

**BEHANDLING** Det finnes ingen klare nasjonale føringer for hva behandlingstilbudet til hjemmeboende pasienter som er underlagt tvang skal inneholde, foruten kontroll og medisinering. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



# Tvang i eget hjem

Bruk av tvang både i og utenfor institusjon (TUD) har fått økt fokus de siste årene. Det er mange meninger om dette temaet som engasjerer både pasienter, pårørende og helsevesenet selv.



Av Maria Løvsetten (psyk spl med Master i psykisk helse), FoU, avd for akuttpsykiatri og psykosebehandling Sanderud, Sykehuset Innlandet

**B**ruk av tvang i behandling har vært regulert gjennom norsk lovverk helt tilbake til 1848. Tvang uten døgnopphold (TUD), er en ordning som har vært lovregulert siden 1961. I 1999 ble ny Psykisk helsevernloven vedtatt (1). Etter iverksetting av ny lov i 2001, ble det gitt økt tilgang til å gjøre vedtak om tvang utenfor institusjon hvis dette ble sett på å være en bedre ordning for pasienten (2). Dette innebærer at man fortsatt er pasient selv om man oppholder seg i eget hjem.

Det å være underlagt tvang mens man oppholder seg i sitt eget hjem er en stor inngripen i et menneskes liv, og det utfordrer både lovverk og etikk. Tilgjengelige statistikker viser at bruken av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er økende i Norge (3). Det finnes per i dag ikke fullstendige registreringer eller rapporteringer nasjonalt i forhold til hvor lenge en pasient er innlagt med tvang, eller underlagt tvungent psykisk helsevern (2). Det er heller ikke gjort mye forskning på dette området i Norge (4).

Psykisk helsevernloven sammen med forskrifter regulerer bruk, oppfølging og kontroll av tvang overfor pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern (1). Hovedvilkåret for å kunne anvende tvunget psykisk helsevern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Begrepet alvorlig sinnslidelse er en juridisk term, som ikke finnes som medisinsk diagnose, men blir brukt om aktive psykoser og avvikstilstander med like alvorlig funksjonssvikt som ved aktive psykoser (5). Det er to kriterier i psykisk helsevernlovens § 3–3 som vurderes i forhold til å kunne gjøre tvangsvedtak, behandlingskriteriet og farekriteriet (1). Behandlingskriteriet brukes når det er redusert utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring, eller det er stor sannsynlighet for forverring av tilstanden. Farekriteriet blir brukt når det er en nærliggende og alvorlig fare for pasienters eller andres liv og helse. Det er også hjemmel i sosialtjenesteloven og helse og omsorgstjenesteloven til å legge inn personer på tvang (1). Dette gjelder rusavhengige som er svært behandlingstrengende, og gravide rusavhengige hvor det er fare for det ufødte liv (5).

Det finnes lite sikker kunnskap om hvilken effekt tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har både i og utenfor institusjon.

### Omfang og målgruppe

Sintef Helse fikk i 2003 i oppdrag fra Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet å gjennomføre datainnsamling for å finne omfang ved bruk av tvang innen psykisk helsevern i Norge. Denne registreringen endte i rapporten *Bruk av tvang i psykisk helsevern (2006)* som bygger på de innsamlede data (6). Rapporten avdekket store geografiske forskjeller mellom helseforetak og helseregioner i bruken av tvang ved innleggelse, bruk av tvang utenfor institusjon og tvangsmedisinering, (6). Rapporten viste også at 2,9 % av alle polikliniske pasienter fra samme periode var underlagt TUD. Flertallet av pasientene, hele 87 %, hadde fått vedtak begrunnet med behandlingskriteriet, mens 33 % hadde fått vedtak begrunnet med farekriteriet. Noen hadde vedtak begrunnet med begge kriteriene.

I Hedmark og Oppland ble det samlet inn data av omfang av TUD i Sykehuset Innlandet Divisjon psykisk helsevern, i perioden 1.1 2008- 31.12.2011 (7). Denne undersøkelsen viste at 1,1 % av pasientene hadde vedtak om tvang uten døgn. Av disse pasientene var det 93 % som hadde en diagnose i schizofrenispekteret i kategorien F 20-F29 i ICD-10, og 32 % av pasientene hadde rus som tilleggs-

### Fokus på tvang i Innlandet

Sykehuset Innlandet har et tydelig fokus på bruk av tvang, og spesielt erfaringer med bruk av TUD:

- Samarbeider med Tvangsforsk ved Universitetet i Tromsø for å samle registerdata om TUD
- Sykehuset Innlandet har et pågående forskningsprosjekt om TUD, med en stipendiat som forsker på kvalitative data
- Bidrar med datainnsamling til «Skjermingsprosjektet» i Akuttnettveket i samarbeid med Akershus universitetssykehus
- Den 26. og 27. november 2014 arrangerer Sykehuset Innlandet sin 7. Nasjonale tvangskonferanse på Hamar

problem (7). Alle pasientene brukte psykofarmaka hvorav 60 % fikk depotmedikasjon, mens 40 % fikk tabletter. Studien fra Sykehuset Innlandet viste at 27 % av pasientene fikk TUD-vedtak begrunnet med farekriteriet, imens 72 % fikk TUD-vedtak begrunnet med behandlingskriteriet. Både den nasjonale og regionale oversikten viste at de fleste TUD-vedtak gjøres med begrunnelse i behandlingskriteriet.

### Rammer for behandlingsoppfølging

Psykisk helsevernloven med forskrifter gir føringer for hvordan pasienter med TUD-vedtak skal følges opp.(1). Det som er lovpålagt er at pasienten skal undersøkes av spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog, hver tredje måned i forhold til om vedtaket skal forlenges eller avsluttes. Et TUD-vedtak innebærer at pasientenes medisinerer blir tett fulgt opp. Men hvis pasientene motsetter seg medisinerer, gir loven hjemmel for å hente pasienten i eget hjem og bringe vedkommende til godkjent institusjon som har myndighet til å gjennomføre og følge opp TUD-vedtak (1).

I tillegg gir lovverk og retningslinjer føringer for at pasienter og pårørende skal ha en navngitt kontaktperson som skal være tilgjengelig på dagtid. Pasienter som ikke har egen boligadresse, kan ikke få vedtak om TUD. Pasientene skal også ha tilbud om individuell plan. Utover dette, finnes det ikke føringer for hva dette behandlingstilbudet skal inneholde (1).

Både Helsetilsynsrapporten og resultatene i studien fra Innlandet viser at flertallet av pasienter med TUD-vedtak har psykosediagnose i schizofrenispekteret (7). Schizofreni er lidelser som kan gi stort funksjonstap og mange kan trenge tett oppfølging for å fungere i dagliglivet (8). Det er lite sentrale krav og føringer i lovverk, retningslinjer og veiledere om hva

selve behandlingstilbudet skal inneholde (2,9). Pasienter med TUD-vedtak er spesialisthelsetjenestens ansvar, men de bor i kommunene. Oppfølgingen og kvaliteten på behandlingen er avhengig av hvordan spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune klarer å samarbeide, og hvilken kompetanse personalet som har den daglige kontakten med pasientene har.

Oppfølging av pasienter som har TUD-vedtak kan oppleves krevende for helsepersonell. Det kan være krevende å følge opp pasienter hvor vedtaket er begrunnet med farekriteriet. Disse pasientene trenger et godt tilrettelagt tilbud slik at de ikke utsetter seg selv eller andre for fare. Pasienter med psykose kan ha problemer med å formidle følelser og tanker, og kan derfor bli voldelige i akutte faser (10). I tillegg kan pasienter med schizofreni ha høy selvmordsrisiko på grunn av depressiv fortvilelse i upsykotiske perioder (8). Oppfølging av disse pasientene er avhengig av gode behandlingsrelasjoner mellom pasient og helsepersonell. Studien fra Innlandet viser at de fleste pasienter med TUD-vedtak har alvorlige psykiske lidelser, og flere kan i tillegg ha problematisk atferd preget av rusmisbruk. Pasienter med slike sammensatte lidelser bør få tilbud om integrert behandling, og de trenger oppfølging fra personale som har kompetanse på dette (11).

I Veilederen for Psykisk helsearbeid blir utformingen av individuell plan (IP) vektlagt som hjelpemiddel for oppfølging av pasienter med vedtak om tvang. Men, det er ikke noe krav til hva denne oppfølging skal omfatte selv om dette er en lovpålagt oppgave (12). I rapporten Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud, nevnes ikke pasienter med vedtak om TUD

stendighet, mestring og deltakelse i egen behandling gjennom brukermidvirkning. Disse prinsippene utfordres av tvang.

Å bruke tvang i behandling kan virke som et paradoks. Undersøkelsen fra Sykehuset Innlandet, viste at alle pasienter med TUD-vedtak ble behandlet med psykofarmaka (7). Pasienter kan oppleve plagsomme bivirkninger av medisiner og føle at de mister kontroll over hva som skjer med egen kropp (13). Det kan føre til at pasienten motsetter seg å bruke medikamenter. Det er vesentlig at pasientens synspunkter kommer frem ved valg av medikament, for at samarbeidet mellom behandler og pasient skal bli best mulig.

Etiske verdier er grunnleggende for alt hjelpearbeid med mennesker. Det er tre grunnleggende verdiprinsipper som ligger til grunn for tjenesteytelse i psykisk helsearbeid; informert samtykke, retten til autonomi og retten til å bli møtt med respekt og integritet uavhengig av sykdom eller funksjonshemming (14). Disse grunnleggende verdiprinsippene påvirkes også av verdisyn og holdninger i ulike behandlingsmiljøer. Dette får konsekvenser for hvordan man møter og handler ovenfor pasientene.

Ved vedtak om tvang «mister» personen retten til å gjøre selvstendige valg og kan føle seg krenket. Dette utfordrer helsearbeidere og sykepleiere i forhold til yrkesetikk. Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet egne yrkesetiske retningslinjer hvor det blant annet står; «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.» (15, s. 8)

I situasjoner hvor det brukes tvang, blir det spesielt viktig for sykepleiere å ivareta pasientens verdighet og integritet.

Tvang er et begrep som kan forstås på ulike måter og er kontekstavhengig ut fra hvordan det enkelte individ opplever situasjonen. Tvang kan bety både å bruke makt mot en annen eller å føle seg tvunget (16). Bruk av tvang har blitt møtt med mye kritikk, og det er sentrale føringer i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern for at ordningen skal vurderes (3). Det er spesielt behandlingskriteriet som blir kritisert fordi det omfatter å bryte menneskerettighetsprinsippet om autonomi. Flertallet i brukerorganisasjonen Mental Helse ønsker at dette kriteriet skal fjernes fra lovverket (17).

Alt helsepersonell må arbeide etter etiske retningslinjer og følge menneskerettighetene (18).

## «Et TUD-vedtak innebærer at pasientenes medisiner blir tett fulgt opp»

spesielt, men denne rapporten foreslår at det bør utarbeides enn metodebok for oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (9).

### Etiske utfordringer

Bruk av tvang gir mulighet for å behandle sykdom samtidig som det utfordrer og stiller samfunnet og helsetjenesten ovenfor vanskelige valg, både medisinsk og etisk. Målet med behandling, er å gi pasientene hjelp som gir bedret helse, fremmer selv-

Kompetanse, holdninger og erfaring hos personalet har betydning for hvordan de forholder seg til pasienter som har vedtak om TUD. Samtidig er det vesentlig hvordan tvangen blir gjennomført i forhold til hvordan pasientene opplever tvangssituasjonen. Rapporten *Frivillighet før tvang* (2010) viser til ulike tiltak for å redusere bruk av tvang og opplevelsen av tvangsbruk som for eksempel ulike lavterskeltilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, god kompetanse hos dem som vurderer pasientene ute i kommunene og styrket samhandlingen mellom kommunene, og spesialisthelsetjenesten (19).

I møte med pasienter som har vedtak om tvang, utfordrer dette helsepersonell i hvordan de skal møte pasienten så verdig og respektfullt som mulig, og ivareta pasientens integritet. Det å være underlagt tvang, gjør at pasienten kan oppleve å miste oversikt og innflytelse over egen situasjon. Mange kan føle det uverdige og reagerer med sinne eller avmakt ved å være avhengig av andre (20). Det kan også være slik at pasienten har mange tidligere negative erfaringer med å bli utsatt for krenkelser fra viktige personer rundt dem, og når det blir utøvd tvang kan dette bli forsterket (21). Det har derfor stor betydning hvordan pasientene blir møtt i situasjoner hvor de blir utsatt for tvang. God dialog er viktig for å skape relasjoner og felles virkelighetsforståelse (21).

Begrunnelse for vedtak om tvang er ikke knyttet opp mot diagnoser, men man må ha en alvorlig sinnslidelse for å bli vurdert for innleggelse med tvang. Etter å ha blitt innlagt blir pasientene undersøkt og diagnostisert. Det kan være slik at diagnosen er feil, fordi pasienten kan ha uklare symptomer, er ruset eller ønsker å fremstå som syk. Spesialisten som er vedtaksansvarlig kan også gjøre en feil vurdering av symptomene ut ifra den aktuelle situasjonen. Pasientens evne til å forstå sin egen situasjon kan også påvirke egen lidelse. Pasienterfaringer fra rapporten «Som natt og dag», gir blant annet eksempler på hvordan opplevd tvang kan påvirke relasjonen og kommunikasjonen mellom pasienter og personalet negativt (22).

I NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, blir det foreslått at det bare er autorisert helsepersonell som kan vurdere pasienten før, under og etter at tvangstiltak er gjennomført (2). Det forutsetter at personalet har spesialkompetanse til å gjøre disse vurderingene. Det kan være en sikkerhet både for den som gjør vedtak og for



**KREVENDE PASIENTER:** TUD-pasientene er en behandlingskrevende gruppe hvor 93 prosent har schizofrenilidelser og omtrent 1/3 av disse har rus som tilleggspenning. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

pasienten. Situasjonen rundt en vedtaksavgjørelse kan ha stor betydning for hvordan pasienten opplever situasjonen. Hvis pasienten er forvirret og engstelig er det ikke sikkert at vedkommende forstår hva som skjer.

#### Føringer

Lovverket setter tydelige rammer for hva gjennomføring av tvang skal omhandle. Både psykisk helsevernloven med forskrifter og pasientrettighetsloven gir detaljerte beskrivelser av hva lovene omfatter (1). Lovverket sier imidlertid ikke noe om innholdet i selve behandlingen, og hvilken kompetanse personalet som følger opp pasienter med TUD-vedtak bør ha. En del av kritikken mot bruk av tvang er rettet mot selve innholdet av behandlingen (22). Det er avgjørende at personalet kjenner lovverk og rettigheter, slik at de blir fulgt opp etter intensjo-

nen. Lovverket regulerer grunnlaget for å bruke tvang i tillegg til at det gir rettigheter til pasienter og pårørende og gir tydelige føringer for kontroll ved bruk av tvang

(1). Lovverket er i midlertidig omfattende, detaljert og krevende å sette seg inn i. Studien fra Innlandet viste at det var områder som er lovregu-

## «Det er viktig at det finnes rammer for hva oppfølging og behandling skal inneholde»

lert som ikke ble fulgt opp, bl.a. manglet mange av pasientene i studien navngitt kontaktperson og en individuell plan (7). Kritikken fra pasienter og pårørende om manglende behandling kan skyldes at



### Referanser:

1. Lovdata. (2014). Lokalisert 12.2.2014: www.lovdata.no
2. Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. (Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:9). Oslo: Departementet.
3. Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport IS-1370) Oslo: Departementet
4. Helsedirektoratet. (2009). Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009–2014. Prioriterte anbefalinger utarbeidet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Tromsø: Tvangsforskning
5. Syse, A. (2007). Psykisk helsevernloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal.
6. Helsetilsynet. (2006). Bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport nr. 4. 2006). Oslo: Helsetilsynet.
7. Løvsetten, M. (2012). Bruk av tvungent vern uten døgnbehandling. En kvantitativ studie. Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark.
8. Cullberg, J. (2005). Psykosser – et integrert perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget.
9. Helsedirektoratet. (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. (Rapport IS-1554). Oslo: Helsedirektoratet.
10. Rør, E. (Red.). (1997). Vold og psykiatri- om forståelse og behandling. Oslo: Tano Aschehoug.
11. Muser K.T. m.fl., (2006). Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget
12. Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i

de har erfaring med at ordningen ikke fungerer etter intensjonene. Da pasienten bor i kommunen, men er pasient i spesialisthelsetjenesten, er det viktig at det finnes rammer for hva oppfølging og behandling skal inneholde.

### Oppsummering

Omfanget av TUD utgjør bare 1,1 % av pasienter i Psykisk helsevern i Innlandet (7). Det er en liten, men behandlingskrevende gruppe hvor 93 % har schizofrenilidelser og ca. 1/3 av disse har rus som tilleggspromblem. Selv om 2/3 av TUD-vedtakene er begrunnet med behandlingskriteriet, finnes det ingen klare nasjonale føringer for hva behandlingstilbudet til TUD pasienter skal inneholde foruten kontroll og medisinering. Dette reiser mange etiske spørsmål i forhold til hvilke rettigheter pasienten bør ha, og hva behandlingstilbudet skal inneholde når man mottar behandling mot sin vilje. ■

kommunen. (Veileder IS- 1332). Oslo: Departementet

13. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2014). Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psyko farmaka. Erfaringskompetanse. no 2014:1, 2 utg.
14. Frost, T. (2009). Fra likestilling til likeverd. Hummelvoll, J. K. (Red. ). Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 14, s. 97-113, 2009) Elverum: Høgskolen i Hedmark.
15. Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler. Oslo: Sykepleierforbundet
16. Ordnett. (2014). Lokalisert 12.2.2014: www.ordnett.no
17. Helsedirektoratet. (2009). Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet. (Rapport Juni, 2009). Oslo: Helsedirektoratet.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. (Norges offentlige utredninger (NOU) 2004:18). Oslo. Departementet.
19. Rådet for psykisk helse. (2010). Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinleggelse til psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet
20. Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006). Nærhet og distanse. (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
21. Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
22. Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). Som natt og dag – om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. (Rapport, AFI- notat nr. 9.2011). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Rådet for psykisk helse & Sintef.