
Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen

ORIGINALARTIKKEL

TORKIL BERGE

torkil.berge@diakonsyk.no

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i alle aspekter ved studien og har godkjent innsendte manusversjon.

Torkil Berge er psykologspesialist og fagutviklingsrådgiver.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

KJERSTI SUNNIVA BJØNTEGÅRD

Mental Helse

Hun har bidratt i alle aspekter ved studien og har godkjent innsendte manusversjon.

Kjersti Sunniva Bjøntegård er representant fra Mental Helse.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

PETTER EKERN

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i alle aspekter ved studien og har godkjent innsendte manusversjon.

Petter Ekern er spesialist i psykiatri.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

MARTIN FURAN

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med utforming og design, analyse og tolkning av data, utarbeiding av manus og har godkjent innsendte manusversjon.

Martin Furan er sosiolog og seniorkonsulent.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

NILS INGE LANDRØ

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

og

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt med utforming og design, analyse og tolkning av data, utarbeiding av manus og har godkjent innsendte manusversjon.

Nils Inge Landrø er professor.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

GRETE J. SØLVBERG LARSEN

Psykoosepoliklinikken

Nydalen DPS

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med datainnsamling, analyse, utforming av manus og har godkjent innsendte manusversjon.

Grete J. Sølvberg Larsen er spesialist i psykiatri og enhetsleder.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

KÅRE OSNES

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt med utforming og design, analyse og tolkning av data, utarbeiding av manus og har godkjent innsendte manusversjon.

Kåre Osnes er spesialist i psykiatri og forsker, Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

INGER SELVAAG

Nydalen DPS

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med datainnsamling, analyse, utforming av manus og har godkjent innsendte manusversjon.

Inger Selvaag er psykologspesialist og assisterende avdelingsleder.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

ANNE HELENE VEDLOG

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt i alle aspekter ved studien og har godkjent innsendte manusversjon.

Anne Helene Vedlog er erfaringskonsulent.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Vi har mottatt økonomisk støtte fra Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) og fra Helsedirektoratet til studien.

BAKGRUNN

Bruk av tvungent psykisk helsevern bryter med prinsippet om frivillig undersøkelse og behandling. Samtidig skal personer i akutt fare kunne få påtrengende nødvendig helsehjelp.

MATERIALE OG METODE

Etter 37 øyeblikkelig hjelp-samtaler på poliklinikker i psykisk helsevern hvor bruk av tvungent psykisk helsevern ble vurdert, ble det foretatt intervjuer av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige.

RESULTATER

Studien inkluderer samtaler som resulterte i tvangsinnleggelse (n = 15), tvungen observasjon (n = 2), frivillig innleggelse (n = 14) og poliklinisk oppfølging (n = 6). Viktige faktorer i vurdering av bruk av tvang var alvorligheten av psykotiske symptomer, suicidalfare og fare for andre samt vanskelige sosiale forhold. Tre firedeler av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige var i tvil i større eller mindre grad, og 16 av 37 opplevde ubehag under vurderingen. Med tanke på om pasienten opplevde å ha blitt møtt med respekt, vektla de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige om pasientens mening ble hørt. Der de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige var i tvil, ble det pekt på en rekke faglige og etiske problemstillinger frem til beslutning ble tatt.

DISKUSJON

Det bør gis rom for etisk og faglig refleksjon omkring vurderinger av bruk av tvang i den kliniske hverdagen og opplæring i tiltak for å styrke pasientens opplevelse av delaktighet under samtalen.

Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrektighetsloven (1). Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner. Det skal foreligge en alvorlig sinnslidelse, og man må i den aktuelle situasjonen vurdere om det er en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (2). Frivillige behandlingsalternativer skal være forsøkt gjennomført eller være vurdert som ikke mulige å gjennomføre. Det skal legges særlig vekt på hvor stor belastning tvang vil medføre for personen. Man må vurdere om vedkommende er samtykkekompetent, altså forstår relevant informasjon, kan avveie ulike behandlingsalternativer og foreta valg tilpasset egen situasjon (3). Pasienten skal gis anledning til å uttale seg. Ofte må man ta hensyn til mange faktorer i en kompleks helhetsvurdering.

For at personer i akutt fare skal få nødvendig helsehjelp pålegger helsepersonelloven § 7 helsepersonell å yte øyeblikkelig hjelp (4). For å vurdere om tvungent psykisk helsevern er nødvendig, skal det foretas en undersøkelse av lege eller psykolog som er uavhengig av den sengeavdelingen der man vurderer å legge inn pasienten. Undersøkelsen kan foretas av fastlege, legevakt eller, som i vår studie, av en øyeblikkelig hjelp-ansvarlig på en poliklinikk i psykisk helsevern. På bakgrunn av opplysningene fra denne undersøkelsen og egne observasjoner skal den faglig ansvarlige for vedtak (psykiater eller psykologspesialist ansatt på døgninstitusjonen) innen 24 timer foreta en uavhengig vurdering av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (4).

Bruk av tvang i Norge

Det er betydelige geografiske og institusjonsvise forskjeller i omfang av tvangsbruk i Norge som ikke synes å kunne forklares ut ifra pasientgrunnlaget (5). I 2014 fikk Norsk pasientregister rapport om ca. 8 000 tvangsinneleggelse av 5 600 pasienter (6).

I flere studier både i Norge og i andre land fremgår det at lav utdanning, lav inntekt, svak familietilknytning, liten sosial støtte, skadelig bruk av rusmidler og etnisk minoritetsbakgrunn øker sannsynligheten for tvangsinneleggelse (7). Alder og kjønn synes å ha mindre betydning (8, 9). Få ledige sengeplasser og lav bemanning er også forbundet med økt bruk av tvang (8, 9). Kulturelle holdninger i organisasjonen («slik gjør vi det hos oss») kan ha innvirkning, likeså paternalistiske holdninger hos fagpersoner involvert i beslutningen om bruk av tvang (10, 11). Beslutningsprosessen påvirkes av de involvertes tolkning av de rettslige kriteriene for bruk av tvang (12) og av etiske dilemmaer (3, 13, 14).

Et viktig mål i øyeblikkelig hjelp-samtalen er at pasienten i størst mulig grad opplever å være delaktig i vurderingene som foretas. Pasienter som blir møtt med respekt og som blir inkludert i beslutningsprosessen, rapporterer systematisk mindre grad av opplevd tvang (15).

Ved noen øyeblikkelig hjelp-vurderinger vil kriteriene for tvangsbruk være klart til stede. Ved andre vil det være tydelig at kriteriene for bruk av tvang ikke foreligger. I mange situasjoner vil det imidlertid være uklart om bruk av tvang eller frivillige tiltak er den riktige beslutningen. For å utvikle faglige vurderings- og beslutningsmetoder som kan føre til redusert bruk av tvang eller sikre at vedtak om tvang gjøres på en så skånsom måte som mulig, er det viktig å belyse hvordan man går frem i situasjoner der det ikke er entydig hva som er riktig å gjøre.

Denne artikkelen omhandler øyeblikkelig hjelp-samtaler på poliklinikker i psykisk helsevern der muligheten for bruk av tvang blir vurdert. Vi inkluderte både samtaler som resulterte i og samtaler som *ikke* resulterte i en vurdering om at tvungent psykisk helsevern var påkrevd. Vi intervjuet leger og psykologer ved flere poliklinikker i Oslo som har gjennomført slike samtaler. De ble spurt om faglige og etiske dilemmaer, om opplevd tvil og ubehag og om de trodde at pasientene opplevde å bli delaktig i beslutningsprosessen og møtt med respekt.

Formålet med studien var å belyse hvilke faktorer som har betydning for øyeblikkelig hjelp-ansvarliges beslutninger om mulig bruk av tvang. Vi la vekt på følgende spørsmål, vurdert ut ifra beslutningstagernes synsvinkel:

- Hvilke vurderinger ligger til grunn for å beslutte at tvang er påkrevd eller ikke?
- Hvilke eventuelle dilemmaer, tvil og ubehag opplever man under disse vurderingene?
- Hvilke faktorer er viktige for at pasientene skal oppleve å være delaktig i beslutningsprosessen og føle seg møtt med respekt?

Materiale og metode

I denne artikkelen har vi analysert 37 øyeblikkelig hjelp-samtaler ved tre poliklinikker i psykisk helsevern der man vurderer tvungent psykisk helsevern. De intervjuede var 18 psykiatere, fem psykologspesialister, 12 leger i spesialisering (LIS) og to psykologer. Poliklinikkene dekker både vestlige og østlige bydeler i Oslo. De øyeblikkelig hjelp-ansvarlige er intervjuet av erfarne psykiatere eller psykologspesialister. Deltagerne ble

rekruttert fortløpende ved at alle øyeblikkelig hjelp-ansvarlige ble spurt om samtalen hadde inneholdt en vurdering av bruk av tvang. Intervjuet varte opp mot en time. I dette brukte man et spørreskjema der utsagnene hadde kvantitative svaralternativer samt mulighet å gi en utdypning av svarene. Spørreskjemaet er utviklet i samarbeid med Tvangsforsk – Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Flere av de aktuelle spørsmålene er gjengitt i tabell 1. Skjemaet kan fås ved henvendelse til førsteforfatter.

Tabell 1

Bruk av tvang i psykisk helsevern. 37 øyeblikkelig hjelp-ansvarlige leger og psykologspesialisters svar på spørsmål langs en ordinal skala på spørsmål om opplevd tvil ved beslutningen samt respekt, involvering og sykdomsforståelse hos pasienten

Spørsmål	Ikke i det hele tatt	Litt	Noe	Mye	Svært mye
Var du i tvil om beslutningen? (n = 37)	9	16	10	2	0
I hvilken grad tror du at pasienten opplevde å få komme med sine synspunkter i øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 35)	3	6	5	11	10
I hvilken grad opplevde du at pasientens synspunkter fikk innvirkning på beslutningen som ble tatt? (n = 24)	4	4	2	9	5
I hvilken grad tror du pasienten opplevde å bli møtt med respekt under øyeblikkelig hjelp-samtalen? (n = 36)	0	3	10	16	7
I hvilken grad opplevde du at pasienten hadde en forståelse av situasjonen (sykdomsinnsikt/beslutningskompetanse)? (n = 37)	8	13	10	6	0

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK Sør-Øst, og alle deltagerne har gitt skriftlig samtykke.

De statistiske analysene er utført i IBM SPSS Statistics, versjon 21. Kendalls rang korrelasjonskoeffisient (Kendalls tau-b) er benyttet for å beregne korrelasjonen mellom ordinale kategoriske variabler.

Resultater

Av de 37 øyeblikkelig hjelp-samtalene var behovet for tiltak i ni av tilfellene meldt fra pårørende, ni fra akutteam, dvs. en ambulant vaktjeneste ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS), tre fra fastlege og to fra pasienten selv. I de fleste vurderingene var dessuten ulike offentlige instanser, som legevakt, politi, ulike behandlingenheter i psykisk helsevern og bydeler involvert. I åtte samtaler var det fattet vedtak om tvungen legeundersøkelse, der pårørende, fastlege eller andre hadde meldt behovet til bydelsoverlegen. Politiet var direkte involvert i fem av 27 samtaler der dette var registrert.

I nesten alle samtalene var akutt psykose en aktuell problemstilling (31 av 37), mens suicidalfare var et tema i 13. 15 av de 37 samtalene resulterte i at pasienten ble innlagt med tvungent psykisk helsevern. Blant de øvrige endte 14 med frivillig innleggelse og to med innleggelse under tvungen observasjon. Seks pasienter ble ikke innlagt, men fikk avtale om poliklinisk oppfølging.

I 18 av samtalene ble det oppnådd kontakt med pårørende i forbindelse med øyeblikkelig hjelp-vurderingen. I 13 av dem mente de pårørende at pasienten burde legges inn, og i ti av disse igjen om nødvendig med bruk av tvang. Det var godt samsvar mellom pårørendes og øyeblikkelig hjelp-ansvarliges vurdering av behov for innleggelse. 11 av de 13 vurderingene der pårørende ønsket det, resulterte i innleggelse. I to av de tre samtalene der pårørende ikke ønsket innleggelse, ble resultatet poliklinisk oppfølging uten innleggelse.

Som tabell 1 viser, oppga ni av de 37 øyeblikkelig hjelp-ansvarlige at de ikke var i tvil om avgjørelsen. Tre firedeler av fagpersonene som vurderte bruk av tvang, var altså i tvil i større eller mindre grad.

Ulike årsaker til tvil

Faktorer som påvirket resultatet av øyeblikkelig hjelp-samtalen var alvorligheten av pasientens psykotiske symptomer, suicidalfare eller fare for andre, samt pasientens sosiale situasjon. Det siste gjaldt for eksempel om vedkommende bodde alene og om han eller hun hadde støttende pårørende. Ved frivillig innleggelse var suicidalfare en sentral kilde til tvil. Hvis det ikke var tvil om tvungent psykisk helsevern, var betydningen av psykotiske symptomer og fare for andre spesielt viktig for beslutningen.

De øyeblikkelig hjelp-ansvarlige ble bedt om å beskrive når og hvorfor de var i tvil, hvilke ulike alternativer som forelå og hva som lå til grunn for det endelige valget. I ramme 1 er slike refleksjoner gjengitt for tre pasienter.

Ramme 1 Kasuistikkeksempler der øyeblikkelig hjelp-ansvarlige har kjent tvil rundt tvungent psykisk helsevern

Pasient A hadde sannsynlige prodromalsymptomer på en alvorlig sinnslidelse. Samtidig var det mye usikkerhet om vedkommende var psykotisk og hvilken rolle rusmiddelproblemer spilte for den aktuelle tilstanden. Pasienten hadde et mangelfullt nettverk og en ustabil bosituasjon. Det forelå ingen ønsker, verken om innleggelse, medikamentell behandling eller oppfølging med samtale. Målet var å etablere en poliklinisk kontakt i et mer langsiktig perspektiv. Tvilen gikk ut på om poliklinisk behandling var forsvarlig nå. Etske vurderinger av balansen mellom innsikt og autonomi ble poengtert. Konklusjonen ble frivillig poliklinisk oppfølging.

Pasient B hadde alvorlige psykotiske symptomer, men hadde svært god oppfølging av kompetente pårørende. Mulige alternativer var tett oppfølging med ny oppstart av medikamentell behandling versus innleggelse. Viktige årsaker til den endelige avgjørelsen med frivillig poliklinisk oppfølging var kombinasjonen av ressurssterke pårørende og pasientens belastninger forbundet med innleggelse.

Pasient C hadde alvorlig psykisk lidelse og en vanskelig bosituasjon. Den sosiale situasjonen var komplisert og konfliktfylt. Mor var svært bekymret for at pasienten ville prøve å ta livet av seg. Øyeblikkelig hjelp-ansvarlig vurderte stor grad av sammenheng mellom den sosiale situasjonen og forverring av symptomene. Konklusjonen ble at innleggelse med tvang var påkrevd.

For noen øyeblikkelige hjelp-ansvarlige oppsto tvilen tidlig i samtalen, mens den avtok etter hvert som de psykotiske symptomene og/eller suicidalrisikoen ble mer fremtredende. For andre avtok tvilen i tilfeller der det oppsto en god relasjon som lettet kommunikasjonen.

En øyeblikkelig hjelp-ansvarlig fortalte om en pasient som bagatelliserte situasjonen, samtidig som det kom klare meldinger fra andre involverte om at pasienten burde legges inn. Beslutningstageren strevde med å oppnå god kontakt med pasienten i starten av samtalen, men dette bedret seg. Mer ro over situasjonen innvirket til en beslutning om poliklinisk oppfølging.

Årsaker til beslutningene

Ramme 2 gjengir ulike faktorer av betydning for om konklusjonen ble tvungent psykisk helsevern eller frivillig oppfølging.

Ramme 2 Faktorer som ifølge de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige påvirket beslutningen om tvungent psykisk helsevern eller frivillig oppfølging

TALTE FOR TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN:

- Alvorlig og raskt funksjonsfall med psykose og suicidalfare
- Tidligere alvorlige suicidalforsøk
- Alvorlige psykotiske symptomer som virket funksjonshemmende
- Fare for andres liv og helse
- Behov for egen beskyttelse
- Utsikt til bedring ved en innleggelse

TALTE FOR FRIVILLIG OPPFØLGING:

- Pasienten var positiv til de foreslåtte tiltakene
- Pasient-behandler-forholdet ble styrket under vurderingssamtalen
- Pasienten syntes å ha innsikt i sin situasjon
- Viktigheten av å etablere tillit og allianse til sykehuset
- Helhetsvurderingen tilsa frivillighet fremfor tvang

Alternativer til tvang

Dersom resultatet av vurderingene ble innleggelse med tvang, beskrev flere øyeblikkelig hjelp-ansvarlige alternativer som de skulle ønske de hadde hatt til rådighet, men som ikke fantes. Flere sa at ambulante døgntilbud i hjemmet kunne gjort det lettere å kartlegge pasientenes funksjonsevne og evne til egenomsorg. Samtidig oppga mange at de ikke så for seg alternativer som ville ha vært forsvarlig å bruke i den aktuelle situasjonen.

Opplevd ubehag

I alt 16 av de 37 øyeblikkelig hjelp-ansvarlige oppga at de i større eller mindre grad opplevde samtalen som ubehagelig. Kilder til ubehag var blant annet tvil om beslutningen, tidspress, mangelfull kjennskap til pasienten, press fra fast behandler om å foreta innleggelse eller uenighet med akuttavdelingen. To av de intervjuede følte at egen sikkerhet var truet. En anga politiets inngripen som en kilde til ubehag. Vedkommende mente at pasienten i denne situasjonen ville kunne føle seg krenket.

Respekt

De øyeblikkelig hjelp-ansvarlige ble bedt om å beskrive hva som var bakgrunnen for deres oppfatning av om pasienten opplevde å bli møtt med respekt (tab 1). Et flertall understreket betydningen av å gi pasienten grundig informasjon og å bruke god tid til å lytte til pasientens synspunkter i en «myk atmosfære». De understreket også at det er viktig å få formidlet til pasienten at de har kjennskap til hans eller hennes situasjon. En god relasjon må tilstrebes.

Det var en nær sammenheng mellom de øyeblikkelig hjelp-ansvarliges vurdering av om pasienten ble møtt med respekt og vurderingen om at pasienten fikk komme til med sine synspunkter (Kendalls tau-b = 0,63; p-verdi < 0,001; n = 35). I vurderingene var det også en sammenheng mellom pasientens sykdomsinnsikt og graden av innvirkning på beslutningen (Kendalls tau-b = 0,62; p-verdi: < 0,001; n = 24). Selv om flere av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige vurderte at pasienter som ble innlagt under tvungent psykisk helsevern/observasjon i mindre grad ble møtt med respekt, fantes det unntak. En øyeblikkelig hjelp-ansvarlig kjente pasienten godt fra før og brukte lang tid på samtalen. Vurderingen var at denne pasienten opplevde å bli møtt med mye respekt, selv om konklusjonen ble innleggelse med tvang.

I saker der politiet var involvert, mente de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige at pasientene i langt mindre grad opplevde å bli møtt med respekt. Flere beskrev likevel at samarbeidet med politiet var bra, at de «roet situasjonen», at de var «hjelpsomme og raske» og at de «oppførte seg vennlig, smidig og rolig».

Sannsynligheten for at politiet var involvert, var størst i de mest uforutsigbare og alvorlige situasjonene.

Faglige og etiske dilemmaer

Ramme 3 viser faglige og etiske dilemmaer som de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige trakk frem, kategorisert etter at beslutningen var tatt.

Ramme 3 Faglige og etiske dilemmaer som ble trukket frem i vurderingen

VED FRIVILLIG INNLEGGELSE

- Pasienten hadde nylig utagert under en psykose, men ble ikke vurdert som psykotisk under samtalen. Hvordan skulle man legge til rette for videre ivaretagelse dersom pasienten ikke maktet å ta vare på seg selv?
- Pasienten var psykotisk, men med nylig oppstått sykdomsdebut. Bruk av tvang kunne underminere alliansebyggingen og tilliten som er viktig for langtidsoppfølging
- Man manglet nødvendig bakgrunnskunnskap om en suicidal pasient, og pasienten selv ga lite informasjon

VED OBSERVASJONSINNLEGGELSE

- Man visste at mottagende enhet hadde et annet syn på situasjonen enn en selv

VED INNLEGGELSE TIL TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

- Pasienten hadde tidligere hatt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, men dette var avvirket. Det var nå tvil om det hadde vært en riktig beslutning, da pasienten hadde hatt et sterkt funksjonsfall i etterkant
- Ønsket om å respektere pasientens autonomi kom i konflikt med behovet for å bruke tvang for å ivareta en pasient som hadde forsømt seg selv
- Å vurdere graden av maniske symptomer hos pasienten var vanskelig, og samarbeidet under samtalen var mangelfullt. Samtidig var det tvil om frivillighet i tilstrekkelig grad var forsøkt slik loven krever
- Det forelå komparentopplysninger om psykose, men pasienten tildekket dem slik at de psykotiske symptomene først kom frem etter en lang samtale

VED FRIVILLIG POLIKLINISK OPPFØLGING

- Pasienten hadde paranoide forestillinger, og sykehusinnleggelse ble vurdert som nyttig. Pasientens motstand mot innleggelse ble viktig for avgjørelsen om poliklinisk oppfølging
- Pasienten ville slite med å følge opp poliklinisk behandling, men akuttposten viste sterk motstand mot innleggelse
- Forelder ønsket innleggelse av sitt voksne barn, men ut fra en helhetsvurdering ble det konkludert med poliklinisk oppfølging

Diskusjon

Hensikten med studien var å belyse hvilke forhold øyeblikkelig hjelp-ansvarlige i psykisk helsevern fremhevet som betydningsfulle når de vurderte bruk av tvang. Viktige faktorer i vurderingen var alvorligheten av de psykotiske symptomene, suicidalfare og fare for andre, og vanskelige sosiale forhold. Når de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige var i tvil, trakk de frem ulike faglige og etiske problemstillinger i prosessen frem til beslutningen ble tatt. De fremhevet det etiske dilemmaet som alltid er forbundet med å tvinge en behandling på en person som ikke selv gir uttrykk for ønske om slik hjelp.

Flere av de intervjuede var i tvil om det var forsvarlig å legge inn pasienten frivillig. Pasienten kunne fremstå som ambivalent under samtalen, og man var usikre på om pasienten ville bli i avdelingen eller skrive seg ut for tidlig. Dessuten kunne det være usikkert om det var mulig å få etablert et forsvarlig tilsyn hjemme. Noen var i tvil om symptomenes alvorlighet, for eksempel i hvilken grad pasienten var psykotisk. Enkelte respondenter opplevde et stort påtrykk fra pårørende om behovet for innleggelse, mens de selv hadde begrensede forhåndskunnskaper om pasientens situasjon. Generelt var det et godt samsvar mellom pårørendes og øyeblikkelig hjelp-ansvarliges vurdering av behov for innleggelse.

En øyeblikkelig hjelp-ansvarlig sa at det alltid ville være grunnlag for tvil i denne type samtaler, fordi de gir et øyeblikksbilde. Forløpet kan imidlertid være svingende, med perioder med sterkt funksjonsfall. Det gjør at disse samtalene ofte blir faglig krevende.

I vurderingen av om pasienten opplevde å ha blitt møtt med respekt eller ikke, trakk de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige frem som spesielt viktig at pasientens mening ble hørt. Dette er vist i flere andre studier ([3](#), [16](#), [17](#), [18](#)). Det var også en nær sammenheng mellom vurderingen av om pasienten hadde sykdomsinnsikt og vurderingen av om pasienten hadde fått komme til i samtalen. I en annen artikkel som er under utarbeiding, vil vi belyse pasientenes opplevelser og vurderinger av de samme samtalene. Vi vil blant annet se på deres vurdering av om de ble møtt med respekt i samtalen og fikk innvirkning på vurderingen og i hvilken grad den skiller seg fra den øyeblikkelig hjelp-ansvarliges vurdering.

Pasienter som har blitt utsatt for tvang kan kanskje i ettertid si at de vurderer innleggelsen som et nødvendig tiltak. Likevel vil de ofte opprettholde sin negative vurdering av at det ble brukt tvang og fortsatt føle at de har vært utsatt for urettferdig, krenkende og/eller ydmykende behandling ([19](#)). Bruk av tvang er generelt forbundet med redusert brukertilfredshet ([20](#)).

Betydningen av å involvere pasienten i beslutningsprosessen er ikke bare et faglig, men også et rettslig forhold. Ifølge endringen av psykisk helsevernloven om bruk av tvang 1. september 2017 kan pasienter som har samtykkekompetanse nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern, med mindre de utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse ([2](#)). Pasientens rett til å ta valg som angår egen psykiske helse, også det behandlere vil mene er dårlige valg, skal styrkes. Dersom pasienten regnes for å være samtykkekompetent, kan ikke tvang brukes for å gjennomføre behandlingstiltak. Selvskading uten fare for eget liv eller seponering av antipsykotika som innebærer risiko for forverring, er eksempler på slike situasjoner. Vår studie ble foretatt før lovendringen. Det vil være interessant i fremtidige studier å undersøke dens konsekvenser for vurderinger i øyeblikkelig hjelp-samtaler der bruk av tvang er tema.

De øyeblikkelig hjelp-ansvarlige i vår studie fremhevet tiltak som kan bidra til å trekke pasienten inn som en part i beslutningene: Sett av god tid. Gi pasienten anledning til å snakke om sin situasjon og få frem sine synspunkter og eventuell uenighet. Prøv å etablere en god kontakt og allianse med pasienten. Bruk tid på å forklare hvorfor man gjør som man gjør, ha et rolig tempo, gjenta viktige spørsmål og lag en ramme av omsorg. Lytt og ta pasienten på alvor. Utforsk aktivt og tydelig personens opplevelse og vurderinger.

Begrensninger ved studien er at det ikke ble brukt standardiserte metoder for kvalitativ analyse av transkriberte intervjuer. De involverte poliklinikkene var fra et begrenset geografisk område.

Det er krevende å gjøre en øyeblikkelig hjelp-vurdering, spesielt når det er uklart om bruk av tvang eller frivillighet er riktig beslutning. Det stilles store krav til den øyeblikkelig hjelp-ansvarliges evne til å trekke pasienten inn i beslutningsprosessen. Et spørsmål er om leger og psykologer som går inn i disse samtalene i tilstrekkelig grad mottar systematisk opplæring og trening i metoder for å redusere pasientens opplevelse av ubehag, integritetsberøvelse og maktesløshet rundt vurderingen av tvungent psykisk helsevern. Det er etter vår vurdering mangelfull kunnskap om kvaliteten på utdanningsinstitusjonenes tilbud her, og det er en viktig problemstilling for videre forskning. Det var interessant at mange av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige ga uttrykk for at det var godt at intervjuet i denne studien ga dem mulighet til å reflektere over prosessen. Også i den kliniske hverdagen bør det gis rom for etisk og faglig refleksjon omkring øyeblikkelig hjelp-samtalen.

Takk til professor Georg Høyer og Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) for god støtte, og til alle våre kolleger på de tre poliklinikkene som har bidratt.

LITTERATUR

1. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (15.5.2018).
2. LOV-1999-07-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=Lov%20om%20etablering%20og%20gjennomf%C3%B8ring> (15.5.2018).
3. Høyer G. Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Vedlegg 3 til rapporten Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurdo9_behandlsvilkaar_psyk_helsevern.pdf (15.5.2018).
4. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (15.5.2018).
5. Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport IS-1370. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
6. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. Rapport IS-2452. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf> (15.5.2018).
7. Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport 4/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport4_2006.pdf (15.5.2018).
8. Lorant V, Depuydt C, Gillain B et al. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 360 - 5. [PubMed][CrossRef]

9. Blitz CL, Solomon PL, Feinberg M. Establishing a new research agenda for studying psychiatric emergency room treatment decisions. *Ment Health Serv Res* 2001; 3: 25 - 34. [PubMed][CrossRef]
 10. Diseth RR, Bøgwald KP, Høglend PA. Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 1 - 6. [PubMed][CrossRef]
 11. Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 2001; 52: 239 - 48. [PubMed][CrossRef]
 12. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 500. [PubMed][CrossRef]
 13. Engerdahl IS, Moljewijk A, Pedersen R. Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern – Når lovverk møter praksis. *Tidsskr Nor Psykolog* 2016; 53: 102 - 10.
 14. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL et al. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics* 2018; 25: 92 - 110. [PubMed][CrossRef]
 15. Norges offentlige utredninger. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. NOU 2011: 9. <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884fd988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000ddpdfs.pdf> (15.5.2018).
 16. Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. Acceptability of compulsory powers in the community: the ethical considerations of mental health service users on Supervised Discharge and Guardianship. *J Med Ethics* 2005; 31: 457 - 62. [PubMed][CrossRef]
 17. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007; 16: 172 - 8. [PubMed][CrossRef]
 18. Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 2011; 62: 471 - 6. [PubMed][CrossRef]
 19. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK et al. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1385 - 91. [PubMed]
 20. Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 504 - 11. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 21. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0338

Mottatt 5.4.2017, første revisjon innsendt 26.11.2017, godkjent 15.5.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. februar 2026.