier: «Nei, nå kommer hun hjem. Så vær så god, nå har du ansvaret.» Fredag klokken to, så ringer de; «Hei, nå skal moren din hjem i helgen, og hun kan ikke være alene». Det er ikke noe spørsmål, det er ikke noe, hei, kan du gjøre dette her?

Dette gjaldt særlig pårørende til unge, som mente lovverket med regulering av taushetsplikt fra 16 år var altfor strengt da ungdommen fortsatt bodde hjemme og var foreldrenes ansvar.

Problemet med taushetsplikten gjaldt spesielt sykehusene og i overgangsfasene mellom tjenestene. En pårørende fortalte f.eks. om en situasjon der hun hadde vært med på tvangsinnleggelsen sammen med DPS, men så ble nektet å få vite hvilken avdeling samboeren var innlagt på av sykehuset. Dette hadde resultert i at hun hadde gått fra dør til dør i sykehuset før hun fant rett

avdeling. I andre situasjoner var pårørende ikke blitt informert ved innleggelse, permisjon eller utskrivelser. De hadde da forsøkt å få kontakt med personen uten hell og blitt svært bekymret og engstelige, eller fått et sjokk når de møtte familiemedlemmet hjemme eller på gaten. Mangel på informasjon kunne også øke uroen over hva som skjedde inne på posten.

Mange opplevde også personalets håndtering av taushetsplikten som lite formålstjenlig. Flere mente at helsepersonell «gjemte seg bak taushetsplikten» for å forhindre innsyn eller holde pårørende ute. Personalet vektla ofte taushetsplikten for mye og hadde en for rigid lovforståelse i stedet for å se hva som gagnet i situasjonen. Helsepersonell kunne også overfokusere på taushetsplikten i møte med ungdommen i stedet for å oppmuntre til dialog og samarbeid med foreldrene. De kunne da kjenne seg mistenkeliggjort og motarbeidet.

Et annet problem som ble diskutert av pårørende til unge var at foreldrene heller ikke fikk informasjon om innholdet i de unges klager over tvangsbruken til kontrollkommisjonen. Siden de unge ofte ikke ville fortelle eller gi innsyn i tvangssituasjonene, var det vanskelig for foreldrene å vite om det var skjedd overgrep, eller hva ungdommene faktisk mente var feil bruk av tvang. Dette vanskeliggjorde deres mulighet for å være advokat for ungdommen.

## **7: Alternative perspektiver og løsninger**

### **Forslag fra pasientene**

De voksne pasientene fremhevet behovet for alternative perspektiver og løsninger siden tjenestene er for mye innrettet mot å bruke tvang som førstevalg i stedet for frivillighet. De mente mye unødig tvangsbruk skyldes de psykiske helsetjenestenes feilaktige utforming. Noen mente at de psykiske helsetjenestene i dag bruker for mye økonomiske ressurser på behandling som ikke har tilstrekkelig effekt og i tillegg gir mange uheldige virkninger for pasientene. Dette gjelder spesielt medisiner. Det er derfor nødvendig å endre den underliggende forståelsen av personer med psykiske helseproblemer og de psykiske lidelsenes natur (spesielt psykose), behandlingsfilosofier og tilgjengelige frivillige tjenester. Man bør også fokusere mer på styrking av pasientens evne til å overkomme og mestre sine problemer gjennom frivillige behandlingstilbud. De foreslo så en rekke frivillige alternativer eller tiltak for å redusere tvangsbruk. Disse er gjengitt i tabellen nedenfor.

De fleste ungdommene fant det også ønskelig å unngå tvang om mulig, men flere trengte tid til å reflektere over mulige alternativer. Noen mente at frivillige løsninger kan kreve målbevisst arbeid over tid slik at man oppøver bedre indre

kontroll, f.eks. over ønsket om selvskade. For noen inngikk veien til frivillighet også i den generelle modningsprosessen mot å bli voksen der man gradvis blir i stand til å overkomme problemene selv.

### Noen foreslåtte tiltak for forebygging av og alternativer til tvang:

<b>Dimensjoner</b>	<b>Mulige tiltak</b>
<b>Langsiktig forebygging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgjengelige frivillige tjenester.</li> <li>• Gode levekår.</li> <li>• Meningsfulle aktiviteter i hverdagen.</li> <li>• Undersøk hvilke prosesser som leder opp til tvangsbruk.</li> </ul>
<b>Helsepersonell må tåle sterke følelser hos pasienten uten å måtte gripe inn med tvang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikle et trygt personale.</li> <li>• Redusere personalets iver etter å «rense» fellesarealene i posten.</li> <li>• Noen minutters trøst og holde pasienten i hånden kan være nok til å unngå skjerming.</li> <li>• Tillat følelser og delta i pasientens læreprosesser hva gjelder å håndtere følelser.</li> </ul>
<b>Mest mulig lempelige metoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se etter frivillige løsninger.</li> <li>• Prøv veiledning, overtalelse eller «mild korrigerings» først. Være mild og vennlig.</li> <li>• Ha mennesker rundt vedkommende.</li> <li>• Bruk tid, relasjon og kommunikasjon (jf. måten).</li> <li>• Hvile og søvn uten medisiner.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sovemedisin og angstreduserende medisin i stedet for antipsykotika (mindre bivirkninger ved korttids bruk).</li> <li>• Psykoterapi, sosial støtte og meningsfulle aktiviteter.</li> </ul>
<b>Tett oppfølging og behandling hjemme i stedet for innleggelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se etter hjemmebaserte løsninger når personen ønsker dette.</li> </ul>
<b>Mer selvbestemmelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i utforming av individuell plan og kriseplan.</li> </ul>
<b>Styrke mestringsevnen gjennom aktiv oppfølging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjelp pasienten til å uttrykke sine problemer og sosiale ferdigheter i stedet f.eks. skjerming.</li> <li>• Fremskaffe hjelpemidler/metoder som kan hjelpe pasienten til å bli kjent med egne problemer og formidle behov og vanskelige følelser.</li> </ul>
<b>Inkludere familie og venner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemme og i sykehusbehandlingen (når ønskelig).</li> </ul>
<b>Peer support</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruke venner og medpasienter/brukere som støtte og trygghet.</li> </ul>
<b>Tett oppfølging etter tvangsbruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ettersamtaler og kriseplan.</li> </ul>

Andre foreslåtte tiltak på sykehus fra voksne og unge var mer fleksible husregler, og mer innflytelse på utformingen av skjermingen; å få mer utetid i miljøet når man var bra.



Et annet viktig tiltak for unge med langvarige innleggelses var å få håp og tro på en fremtid og stimulering til å ha lyst til å leve. Behandlingen bør være rettet mot økt mestringsevne og tro på muligheten for å kunne leve et normalt liv utenfor institusjon. Det er viktig å få selvtillit til å tro at man vil klare å løse problemene selv uten å måtte ty til ytre tvang fordi man får mer egenkontroll over situasjonen. Det er også betydningsfullt at helsepersonell bidrar til at man får økt eierskap til egen behandling.

Jeg tenker at hvis de på noen måte kunne ha fått meg til å forstå tidligere, at alt egentlig var opp til meg. For det forstod jeg ikke i den tiden. At det var min behandling de holdt på med. Jeg følte på en måte at dette var opp til dem, jeg lar det flyte, kan du si.

Noen unge foreslo mer bruk av aktiviteter og utetid, og muligheter for å delta på normale sosiale arenaer for å unngå institusjonalisering og skape motivasjon og livslyst:

Kanskje prøvd å finne på noe. Gjøre litt mer, ikke bare å være her inne hele tiden, fordi man blir liksom mer deprimert av å sitte her inne hver dag og kikke på tv. Og i min situasjon da, jeg som ikke har lyst til å leve, jeg har funnet ut at hvis jeg er mer ute så kanskje jeg blir litt mer nysgjerrig på livet og da vil jeg kanskje få det bedre. Så jeg ville kanskje anbefalt å gjøre litt mer, drive litt flere aktiviteter. Ikke bare å sitte inne her hver dag, hele tida.

De unge pasientene mente også – som de voksne – at det er viktig å benytte en kontakt som ungdommen har god kontakt med og er trygg på for å unngå tvangsbruk. Deltakere med anorexi-problemer foreslo mer delikat mat, innflytelse på hva de skal spise og få være med på matlaging dersom man har interesse for

å lage mat. I tillegg er det nødvendig at helsepersonell har en mer kritisk vurdering av terskelen for iverksetting av sondeernæring. I likhet med de voksne viste de unge til potensialet i pasientfellesskapet. Vennskap og fortrolige samtaler mellom ungdommene kan være til stor støtte og føre til gjensidig støtte i bedringsarbeidet.

Alle pasienter understreket behovet for tilgjengelige tjenester ute i kommunene og rask og tilstrekkelig respons i kriser (som kortvarig 24-timers hjelp eller tett oppfølging) for å forebygge tvang. Det bør være et mål å unngå legevakt og politi, f.eks. ved brukerstyrt plass. I tillegg bør man kvalitetssikre holdningene til personer med psykiske helseproblemer på legevakten, da respektløs kommunikasjon og lang ventetid kan gjøre møtet med helsetjenestene ekstra belastende. For de unge kan alternative tjenester være helsesøster som er lettere tilgjengelig og mindre stigmatiserende å benytte enn BUP. Et annet foreslått tiltak var bedre og tettere oppfølging i hjemmesituasjon. Tvang ved anorexi kan forebygges ved å komme tidligere til med tiltak for mat og vektregulering i hjemmesituasjon. I tidlig fase kan man også forsøke bruk av ambulante team for å strukturere mat og følge opp etter måltider i stedet for innleggelse. Det var også generelt gode erfaringer med og ønsker om ambulante behandlingsteam for unge. Slike team er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig i kriser eller når man er dårlig siden de ikke er døgnåpne. I slike

situasjoner kan korte og raskt tilgjengelig opphold på sykehusavdeling være et viktig og trygghetsskapende tiltak.

Mange var positive til bruk av ettersamtaler etter en tvangsepisode for å bearbeide hendelsen eller å forebygge nye episoder. En samtale kunne bidra til å bearbeide det ubehagelige ved tvangen. Det var samtidig noe ulike ønsker om hvordan ettersamtalen skulle foregå. Enkelte unge mente at samtalen ikke bør komme for raskt, men heller dagen etterpå da man trenger hvile og tid til å bearbeide det som har skjedd. Det må samtidig ikke gå for lang tid da man kan glemme viktige ting som har skjedd. Noen ønsket å snakke med helsepersonell som hadde vært involvert i tvangssituasjonen, mens andre heller ønsket å snakke med helsepersonell på BUP eller ambulante team senere når man følte seg klar for dette.

### **Forslag fra pårørende**

Som nevnt tidligere ønsket også mange pårørende mer forebyggende, lempeligere og frivillige tiltak. Noen pårørende fortalte imidlertid at de strevet med å se slike muligheter, særlig dersom tilstanden svingte raskt. Mange hadde mindre kunnskap om alternative løsninger fra faglitteratur enn voksne brukere. Det kunne også være vanskelig å komme i dialog med helsepersonell om forebyggende og alternative tiltak.

Hvor mye lettere kunne det ikke gjort livet til menneskene ... hvor mye tvang kunne man unngått hvis de hadde samarbeidet med oss og gjort de avtalene.

Pårørendes forslag likner pasientene. De betonte imidlertid oftere behovet for sykehusinnleggelse og medisinerer, og var mer skeptisk til hjemmebehandling og dels pasientens evne til selvbestemmelse. Dette ble forsterket når de opplevde mangelfull oppfølging av kommunen.

Pårørende mente videre at det var behov for mer helhetlige tjenester og et sterkere familieperspektiv der familien i større grad blir inkludert som støtte og ressurs. Det er nødvendig å fokusere mer på oppfølging i hjemmesituasjon og utvikle bedre overgangsfaser, f.eks. ved utskrivelse til hjemmet eller permisjoner. Mange pårørende fremhevet behovet av trygghet for hjelp og for mer tilgjengelige helsetjenester som kom raskere inn med frivillig hjelp, herunder ambulante team og oppsøkende tjenester. Det er viktig å fange opp problemene tidlig og tenke mer aktivt om løsninger enn kun det å vente og se. Som en datter vurderte:

Hvis mamma hadde kunnet få legge seg inn frivillig før hun ble så dårlig, hadde hun kanskje sluppet disse fæle tvangsinnleggelsene. Da kunne hun kommet inn mens hun fortsatt hadde litt kontroll selv.

Som pasientene, understreket de behovet for å utvikle mer aktive behandlings- og rehabiliteringstilbud i sykehusene. Gode levekår som bolig, økonomi og tilbud om sosiale aktiviteter er viktig. I tillegg er god kontakt med fastlegen som kjente pasienten og

familien, og gode lavterskeltilbud sentralt. Flere ønsket mer aktiv bruk av individuell plan/kriseplan. Denne fungerte i dag noe varierende. Planen bør ha oppdatert kontaktinformasjon slik at man vet hvor man skal henvende seg for å få rask hjelp.

Pårørende til unge mente det er for lite tett poliklinisk oppfølging for de unge som trenger mer enn kun en til to samtaler i uken. De etterspurte flere forsterkede og «mellomtette» tilbud som kan følge opp ungdommen i hjemmesituasjon og dermed unngå innleggelse. I tillegg bør man komme tidligere inn med tiltak før det er gått for langt (som f.eks. ved anorexi). Det var gode erfaringer med ambulante ungdomsteam, selv om det kunne være behov for døgnbasert hjelp.

## **DEL 3 – Diskusjon og anbefalinger**

### **8: Avslutning**

#### **Likheter og forskjeller i perspektiver på tvang og medvirkning**

Funnene fra studien har vist at det er mange likheter og forskjeller i pasienter og pårørendes perspektiver på tvang og medvirkning. Disse går både i og mellom grupper, og det er til dels store individuelle variasjoner.

Pasienter og pårørende hadde ofte en bred definisjon av tvang. Den inkluderte både formell og uformell tvang, og var nært forbundet med behov for hjelp og tjenestenes utforming. For pårørende var tvang også nært relatert til hjemmesituasjon. De mente det er ulike grader av tvang, og tvang utgjør mange ulike situasjoner. Tvang opplevdes samtidig ofte som et alvorlig inngrep i personens frihet og selvbestemmelse, og er av eksistensiell og sosial betydning.

Pasientene hadde både sammenfallende og forskjellige syn på og erfaringer med tvang. Fokuset på medisinbruk og uformell tvang var størst hos voksne, mens bruk av tvangsernæring, holding og fotfølging var mer fremtredende hos de unge. Noen pasienter opplevde tvang som positivt og til støtte. De fleste opplevde samtidig tvang som belastende. Jevnt over beskrev voksne

pasienter en mer gjennomgående systemisk og «hardhendt» bruk av tvang selv om tvangsbruken kan være omfattende overfor noen unge. De unge skilte seg ut ved å tilpasse seg tvangsbruken og institusjonslivet relativt raskt tross motstand. Pårørende hadde også ulike syn og erfaringer. Initiativet til å søke hjelp og ønsker om tvangsbruk var ofte basert i behovet for hjelp for de psykiske helseproblemene og pårørendes emosjonelle reaksjoner på problemene, samt utfordringer i familierelasjoner og hjemmesituasjon. Tvangsinnleggelse ble samtidig ansett som en alvorlig avgjørelse og dramatisk situasjon for familien ledsaget av mye uro og bekymring.

Pasienter og pårørende hadde både sammenfallende og ulike moralske syn på tvangsbruk som riktig eller galt. Det var mange overlappende etiske hensyn. Tvang kan fremstå som forståelig gitt problemenes alvorsgrad. Pasientene (særlig de voksne) var samtidig mer kritiske til tvangsbruken som unødvendig og uproporsjonal. De fremhevet også skadene av tvangsbruk og tvangsmedisinering i større grad. Pårørende hadde til dels motsetningsfylte syn på tvang. På den ene siden vurderte mange pårørende tvangen som mindre inngripende, nødvendig, og til hjelp for å bli bedre, spesielt innleggelse og medisinering. Den ble også opplevd som avlastning og støtte for familien. Dette gjorde at de la mindre vekt på potensielle skader av tvangsbruk enn pasientene. Mange pårørende erfarte samtidig mange vanskelige dilemmaer i forhold til tvangsbruken som samsvarer med

pasientene, f.eks. i forhold til skade. Opplevelser av traumer hos sitt kjære familiemedlem, unødig tvangsbruk og manglende behandlingskvalitet – i kombinasjon med manglende påvirkningsmuligheter – kunne føre til moralsk stress og stor lidelse for noen pårørende. Tvang var da et traume for hele familien.

Studien viser noe ulike syn på medvirkning og alternativer til tvang, og dels pårørendeinvolvering. Deltakerne hadde likevel mange overlappende forslag til forebyggende tiltak og alternative løsninger. Disse peker på mulige handlingsalternativer som kan inkluderes i vurderingene i klinisk arbeid og etikkrefleksjon. Pasientene fremhevet samtidig oftere potensialet i hjemmebehandling enn pårørende som var mer sykehusorientert. Det var delvis enighet mellom pasienter og pårørende om retten til privatliv, samtidig som pårørende bør ha mulighet for viktig basisinformasjon. Det var behov for at helsepersonell utviser en mer dynamisk og prosessuell bruk av taushetsplikten, at de tar mer aktivt initiativ til å etablere samarbeid mellom familiemedlemmene og at man lager avtaler for informasjonsutveksling når pasienten og familien ønsket dette. Slike tiltak kan ha stor og viktig positiv betydning for familiens mestring av problemene og reduksjon av tvangsbruk. Pasientene var imidlertid mer positive til taushetsplikten enn mange pårørende, og mente denne burde bevares. De hadde også noe mer varierte syn på pårørende som ressurs og ekspert på



pasienten. Dette var avhengig av familierelasjonene og familiens forståelse av problemene og bruk av tvang. Alle var enige i at psykiske helseproblemer og tvang ga utfordringer for familierelasjonene og kommunikasjonen i familien.

Intervjuene viser også dels motstridende oppfatninger mellom pårørende og pasienter om hva som er riktig behandling og noen ganger i synet på pasientens vurderingsevne hva gjelder sine problemer og behandlingsbehov. Flere pasienter mente at deres innsikt i og kompetanse om egne problemer kunne bli undervurdert av helsepersonell og ev. familie. Forskjellene i perspektiver er på mange vis naturlige da pasienter og pårørende erfarer helsetjenestene og tvangen fra ulike ståsted. De har også ulike behov og interesser. Det synes samtidig som slike forståelsesforskjeller ble påvirket av kunnskapssyn og læringsprosesser. Mange pårørende var bevisst eller ubevisst preget av biomedisinens syn på pasienten, av psykiske problemer som sykdom og behandling i form av medisiner og tvang. Mange synes også å ha relativt liten kunnskap om alternativer til tvang. Dette påvirker trolig deres syn på tvangen som nødvendig. De ble også preget av informasjonen fra helsepersonell. Denne forståelsen av problemene og rett behandling kan samtidig stå i motsetning til pasientenes perspektiver. Flere brukere/pasienter var influert av fagtradisjoner som brukermedvirkning og «recovery». Disse har et bredere perspektiv på psykiske helseproblemer og vektlegger behandling i hjemmesituasjon, og

forskning om alternativer til tvang. Flere pasienter ønsket også å få leve autonome liv og prøve seg ut (f.eks. uten medisiner) som del av sitt eget mestrings- og bedringsarbeid. De har et bedringsprosjekt som både pårørende og helsepersonell bør være lydhøre for. Disse fagtradisjonene virket samtidig langt mindre kjent blant pårørende, og flere pårørende virket mindre orientert mot å støtte oppunder slike forsøk, både av hensyn til behovet for kontroll og behandlingstenkning. Pasientens ønsker om hjemmebehandling ved psykose kan da anees som resultat av manglende rasjonalitet i stedet for behandlingspreferanser. De ulike kunnskapskildene og ståstedene kan bidra til å vanskeliggjøre et samarbeid rundt behandlingen og forebygging av tvang i familien, f.eks. ved at man ville ha ulike ønsker om å benytte nettverksorienterte behandlingsformer i hjemmesituasjon. Erfaringsmessig kan det også ta lang tid å arbeide frem alternative løsningsmåter (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). Pårørende og pasient vil da trenge langvarig og tett oppfølging og hjelp fra helsepersonell for å mestre situasjonen på andre måter enn tvang.

### **Samsvar med tidligere forskning**

Resultatene fra PET-prosjektet samsvarer i stor grad med internasjonal forskning slik den er beskrevet innledningsvis. Det har samtidig gitt mer kunnskap om nyanser i synspunkter og vurderinger hos pasienter og pårørende, og ny viktig kunnskap

om pårørende og unges situasjon. PET-prosjektet viser også at tvang og medvirkning berører langt videre enn ofte beskrevet. Involvering handler om mer enn informasjon, men også om det å bli sett og hørt av helsepersonell, å få omsorg i en vanskelig situasjon, eller å få hjelp til å opprettholde samhørighet og nærhet mellom familiemedlemmene under tvangsinnleggelsen. Selv om tvang kan ha ulik betydning, tar den ofte form som skjellsettende livshendelser. Tvang er heller ikke et isolert fenomen, men nært forbundet med de psykiske helsetjenestenes utforming og kultur samt utformingen av behandlingstilbudet mer generelt. Reduksjon og kvalitetsforbedring av tvang må derfor inkludere organisatoriske og behandlingmessige faktorer. Prosjektet viser at tvang må sees i et bredere familieperspektiv fordi tvangsbruk påvirkes av familiens utfordringer i hjemmesituasjon og deres hjelpesøkende atferd. Tvang innvirker også på pårørendes helse og livssituasjon. Familien kan være både en tvangsdrivende og tvangsforebyggende faktor, og bør derfor involveres i arbeidet med redusert og kvalitetssikret tvang.

### **Noen implikasjoner av funnene i PET-prosjektet**

De sammensatte og individuelle variasjonene i syn og erfaringer med tvang innebærer at man må inkludere en vid forståelse av tvangens potensielle effekter og skadepotensial, samt det individuelle utkomme, når man vurderer og må balansere prinsippene om velgjørenhet og fare for skade opp mot hverandre

i den enkelte situasjon. Faren for skade gjør det viktig å unngå unødig tvang gjennom forebygging og god kvalitetssikring av tvangsbruken samt grundig oppfølging etterpå. Videre er det viktig å utføre tvangen på mest mulig respektfull og hensynsfull måte. Godt tilpasset medvirkning er viktig for å redusere avmakt, unødig paternalisme og tilrettelegge behandlingen på best mulig måte samt styrke samarbeidet om alternative løsninger.

En viktig kunnskap fra prosjektet er at noen ungdommer utsettes for omfattende og langvarig bruk av tvang, f.eks. ved anorexi og selvskaade. De unge opplever ofte tvang som en alvorlig inngripen, og noen ganger som feil og traumatiserende. De synes i tillegg å tilvenne seg institusjonaliseringen og tvangsbruken raskere. Dette kan redusere tvangsopplevelsen, samtidig kan tilvenningen øke passivitet og redusere eierskap til behandlingen. De unge kan også ha problemer med å benytte formelle klageinstanser samtidig som de ikke ønsker innsyn eller informasjon til foreldre som kunne vært deres advokat. Dette kan øke deres sårbarhet – noe som må tas på stort alvor da de er i en sårbar fase av livet.

Prosjektet viser også at mange familier kan trenge mye informasjon og støtte for å mestre situasjonen og snakke sammen på best mulig måte. Det er behov for ekstra innsats for å opprettholde viktige emosjonelle bånd under tvang og å gjenopprette tillit etterpå. Et viktig funn er også at spørsmålet om involvering av unge pårørende ved tvang, omhandler mer enn

bare informasjon (Martinsen et al., 2016). Det handler om å opprettholde samhörighet og for de yngste pårørende ofte om å få være sammen med deres kjære forelder eller søsken. Studien av de unge pårørende viser at man ikke alltid kan stole på at familien vil informere barna. Dette fordrer både mer informasjon og støttesamtaler med helsepersonell, og av pasientens behandler. De unge pårørende hadde mange tanker om tvangsrelaterte situasjoner og flere erfarte det godt å få snakket om disse erfaringene. Det er derfor et tankekors at behandlere og dels barneansvarlige mente at det ofte var bedre å ikke snakke om disse temaene da det kunne være for belastende. Dette kan gi fare for å opprettholde en vanskelig taushet for de unge som allerede er involvert og informert – gjennom å være vitne til mange av situasjonene (Trondsen, 2012). Ulike behov hos barn og unge om involvering og informasjon fordrer imidlertid en individuell vurdering og tilpasning til den enkeltes alder, ønsker og situasjon.

PET-prosjektet bekrefter dermed behovet for mer familieorienterte perspektiver i psykiske helsetjenester samtidig som man anerkjenner pasientens behov og ønsker. En annen viktig innsikt er at pasienter og pårørendes syn på og erfaringer med tvang ofte utspilles i triadisk samspill med tjenestene og helsepersonell. Behandlingstilbudets kvalitet, tjenestenes utforming og måten helsepersonell arbeider på kan ha stor betydning for pasientens og familiens situasjon. Strategier for bedre tvangsbruk må derfor være rettet mot målbevisst

kvalitetsutvikling av tjenestene på de områdene som påvirker pasientens og familiens helse og livskvalitet.

## **Veien videre**

Intervjuene med pasienter og pårørende i PET-prosjektet er relativt små studier, og kan da ikke generaliseres. De gir likevel større innsikt i pasienters og pårørendes synspunkter og erfaringer og av felles utfordringer og muligheter. Det er samtidig behov for flere og større studier i tiden fremover i forhold til ulike grupper og problemstillinger. Studiene av helsepersonell i PET-prosjektet viser at helsepersonell ser mange av de samme utfordringer ved tvang og medvirkning som pasientene og pårørende, men har også ulik forståelse av tvangssituasjonene. I et dialogisk etisk perspektiv er det viktig at helsepersonell får frem pasientens, de pårørendes og egne perspektiv, og at helsepersonell får tid og rom til å drøfte egen tvangspraksis. I tillegg er det viktig å utvikle mer kunnskap om hvordan viktige tiltak bedre kan implementeres i tjenestene, og hvordan tvang kan forebygges, f.eks. i hjemmesituasjon gjennom bedre støtte og mer triadisk samarbeid mellom pasient, familie og helsetjenestene.

PET-prosjektet støtter oppunder flere funn i Barneombudets rapport (Barneombudet, 2015) og Sivilombudsmannens rapport om kritikkverdige forhold ved tvang (Sivilombudsmannen, 2016).

Disse samsvarende funnene understreker behovet for fortsatt innsats for å redusere unødig tvangsbruk, kvalitetssikre tvangsbruken og benytte alternative løsninger der dette er mulig. Denne innsatsen bør inkludere flere implementerte tiltak rettet mot traumeforebygging og ettersamtaler, også for unge pasienter og pårørende. De siste endringene i psykisk helsevernloven med større vekt på vurdering av samtykkekompetanse, særlig vektlegging av pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, og krav til samtale om hvordan pasienten har opplevd tvangsbruken synes å gå den retningen som funnene i PET-prosjektet peker mot.<sup>7</sup>

Det er videre behov for både økt kunnskap om tvangsbruk og forebygging av tvang hos barn og unge. Helselovgivningen for tvang og medvirkning ift. barn og unge er på mange måter lite utviklet, mens det for andre områder finnes regulering. Men vi vet for lite om hva som skjer i praksis. Det er særlig nødvendig å se nærmere på terskelen for bruk av tvangsernæring ved anorexi, bruk av tvangsinnleggelse ved depresjon og omfattende tvang ved selvskading da dette er områder som ungdommene vurderer unødig eller som traumatisk bruk av tvang. I tillegg bør man vurdere behovet for å innføre systematisk bruk av *second opinion* for pasienter med omfattende tvang, langvarig institusjonalisering og med mye bruk av tvang og usikker behandlingseffekter (Furre et al., 2014; Knutzen et al., 2014). De

---

<sup>7</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-02-10-6>

unges nølen med å gi innsyn til foreldre samtidig som de strever med formelle klageordninger, gir behov for å se på hvordan man skal bidra til å styrke de unges rettssikkerhet, herunder informasjon til foreldre og bruk av egnet representant for de unge.

PET-prosjektet viser at tvangsbruk innebærer mange vanskelige dilemmaer for berørte parter i tvangsrelaterte situasjoner. Det er derfor behov for ordninger som bidrar til en god beslutningsstøtte for å sikre at tvangen blir utøvd på best mulig måte. Her kan f.eks. bruk av ulike former for etikkrefleksjon benyttes mer aktivt fremover for å kvalitetssikre tvangsbruk (Norvoll et al., 2016; Hem, Molewijk & Pedersen 2017).

PET-prosjektet synliggjør viktigheten av et godt samarbeid mellom formell og uformell omsorg for å forebygge tvangsbruk. De ulike dilemmaene i tilknytning til involvering og taushetsplikt gir behov for mer intervensjonsforskning om god medvirkning og håndtering av taushetsplikten og opplæring i dette, samt vurdering av samtykkekompetanse. Dette inkluderer utvikling og implementering av tiltak i praksis som kan fremme positive mestringsmåter i familien. Faren for relasjonell skade gjør det viktig med tett oppfølging av pasient og familien etter tvangsinnleggelse. Bedre håndtering av taushetsplikten, samt pårørendeveiledning, er en del av dette. Det er også behov for å arbeide videre med pårørendes syn på pasientmedvirkning for å styrke pårørendes rolle i pasientens eget recovery-arbeid.



PET-prosjektet viser da at videre kvalitetsutvikling av de psykiske helsetjenestene i forhold til tvang og medvirkning er viktig fordi dette har stor betydning for mange pasienters og familiers velvære og livskvalitet. Dette gjelder spesielt sykehusene og deres samhandling med desentraliserte tjenester. Stabiliteten i tvangsbruken og de mange tilbakemeldingene fra pasienter og pårørende om unødig eller for hardhendt tvangsbruk kan tyde på et behov for å gjøre strukturelle endringer av tjenestene og behandlingstilbudets utforming for å få en større og mer langsiktig effekt. Reelle endringer vil fordre en aktiv, konsistent og målbevisst helsepolitikk og implementeringsarbeid over tid. Fortellingene om nedbygging av vellykkede tilbud – som f.eks. nettverksorienterte tiltak og ambulante oppsøkende team – tyder på at det også må utvikles ordninger som forhindrer at veldokumenterte tilbud som kan bidra til å forebygge tvang, bortprioriteres på lavere tjenestenivå.

## Referanser

- Anderson, S. (2014). Coercion. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*: Stanford University.
- Barneombudet. (2015). *Grenseløs omsorg – bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern*. Oslo: Barneombudet.
- Bjørger, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. L. (2014). *Alternativer til tvang I: sett fra et bruker- og fagperspektiv : ressurshefte* (Vol. 2014:2). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Bremnes, R., Lilleeng, S. E., Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Bergesen, F. (2014). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Cleary, M., Freeman, A., & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *Int J Ment Health Nurs*, 15(3), 189-194. doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00422.x
- Ellingsdalen, M. (2016). Diskriminering, tvang og tortur: Norsk psykisk helsevern og menneskerettighetene. I E. Skjeldal (Ed.), *Levd Liv* Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse.
- Feinberg, J. (1986). *The moral limits of the criminal law 3 : Harm to self*. New York: Oxford University Press.
- Friedrich, R. M., Lively, S., & Rubenstein, L. M. (2008). Siblings' coping strategies and mental health services: A national study of siblings of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(3), 261-267. doi:10.1176/appi.ps.59.3.261
- Furre, A., & Heyerdahl, S. (2010). *Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør.
- Furre, A., Sandvik, L., Heyerdahl, S., Friis, S., Knutzen, M., & Hanssen-Bauer, K. (2014). Characteristics of adolescents subjected to restraint in acute psychiatric units in Norway: a case-control study. *Psychiatr Serv*, 65(11), 1367-1372. doi:10.1176/appi.ps.201300429
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303. doi:10.1192/bjp.bp.106.034538
- Habermas, J. (1999). *Kommunikasjon, handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Hallam, L. (2007). How involuntary commitment impacts on the burden of care of the family. *Int J Ment Health Nurs*, 16(4), 247-256. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00474.x
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (pp. 243-284). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haukelien, H., Vike, H., & Møller, G. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* Rapport (Telemarksforskning. Bø : online), Vol. nr. 284. Helsedepartementet.
- Helsedepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011* (Vol. NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell : et ressurshefte for etikkrefleksjon i psykisk helsevern*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
- Husum, T. L., & Norvoll, R. (2014). *Alternativer til tvang II: sett fra et fag- og forskningsperspektiv* (Vol. 2014:3). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Høyer, G. (2009). *Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern*. Oslo Helsedirektoratet.
- Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., & Priebe, S. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives - a Qualitative Study. *PLoS One*, 6(10). doi:10.1371/journal.pone.0025425
- Kallert, T. W., Mezzich, J. E., & Monahan, J. (2011). *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. Hoboken: Wiley.
- Karp, D. A. (2001). *The Burden of sympathy: how families cope with mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169-1179. doi:10.1007/s00127-011-0427-z
- Knutzen, M., Bjorkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjosund, N. H., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint: a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res*, 215(1), 127-133. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.024
- Lidz, Hoge, S. K., Gardner, W., Bennett, N. S., Monahan, J., Mulvey, E. P., & Roth, L. H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1034-1039.
- Lorem, 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. doi:10.1111/inm.12106
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J., & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(4), 651-663. doi:10.1007/s00127-013-0781-0

- Ness, E., Antonsen, B., Grövlı, M., Hymer, K.-E., Jakobsen, I., Lindkvıst, K.-V., . . . Aaröen, K. (2016). Less compulsory admissions - dilemmas and challenges. *Faerre tvangsinnleggelse - dilemmaer og utfordringer*, 136(7).
- Norvoll, R. (2011). *Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrud-utvalget*. (NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K.-G. (2008). *Det er nå det begynner!: hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* (SINTEF A8450). Retrieved from Trondheim:
- Norvoll, R., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2016). The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum*, 1-16. doi:10.1007/s10730-016-9312-1
- Norvoll, R., & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag?: om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Norvoll, R., Ruud, T., & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 135(1), 35-39.
- O'Brien, L., Anand, M., Brady, P., & Gillies, D. (2011). Children visiting parents in inpatient psychiatric facilities: perspectives of parents, carers, and children. *Int J Ment Health Nurs*, 20(2), 137-143. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00718.x
- Oaks, D. W. (2011). The Moral Imperative for Dialogue with Organizations of Survivors of Coerced Psychiatric Human Rights Violations. In T. Kallert, J. E. Mezzich, & J. Monahan (Eds.), *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Aspects* (pp. 185-211): John Wiley & Sons, Ltd.
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(4), 357-366.
- Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Skui, H. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*. Retrieved from Oslo.
- Ridley, J., Hunter, S., & Rosengard, A. (2010). Partners in care?: views and experiences of carers from a cohort study of the early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community*, 18(5), 474-482. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00920.x
- Rowe, J. (2012). Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(1), 70-82. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x
- Russo, J., & Wallcraft, J. (2011). Resisting Variables – Service User/Survivor Perspectives on Researching Coercion. In T. Kallert, J. E. Mezzich, & J. Monahan (Eds.), *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Aspects*. (pp. 213-234): John Wiley & Sons, Ltd.

- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint in psychiatry: A cochrane systematic review (Vol. 41, pp. 232-232).
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*, 56(4), 412-423. doi:10.1177/0020764009106630
- Sivilombudsmannen. (2016). *Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 26.–28. april 2016*. Oslo: Sivilombudsmannen.
- Sjostrom, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication - power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 36-47. doi:10.1016/j.ijlp.2005.06.001
- Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R., & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 13-19. doi:10.1016/j.ijlp.2009.10.003
- Trondsen, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res*, 22(2), 174-188. doi:10.1177/1049732311420736
- Wallsten, T., Ostman, M., Sjoberg, R. L., & Kjellin, L. (2008). Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Nord J Psychiatry*, 62(6), 444-449. doi:10.1080/08039480801984248
- Weimand, B. M. (2012). *Experiences and nursing support of relatives of persons with severe mental illness*. (2012:17), Karlstad universitet, Faculty of social and life science, Nursing / Akershus universitetssykehus, Karlstad.
- Wertheimer, A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences and the Law*, 11(3), 239-258.
- Widdershoven, G., Abma, T., & Molewijk, B. (2009). Empirical ethics as dialogical practice. *Bioethics*, 23(4), 236-248. doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01712.x
- Yeates, V. (2007). Ambivalence, contradiction, and symbiosis: Carers' and mental health users' rights. *Law and Policy*, 29(4), 435-459. doi:10.1111/j.1467-9930.2007.00262.x

## Vedlegg 1 Oversikt over referansegruppens medlemmer

NAVN	ARBEIDSSTED	STILLING
Bakke, Hege Helen	Rådet for psykisk helse	Rådgiver
Ellingsdalen, Mette	We Shall Overcome (WSO)	Sentralstyret
Furre, Astrid	Kompetansesenter for sikkerhet, fengsel og rettspsykiatri for HSØ	Stipendiat
Gjesdal, Siri	Sørlandet sykehus/Barns beste	Leder
Hatling, Trond	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid	Daglig leder
Hem, Hilde	Erfaringskompetanse.no	Leder
Holmberg, Haakon	A-senteret Kirkens bymisjon	Fagsjef
Høyer, Georg	Universitetet i Tromsø	Leder av TvangsForsk/professor
Knutzen, Maria	Avd. psykisk helse og avhengighet, OUS	Forsker
Kufås, Elin	Blakstad	Sosionom/KEK-medlem
Lauveng, Arnhild	FoU avd, A-hus	Stipendiat
Nyttingnes, Olav	FoU avd, A-hus	Stipendiat
Opsal, Anne	Sørlandet sykehus	Stipendiat
Skree, Liv	We Shall Overcome (WSO)	Sentralstyret
Steneby, Jan	Voksne for barn	Fagkoordinator
Storaas, Jon	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	Daglig leder
Talseth, Randi	Voksne for barn	Generalsekretær
Terjesen, Anne Grete	Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP)	Styreleder
Thorsen, Eivind	Sørlandet sykehus/Barns beste	Fagrådgiver
Vestheim, Terje	Hamarkonferansen/Sykehuset innlandet	Psykiater

## Vedlegg 2 Psykisk helsevernloven og tvang

### Psykisk helsevernloven inndeler den formelle tvangen i:<sup>8</sup>

- *Tvunget psykisk helsevern*: Hvor pasienten kan tvangsinnlegges på institusjon i ubestemt tid, uten å ha gitt sitt samtykke dersom lovens vilkår er oppfylt.
- *Tvungen observasjon*: Som kan benyttes dersom det er mistanke om at vilkårene for tvunget psykisk helsevern er til stede, men man er usikker. Vedtak om tvungen observasjon innebærer at pasienten kan holdes på sykehus inntil ti dager for å kartlegge pasientens tilstand.
- *Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)*: Denne kan gjennomføres med døgnopphold i godkjent institusjon eller uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon. Også tvungen observasjon kan skje uten døgnopphold.
- *Tvangsmidler*: Som kun skal benyttes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Loven omtaler fire former for tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler, isolering, kortidsvirkende legemidler i bedøvende eller beroligende hensikt og kortvarig fastholding.
- *Skjerming*: Som formelt ikke er et tvangsmiddel, men et tiltak for å skjerme pasienten fra medpasientene eller personalet.

---

<sup>8</sup> Se [tvangsforskning.no](https://www.tvangsforskning.no) eller Psykisk helsevernloven med forskrifter: lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: vedtatt 02.07. 1999 nr. 62 (Lovdata.no).

- *Tvangsbehandling*: Der pasienter uten eget samtykke undergis undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. En slik tvangsbruk forutsetter at pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern, med eller uten døgnopphold. Tvangsbehandling handler oftest om behandling med legemidler eller tvungen ernæring. Det siste benyttes hovedsakelig i psykisk helsevern for barne- og ungdom.

### **§ 3-3. Vilkår for at vedtak om tvunget psykisk helsevern er oppfylt**

NB: Viktige endringer, bl.a. større vektlegging av samtykkekompetanse, er vedtatt gjeldende f.o.m. 01.09.2017, se omtale i teksten ovenfor og vedtatt lovendring (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-02-10-6>)

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvunget psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
  - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at



vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

**b.** utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.

5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.

6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

## Vedlegg 3 Artikler fra PET-prosjektet

1. Aasland, O., Førde, R., Husum, T. L. og Pedersen, R. Between paternalism and user-participation - attitudes and opinions on coercion among different professionals in mental health and addiction treatment in Norway. Innsending høst 2017.
2. Engerdahl, I. S., Molewijk, B. og Pedersen R. (2016). Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern: når lovverk møter praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 53(2): 103-110.
3. Førde, R., Norvoll, R., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2016). Next of kin's experiences of involment during involuntary hospitalization and coercion. *BMC Medical Ethics* 17:76. DOI: 10.1186/s12910-016-0159-4
4. Hem, M. H., Molewijk, B. og 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* 15:82. doi:10.1186/1472-6939-15-82
5. Hem, M. H., Pedersen, R., Norvoll, R. og Molewijk, B. (2015). Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics* 22(4), 452-466.
6. Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. og Pedersen, R. (2016). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*. 10.1177/0969733016629770
7. Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L. og Pedersen, R. The significance of ethics reflection groups in mental health care: a focus group study among helal care professionals. Innsending vår 2017.
8. Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell. Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
9. Husum, T. L., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2017). A survey of mental health care staff's perception of ethical challenges related to the use of coercion in care. Konferansebidrag. I: Gather, J. mfl. (red.). *Beneficial Coercion in Psychiatry? Foundations, Areas of Conflict, Prevention*. Mentis, Germany.
10. Lorem, G. F., Hem, M. H. og Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231-240. doi:10.1111/inm.12106
11. Martinsen, E. H., Weimand, B., Pedersen, R. og Norvoll, R. (2017). The silent world of young next of kin in mental healthcare. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733017694498
12. Martinsen, E. H., Weimand, B., Pedersen, R. og Norvoll, R. (2017). «Det er ikke gøy å se at faren din blir lagt i håndjern og dratt ut i en politibil». *Dagens Medisin* 4/5.
13. Martinsen, E. H., Weimand, B. og Norvoll, R. The impact of coercion on young next of kin in mental health care: A focus group study with child responsible personnel. Under utarbeidelse.
14. Molewijk, B., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2015). Dealing with ethical challenges: a focus group study with proessionals in mental health care. *BMC Medical Ethics* 16:4. doi: 10.1186/1472-6939-16-4
15. Molewijk, B., Engerdahl, I. S. og Pedersen, R. (2016). Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care: Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? *Clinical Ethics* 11(2-3): 87-96.

16. Molewijk, B., Kok, A., Husum, T. L., Pedersen, R. og Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion. The role of moral doubt, profession and context. Akseptert for publisering i *BMC Medical Ethics*.
17. Molewijk, B., Kok, A., Pedersen, R. og Aasland, O. Quantitative evaluation of ethics reflection groups: a two year follow-up study. Innsending sommer 2017.
18. Molewijk, B., Hem, M. H., Lillemoen, L., Gjerberg, E. og Pedersen, R. Implementing ethics reflection groups and training facilitators. A two year mixed methods study. Under utarbeidelse.
19. Molewijk, B., Pedersen, R., Førde, R., Kok, A. og Aasland, O. Two years of ethics reflection groups on the use of coercion in mental health care. Are there changes regarding how employees think about coercion, patient involvement and team cooperation? Under utarbeidelse.
20. Norvoll, R., Hem, M. H. og Pedersen, R. (2016). The role of ethics in reducing and improving the quality of coercion in mental health care. *HEC Forum*. DOI 10.1007/s10730-016-9312-1
21. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems on coercion: towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine* 156: 204-211.
22. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2016). Patients' moral views on coercion in mental healthcare. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733016674768
23. Norvoll, R., Hem, M. H. og Lindemann, H. Family members' views on and experiences with coercion in mental health care – a narrative study. Innsending høst 2017.
24. Norvoll, R. og Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer. Ressurshäfte fra prosjektet «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang»*. Oslo: Representralen, Universitetet i Oslo.
25. Norvoll, R. og Pedersen, R. The invisible worlds of adolescents' experiencing coercion in mental healthcare. Innsending høst 2017.
26. Pedersen R. og Norvoll, R. Patients' views on involvement during severe mental illness and coercion. Innsending høst 2017.
27. Syse, I., Førde, R. og Pedersen, R. (2016). Clinical ethics committees – also for mental health care? The Norwegian experience. *Clinical Ethics* 11(2), 81-86.
28. Weidema, F., Dartel, H. V. og Molewijk, B. (2016). Working towards implementing moral case deliberation in mental healthcare: Ongoing dialogue and shared ownership as strategy. *Clinical Ethics* 1(11), 43-44.

ISBN 978-82-93544-05-0 (Trykt)

ISBN 978-82-93544-06-7 (PDF)



**UiO : Universitetet i Oslo**