

FORORD

Denne oppgaven er en del av master-retningen læring – hjerne, atferd og omgivelser i psykologi, ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Oppgaven har fra utvelgelse av problemstilling til ferdig produkt vært et selvstendig arbeid, i samarbeid med veileder, og er ikke del av andre forskningsprosjekt.

Ønsket om å skrive en masteroppgave om tvang var i første omgang primært basert på en personlig interesse av fenomenet, og et eget ønske om kunnskapsutvikling, som følge av selv å ha vært ansatt i det psykiske helsevernet. Fra start til slutt har det vært en utfordrende, men også givende og lærerik prosess å sette seg inn i tematikken, og utforme denne oppgaven.

I prosessen med masteroppgaven vil jeg hovedsakelig rette en stor takk til min veileder. Han har vært en god faglig ressurs, og bidratt med anbefalinger om faglitteratur, fokus og perspektiv. Videre har han vært en stor hjelp underveis til å organisere og strukturere tanker så vel som oppgaven. Hans konstruktive kritikk og rettleiding har i stor grad drevet masteroppgaven fremover.

Mine brødre og min mor fortjener også en takk for tiden de har viet til korrekturlesing, tilbakemelding og ikke minst for deres oppmuntring gjennom hele prosessen.

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven i psykologi, hadde som mål å redegjør for hvordan en kan forstå – og se på tvang i det psykiske helsevesenet i Norge, gjennom et juridisk, etisk, medisinsk og psykologisk perspektiv. Det er en teoretisk oppgave, løst med en hermeneutisk tilnærming. Problemer relatert til de ulike fagområder ble forklart og diskutert. Det kom blant annet frem hvordan utfordringer knyttet til metodologi og manglende datainnsamling gjør det problematisk å gi en klar oversikt over omfang og forskning om tvang. Et utpreget problem var selve definisjonen av begrepet ”tvang”, og diskrepansen mellom pasienters formelle status som frivillig eller tvungen og deres egen opplevelse av å være frivillig eller tvungen, samt diskrepansen mellom deres og helsepersonellets opplevelse av tvang. Det var mindre forskjeller i holdningene deres til tvang. Videre så det ut til å være et behov for mer kunnskap for å kunne argumentere for hvorvidt tvang medfører bedre eller dårligere behandlingresultater. Det ble påpekt hvordan det foruten å foreligge et juridisk grunnlag for å anvende tvang, foreligger en verdikonflikt i diskusjonen om tvang, med tanke på hvilke etisk perspektiv- og prinsipper en legger til grunn for sin argumentasjon. Det ble konkludert med at det er flere problemer knyttet til forskning på tvang, og at det er behov for videre forskning, og at psykologien kan gi viktige bidrag i forståelsen av tvang.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	1
1.1 Motivasjon.....	1
1.2 Problemstilling og disposisjon	2
1.3 Metode.....	3
1.4 Avgrensninger	3
2. PSYKIATRI OG TVANG: ET TILBAKEBLIKK I HISTORIEN.....	5
2.1 Middelalderen.....	5
2.2 Frigjøring fra lenker	7
2.3 Moral Treatment i Norge, og veien mot en ny sinnssykelov.....	8
2.4 Somatiske behandlingsformer og medikamentbølgen.....	10
2.5 Lov om psykisk helsevern.....	12
2.7 Avsluttende kommentar	14
3. LOV OM PSYKISK HELSEVERN	15
3.1 Pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser	16
3.2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern.....	17
3.3 Etablering av tvungent psykisk helsevern	17
3.3.1 Frivillighetsvilkåret	17
3.3.2 Legeundersøkelse	18
3.3.3 Hovedvilkåret og tilleggsvilkårene: behandlings- og farevilkåret.....	18
3.3.4 Krav til institusjonen	20
3.3.5 Rett til å uttale seg	21
3.3.6 Helhetsvurdering	21
3.4 Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte	21
3.5 Tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk.....	22
3.5.1 Skjerming	22
3.5.2 Behandling uten eget samtykke	23
3.5.3 Bruk av tvangsmidler	24

3.6 Opphør av tvang	25
3.7 Kontrollinstanser, klager og etterprøving	25
3.8 Avsluttende kommentar	26
4. OMFANGET AV TVANG	27
4.1 Avsluttende kommentar	30
5. ETISKE PRINSIPPER OG PERSPEKTIVER	31
5.1 Etiske perspektiver	31
5.1.1 Normativ etikk og deskriptiv etikk	31
5.1.2 Konsekvensetikk	32
5.1.3 Pliktetikk	32
5.1.4 Sinnelagsetikk	33
5.2 Etiske prinsipper	33
5.2.1 Prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade	34
5.2.2 Rettferdighetsprinsippet	34
5.2.3 Autonomi: selvbestemmelsesrett	35
5.3 Frivillighet, frihet og fri vilje	36
5.3.1 Frihet	36
5.3.2 Fri vilje	37
5.4 Avsluttende kommentar	37
6. ET MEDISINSK PERSPEKTIV MED FORSKNINGSFOKUS	39
6.1 Målemetoder	39
6.1.1 Global Assessment of Functioning - GAF	40
6.1.2 Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS	41
6.1.3 MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS)	41
6.1.4 The Coercion Ladder (CL)	41
6.2 Behandlingsresultater	42
6.3 Positive og negative effekter av tvang	43
6.3.1 Positive effekter	44
6.3.2 Negative effekter	44

6.4 Avsluttende kommentar	45
7. ET PSYKOLOGISK PERSPEKTIV: TVANGSBEGREPET	46
7.1 Makt og tvang.....	46
7.2 Formell, opplevd og faktisk tvang.....	47
7.2.1 Formell tvang	47
7.2.2 Faktisk tvang	47
7.2.3 Opplevd tvang	48
7.2.4 Diskrepans mellom formell, faktisk og opplevd tvang.....	48
7.2.5 Kommunikasjonens betydning for opplevelse av tvang.....	49
7.2.6 Vide og snevre begrep	50
7.3 Holdninger til tvang.....	51
7.3.1 Helsepersonells holdninger til tvang	52
7.4 Thomas Szasz – myten om mentale lidelser.....	53
7.5 Avsluttende kommentar	55
8. DISKUSJON	56
8.1 Juridiske aspekter	56
8.2 Etske aspekter.....	57
8.2.1 Etske perspektiver	58
8.2.2 Velgjørenhet og ikke skade	58
8.2.3 Autonomi.....	59
8.2.4 Rettferdighetsprinsippet	61
8.3 Et medisinsk perspektiv.....	61
8.4 Et psykologisk perspektiv	62
8.4.1 Begreper	63
8.4.2 Holdninger.....	64
8.4.3 Kan en forsvare å fjerne tvang fra psykisk helsevern?	65
9. AVSLUTNING	66
10. REFERANSER	68

1. INTRODUKSJON

Tvang har lenge vært en del av Norsk psykiatri. Samtidig har tvangsbruk i psykiatrien vært et vedvarende tema for diskusjon i Norge. Denne diskusjonen berører flere fagfelt, både etiske, juridiske, medisinske og psykologiske. Diskusjonen er preget av en verdikonflikt mellom ulike etiske prinsipper, deriblant respekten for pasientens selvbestemmelsesrett på den ene siden, og paternalisme på den andre siden.

Lovverk, tiltak og praksis ser ikke alltid ut til å gå hånd i hånd. Til tross for kontroverser om tvangsbruk i det psykiske helsevesenet, er tvangsanvendelse akseptert som en nødvendighet overfor enkelte pasienter, i enkelte situasjoner. Ved å kalle slik bruk akseptert, henvises til at tvangsbruk er lovfestet og reguleres etter "lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern" (Psykisk helsevernloven, 1999). En slik aksept, i form av at det er gyldig per lov, er ikke ensbetydende med at bruk av tvang er problemfritt.

Et tvetydig tvangsbegrep, ufullstendig oversikt over omfang, forskjellig bruk av tvang, og manglende kunnskap om behandlingseffekter er noen av de problemene som lenge har vært en bekymring. Pasienters velbefinnende bør være det viktigste argumentet for en redegjørelse av hva tvang er, og innbefatter. Temaet tvang anses av den grunn, og sin langvarige plass på agendaen, som et tema av stor dagsaktuell betydning.

Tvangsbegrepet er ikke et entydig begrep (Høyer & Dalgard, 2002). Det er et flerdimensjonalt begrep som er åpent for tolkning. Av den grunn er det viktig med en helhetlig tilnærming til forståelsen av tvangsbegrepet og fenomenet tvang. Oppgaven ga ingen entydig definisjon på tvangsbegrepet. I oppgaven vil det bli presentert ulike måter å forstå begrepet på, og hva en kan relatere til begrepet. I det formålet er det lagt vekt på både en juridisk, etisk, juridisk og psykologisk tilnærming.

1.1 Motivasjon

Ønsket om å skrive en masteroppgave om tvang var primært basert på en personlig interesse av fenomenet, som oppsto etter flere års arbeid innen rus og psykiatri. Gjennom egen erfaring har jeg sett hvor vanskelig utøvelsen av tvang kan være. Det gjaldt både overfor pasienten, pårørende og personalet som utøvde tvangen, samt de ettervirkningene som kunne oppstå. Slik jeg så det, var tvang nødvendig dersom det ble riktig brukt, og skadelig dersom

det ble feil brukt. Jeg så hvordan det både kunne være beskyttende og skadende. Dette førte til et ønske om å ha et bevisst og reflektert forhold til tema, og en vilje til å undersøke eget læringspotensial.

Formålet var videre basert på å kunne gi en redegjørelse av tvang for å kunne skape et oversiktsbilde av hva begrepet og diskusjonen om tvang omhandler, med de problemer som knytter seg til det. Det var igjen grunnet i eget mål om å lære om tvang, og kunne se på flere sider av fenomenet. Ved siden av det er temaet dagsaktuelt og i stor grad omdiskutert, som forsterket interessen til å sette meg dypere inn i tvang som begrep og fenomen.

1.2 Problemstilling og disposisjon

Med bakgrunn i det som nevnes ovenfor under motivasjon og den langvarige diskusjonen og problematiseringen av tvang og tvangsbegrepet har jeg valgt følgende problemstilling:

1. Hvordan kan en forstå og redegjøre for tvang i det Norske psykiske helsevern?

I et forsøk på å belyse problemstillingen har jeg valgt å dele oppgaven i fire sentrale deler; jus, etikk, medisin og psykologi. Det psykologiske aspektet er i denne oppgaven mest sentralt, og er mitt perspektiv. Men ettersom tvang berører flere viktige fagområder i og med at tvangsbruk er begrunnet ut i fra medisinske aspekter, regulert etter lov og baseres på etiske vurderinger, har disse områdene blitt ansett som sentrale- og nødvendige å ha med. Først vil jeg innledningsvis gå gjennom noen sider av psykologiens historie for å belyse enkelte sentrale momenter i historiens utvikling, for så å gå gjennom lovverket som regulerer tvang i det psykiske helsevernet. Deretter vil det følge et estimert omfang av tvang. Neste kapittel vil inneholde det medisinske aspektet, som har å gjøre med forskning, behandlingsresultater og potensielle positive og negative effekter ved tvang. Et etisk perspektiv, inkludert etiske prinsipper vil så følge. Det psykologiske aspektet, vil avslutte teoriedelen av oppgaven, før avsluttende diskusjon og konklusjon.

1.3 Metode

Oppgaven er blitt gjennomført som en litteraturstudie, med en hermeneutisk tilnærming. Der ble fortolkning av litteraturen i et forsøk på å skape mening av innholdet og kunne forklare fenomenet tvang det sentrale. Begrunnelse for metodevalg er at hermeneutikk er en velkjent metode for å tolke tekster. Videre vektlegger hermeneutikk hvordan et fenomen, som tvang, kan tolkes ulikt, uten en egentlig sannhet (Thagaard, 2003).

Før den teoretiske oppgaven ble initiert, ble fagpersoner, basert på bekjentskaper og anbefalinger fra veileder kontaktet. Disse ble via mail og telefon forespurt om råd angående litteraturinnsamling og fremgangsmåte.

Innsamlingen av litteratur om tvang ble i stor grad basert på gjentatte åpne og systematiske søk på internett. Søkene ble forsøkt peilet inn på tidligere studier, prosjekter og rapporter angående tvang. Litteratursøkene ble gjennomført i Google Scholar og nettsidene til Regjeringen, Helsedirektoratet, Rådet for psykisk helse og Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Åpne søk inkluderte i første omgang følgende formuleringer: ”tvang i psykisk helsevern”, ”tvangsbruk i Norge”, ”tvang i psykiatrien”, ”tvangsbegrepet” og ”tvangsdefinisjoner”. Søkeordene ble også gjennomført på engelsk. Relevante publikasjoner, artikler og referanser ble så videre fulgt opp og avgrenset, med påfølgende litteratursøk. Bøker inkludert som informasjonskilde i oppgaven, er basert på ovennevnte anbefalinger, og søk i NTNUs egen BIBSYS søkemotor. Samme søkeord ble da anvendt.

Mengden og dybden i litteraturen som kom frem var stor, der en stor andel publikasjoner var peilet inn på spesifikke områder innen tvang. Dette gjaldt både fagretning og tvangsform. Å finne generell tverrfaglig kunnskap om tvang var mer problematisk. Det er derfor naturlig at innholdet i denne oppgaven vil ha begrensninger i forhold til hvor dypt det er mulig å gå inn i den innsamlede litteraturen.

1.4 Avgrensninger

Oppgaven er begrenset til å omfatte tvangsbruk i Norsk psykisk helsevern for voksne, definert som myndige over 18 år. Slikt helsevern kan foregå med eller uten døgnbehandling. Fokuset i denne oppgaven er tvangsbruk innenfor institusjoner, som for det meste vil si

psykiatriske avdelinger. Tvungen psykisk helsevern uten døgnbehandling vil derfor ikke være i fokus. Dette skyldes flere årsaker. Det første er personlig interesse, etter selv å ha jobbet på psykiatrisk avdeling. Det andre at det er ulike lovreguleringer for tvang i og utenfor institusjon. Videre er det basert på oppgavens begrensninger i tid.

Litteraturen gjelder psykiatrien i Norge, da det er problematisk å sammenlikne på tvers av land grunnet ulike lovverk, datainnsamlingsmetoder og kulturelle og historiske forskjeller (NOU, 2011:9). Det har ikke, av etiske og tidsmessige hensyn vært ønskelig med intervjuobjekter.

Det er ikke ment å gi noe svar på hvorvidt tvang skal eksistere som det er i dag, eller om,- og eventuelt hvordan det bør endres hverken juridisk, etisk, medisinsk eller psykologisk. Ettersom oppgaven har til hensikt å gi en redegjørelse, er formålet heller ikke å generalisere. Oppgaven er heller ment for å vise hvordan tvang kan forstås og oppleves.

2. PSYKIATRI OG TVANG: ET TILBAKEBLIKK I HISTORIEN

Gjennom psykiatriens historie har psykiske lidelser blitt oppfattet på mange forskjellige måter, og derav blitt tillagt ulike årsaksforklaringer. Det har resultert i et like stort omfang av forskjellige og til dels tvilsomme behandlinger når vi i dag ser tilbake. For eksempel ble det i tidligere tider spekulert stort om årsakene til sinnssykdom. Tanker om at det kunne skyldes demonbesettelse, være en straff fra Gud for å ha syndet eller skyldes en ubalanse i kroppsvæskene, var blant teoriene som ble foreslått. En kan tolke historien dithen, at hvordan vi forstår psykisk lidelse avgjør hvordan vi forholder oss til den syke, og hvilke tiltak og behandlinger vi anser som riktige å igangsette. Et gjennomgående trekk er hvordan psykiatrien har hatt to funksjoner, som den også har i dag: behandling av psykisk lidende og utøvelse av sosial kontroll (Kringlen, 2007; Kolstad, 1998). Ericsson (1974), med sitt sosialpolitiske perspektiv, mener endringene vi ser i alle samfunnsinstitusjoner, derav også i psykiatrien, er et resultat av hvordan et samfunn produserer sine materielle goder, og hvilke goder samfunnet har tilgjengelig. Slik ser hun ikke utviklingen av psykiatrien som drevet frem av vitenskapelige fremskritt eller nødvendigvis som et resultat av hensyn for den syke.

I det følgende vil det gis en fremstilling av noen momenter i psykiatriens historie, som i mitt perspektiv er å anse som relevante i forhold til oppgavens tema. Deriblant moral treatment og behandling med lobotomi, som omhandler to store viktige former hva angår tvang i et historisk perspektiv. Fremstillingen er i stor grad basert på litteratur av Kringlen (2007), Ericsson (1974) og Norges Offentlige Utredninger (heretter NOU, 2011:9).

2.1 Middelalderen

Ifølge Kringlen er det lite kunnskap om hvordan de gale hadde det i Norge under middelalderen (2007, s.19). I forhold til tvang er det enda mindre kunnskap å oppdrive. Fremstillingen Kringlen gir, skaper ikke et positivt inntrykk av forholdene de syke levde under. Sinnssykepleiens historie frem til 1850 beskriver Ericsson som historien om fattigpleien, hvor de syke ble behandlet sammen med fattige, omstreifere, tiggere og andre grupper stort sett i form av mat og husly (Ericsson, 1974, s.14).

De eldste kjente lovene i Norge som inneholder reguleringer av det vi i dag omtaler som psykiatriske lidelser er Gulatingslovene fra 900-tallet eller tidligere. De inkluderte noen

få bestemmelser om galskap, der blant annet familien ble lovpålagt å ta vare på sine syke slektninger og hadde en funksjon som formyndere for dem. Videre hadde de ganske frie tøyler i behandlingen av den gale. Det var ikke sjelden tvangsmidler som lenker låst til veggen, vold i form av pisk og slag, og innesperring enten i bur eller kjeller ble brukt,- og akseptert av samfunnet (Kringlen, 2007; NOU, 2011:9).

I 1274 ble Gulatingslovene avløst av Magnus Lagabøtes landslov, hvor vilkårene for å bli erklært gal ble skjerpet. I Christian IV`s lovgivning fra 1619 og 1643 ble disse kriteriene videre skjerpet, og det ble ansett som alvorlig å erklære noen som gal og umyndiggjøre vedkommende (Kringlen, 2007, s.20). Betegnelser på de gale som ble ansett som mentalt avvikende inkluderte maniske eller rasende, vanvittige og avsindige (NOU, 2011:9).

De første institusjonene for gale i Norge dateres tilbake til midten av 1400-tallet. Mer kjent er kanskje dårekistene, som fikk sitt inntog på 1500-tallet. Disse var gjerne reservert for de som ble ansett som farlige gale. Fra 1600-tallet, med reformasjon og opplysningstid ble arbeid sentralt i behandlingen av de gale. Tvangsarbeideranstalter ble derfor opprettet, samtidig som dårekistene besto (Kringlen, 2007; NOU 2011:9).

På slutten av 1700-tallet kom en ny type anstalter sammen med et økt syn på psykisk lidelse som sykdom: Dollhusene. I 1778 ble Oslo Hospitals Dollhus åpnet, som Norges første anstalt spesielt etablert for de sinnssyke. Disse institusjonene fungerte som forvaringssted for de syke som var vanskeligst å håndtere. Det var gjerne de som ble ansett som ”rasende-vanvittige”, som ble plassert her. Betegnelsen rasende, sier også noe om hvordan denne pasientgruppen ble oppfattet. Altså som en mulig trussel for andre (Ericsson, 1974). Her kunne det benyttes tvangstrøyer, halsjern, bånd og lenker. Tvangsmidlene ble brukt i den hensikt å kunne kontrollere pasientene, og verne om medpasienter og helsepersonell (Kringlen, 2007).

Idehistoriker og filosof Michel Foucault (1991), gir et kritisk blikk på tvang og psykiatriens historie. For eksempel sammenlikner han hvordan de syke ble behandlet på slutten av 1700-tallet, som måten en ville behandlet et dyr på. Det var alt for mange pasienter på alt for liten plass. Der kunne de måtte oppholde seg uten klær, omgitt av avføring, og lenket fast til veggen, eller fastbundet til sengene. Men det var på slutten av 1700-tallet en reformasjon begynte å stige frem i Europa: ”Moral treatment” og ”No restraints” (Kringlen, 2007).

2.2 Frigjøring fra lenker

På slutten av 1700-tallet, så en starten på dagens psykiatri begynne å vokse frem. Synet på de psykisk lidende begynte å snu og ble med tiden tilskrevet sykdom. Dermed ble håndteringen av dem nå et medisinsk anliggende. Legene tok derfor i større grad over behandlingen og tilsynet av de syke. Dette skiftet kom i stor grad som et resultat av arbeidet til tre kjente leger som sies å være psykiatriens fedre. Legen Vincenzo Chiarugi (1759 - 1820) i Italia og Phillipe Pinel (1745 -1826) i Frankrike fikk begge fjernet pasientenes lenker på hospitalene de jobbet på, i en bevegelse gjerne referert til som "no restraints".

No restraints bevegelsen var fokusert på minst mulig bruk av tvangsmidler. På hver sin kant kjempet Chiarugi og Pinel om forbedret omsorg for sine pasienter. De ønsket mer human behandling og generelt bedre forhold for de psykisk lidende. Det samme gjorde den engelske familien Tuke, med legen William Tuke (1732 - 1822) i fronten. Det er gjennom arbeidet til disse tre legene og no restraint bevegelsen moral treatment har sin opprinnelse. Moral treatment var en behandlingsform som gikk ut på at pasientene skulle internalisere samfunnets normer, ved å følge personalet som eksempler. Slik ble personalet modeller for riktig skikk og bruk. (Kringlen, 2007; NOU, 2011:9). I tillegg til disse prinsippene sto arbeid svært sentralt i moral treatment da det ble ansett som et virksomt middel for å skape orden og ro. Det ble også antatt at slik behandling ville bidra til å endre pasienters dårlige vaner, og problematferd. Ericsson (1974) beskriver denne innføringen av arbeid som del av behandling, som opprinnelsen til et av våre mest fornuftige behandlingstiltak.

Til tross for den nye behandlingen og økt fokus på helbredelse, vennlighet og en ide om at tvangsmidler skulle opphøre, ble likevel flere tvangsbehandlinger utført: iskalde vannbad, isolasjon, årelating og tvangstrøye, for å nevne noen (Kringlen, 2007). Frigjøringen av lenkene har blitt kritisert av blant annet Michel Foucault (1991). Selv om mekaniske tvangsmidler, hovedsakelig lenker og bur, skulle vekk, tok indre tvang og trusler om tvangsmidler over de ytre tvangsmidlene. Men kontrollen over pasientene besto. Tvangen ble ikke satt vekk, men objekt for et skifte, fra undertrykkelse av pasientene til bruk av autoritet for å kontrollere dem (Ericsson, 1974; Foucault, 1991). Videre mente Foucault (1991) at arbeid, som en grunnsten i moral treatment, førte med en plikt og resultatorientering som hadde mer kraft over pasienten enn faktisk fysisk utøvd tvang.

Antakeligvis ble forholdene for noen av de institusjonaliserte pasientene bedre. Der forholdene bar preg av mer humanistisk og vennlig behandling, og respekt for menneskeverd

var mer i fokus enn tidligere (Kringlen, 2007). Men at tvang fortsatt var en del av livet på asylen, er det liten tvil om.

2.3 Moral Treatment i Norge, og veien mot en ny sinnssykelov

I Norge var det hovedsakelig Frederik Holst (1791-1871) og Herman Wedel Major (1814-1854), som blir pekt på som de sinnssykes forkjempere. I 1809 ble det nedsatt en kommisjon for å undersøke forholdene ved Trondheims Dollhus, uten at det førte frem til noe. 16 år senere, i 1825, ble en ny kommisjon oppnevnt: Dollhuskommisjonen, ledet av den norske legen Frederik Holst. De som tidligere var blitt omtalt som rasende, avsyndige og vannvittige ble nå referert til som sinnsvake – en sykdom som rammet personens fornuft. Målet med dollhusene var nå bedring eller helbredelse av pasientene, noe de konkluderte med at disse anstaltene var uegnet til. Hva gjaldt behandling, ser en den samme tankegangen som hos Pinel og Chiarugi: arbeid. Spesielt virksomt var utendørs arbeid som gårdsarbeid og hagearbeid. Når det gjaldt tvangsmidler mente Holst at tvangstrøyen var et godt virkemiddel for å skape ro og lydighet hos pasienten. Han påpekte at dette skulle gjøres under oppsyn, slik at pasienten ikke var i fare for å kunne bli skadet (Kringlen, 2007; NOU, 2011:9).

Dollhuskommisjonen la ned forslag om opprettelse av flere stiftelser og helbredelsesanstalter. De skulle ha bedre fysiske forhold, og tilsyn av anstaltene skulle bli utført av sakkyndige. Forslaget inneholdt videre et anbefaling om å stramme inn innleggelsesreglene. Stortinget avslo forslaget om utbygging, antakeligvis grunnet dårlige økonomiske midler og sparepolitikk. En annen norsk lege, Herman Wedel Major, fikk mer gjennomslag for sine forslag enn Holst. Med sitt medisinske perspektiv mente han det var mulig å helbrede de syke. Det krevde korrekte vitenskapelige behandlingsmetoder, som han hadde fått inspirasjon til ved å innsisere sinnssykepleien i andre land. Etter forespørsel fra Indredepartementet (nåværende Innenriksdepartementet) undersøkte han forholdene for de sinnssyke og la i 1846 ut på en reise til ulike Norske asyl (Kringlen, 2007).

Resultatet av reisen ble en massiv kritikk mot Norges asyl. For det første mente Major at anstaltene fungerte som rene oppbevaringsplasser for de syke, med dårlige forhold. Pasienter ble ofte plassert i trange, kalde og mørke rom som luktet sterkt av urin og avføring. En beskrivelse som likner den Foucault (1991) rettet mot behandlingen av de syke på slutten av 1700-tallet. Videre fant Major ingen tegn til vitenskapelig behandling, eller behandling i

det hele tatt, utenom tvangsbruk med tvangstrøye og isolasjon. Major gikk også hardt, om ikke hardere, ut mot privatpleien hvor syke ble lenket fast og stuert vekk. Etter sin reise la han frem et lovutkast for Stortinget (Ericsson, 1974; Kringlen, 2007).

Forslaget til Major ble, med noen få mindre viktige endringer vedtatt som «Lov om sinnssykes behandling og forpleining» (Sinnssykeloven) i 1848. Loven har senere, av Ericsson blitt beskrevet som ”Det epokegjørende skiftet i norsk sinnssykepleie” (1974, s.32). Noen av de sentrale aspektene ved den nye loven var at asylene nå skulle ledes av en spesielt autorisert lege, som også skulle ha ansvaret for den medisinske behandlingen. Ikke bare legen skulle være autorisert, men asylene også. Loven ga begrensninger i forhold til tvangsanvendelse, der fysisk avstraffelse ble forbudt. Unntaket gjaldt bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler dersom en situasjon tilsa at det var helt nødvendig. Behandlingsprotokoller skulle føres av asylet, hvor bruk av tvangsmidler skulle føres inn. I tillegg ble ordningen med kontrollkommisjoner innført. Den skulle være uavhengig av institusjonen, og ha som oppgave å holde oppsyn med lederen av asylet. Det skulle også føres offentlig kontroll over privatpleien i landet (Ericsson, 1974; Kringlen, 2007).

Med den nye loven på plass, og bedre økonomiske tider ble det bygget flere asylter i Norge. Gaustad var det første statsasylet og sto ferdig i 1855. Omtrentlig 50 år senere kom en stor utbygging av asylter, som varte frem til ca. 1920 (Ericsson, 1974). Idealet var fortsatt moral treatment og minst mulig bruk av tvangsmidler, men med et påtrykk av pasienter ble institusjonene preget av økende overbelegg av pasienter og derav plassmangel. Det ble da vanskeligere å følge det tidligere idealet asylene bygget på. Et resultat av dette var at behandling måtte vike for å kunne holde kontroll på pasientene og avdelingene, og for å kunne gi nødvendig pleie (NOU, 2011:9). Å holde ro på avdelingene var et viktig fokus. Bruk av isolasjon, mekaniske tvangsmidler som tvangstrøye og fastbinding av arm eller fot, sammen med eller ved siden av beroligende medikamenter ble brukt som en del av kontrollen som innebar å holde ro på avdelingene. Asylene ble igjen å betrakte som oppbevaringsanstalter, noe Major tidligere hadde kritisert etter sin inspeksjon av Norges asylter (Kringlen, 2007).

Den nye loven og opprettelsen av det første statlig autoriserte asylet i Norge representerte en reformasjon på veien mot bedre kår for de sinnssyke, med helbredelse som mål. Noe Frederik Holst og Herman Major har fått mye av æren for, spesielt Major. Men den andre siden som drev frem institusjonaliseringen var ifølge Ericsson (1974) samfunnets behov

for å kunne kontrollere sosial uro. Dette er et av eksemplene i historien på psykiatriens tosidige funksjon: behandlingen og den sosiale kontroll.

2.4 Somatiske behandlingsformer og medikamentbølgen

Frem til slutten av 1930-tallet da ulike somatiske behandlinger ble innført i behandlingen av de sinnssyke var den vanligste behandlingen arbeid, ro og hvile, vannbad og bruk av mekaniske tvangsmidler. Frem til 1935 var alle innleggelser til psykiatrien formelt sett under tvang, men det ble nå åpnet for frivillige innleggelser (Kringlen, 2007).

Av de somatiske behandlingene kom feber og insulinkomabehandlingen først. Insulinkomabehandlingen ble ofte utført på allerede beltelagte pasienter som en tvangsbehandling. Her ble pasientene lagt i en hypoglykemisk koma ved å gi store doser insulin, i den hensikt at pasienten etter behandlingen skulle bli roligere. Resultatene var vanskelig å måle og effektene var det derfor ikke lett å si noe om (Kringlen, 2007).

Senere, ble cardiazol behandlingen det store nye, som en forgjenger til elektrokonvulsjons behandlingen (ECT). ECT er en behandling som fortsatt brukes i dag. Ved cardiazol behandling fikk pasientene injisert cardiazol for å provosere frem et epileptisk anfall. En alvorlig negativ bivirkning var at behandlingen kunne fremprovosere alvorlig dødsangst frem til det epileptiske anfallet inntraff. Til tross for denne bivirkningen var det stor enighet om positive behandlingsresultater for pasienter med alvorlig melankoli, og legene holdt seg derfor til behandlingen. Noen år senere, i 1938, ble ECT behandlingen innført. I startfasen var det mange pasienter som fikk benbrudd under behandlingen, da elektrosjokket de mottok ga kramper, men dette ble bedret da muskelavslappende medikamenter ble en del av behandling. Den gang ble ECT først anvendt for schizofreni, før det ble benyttet på alvorlige depresjoner, som også er den primære målgruppen for behandlingen i dag. Den mest vanlige bivirkningen av behandlingen i dag er kortvarig hukommelsessvikt, noe det også var tidligere, men behandlingen har generelt gitt gode resultater (Kringlen, 2007).

Av de kanskje mest invasive og kritikkverdige behandlingene psykisk lidende har blitt utsatt for er lobotomien. Dette involverte et kirurgisk inngrep, såkalt psykokirurgi, hvor en kuttet forbindelsen mellom hjernes fremre del og andre deler av hjernen (Lobotomi, 2014). Et slikt inngrep, medførte i mange tilfeller personlighetsendring, avstumpet følelsesliv og epilepsi. I noen tilfeller døde pasienten etter inngrepet. Av de to første norske pasientene som

ble operert i 1943 fra Gaustad, døde en av blødning, mens den andre ble utskrevet ansett som å være på bedringens vei. Da fire nye pasienter ble operert året etter, døde en pasient som følge av lobotomien (Ericsson, 1974). Til tross for alvorlige virkninger, fortsatte behandlingen i god tro da pasientene ble roligere og psykotiske symptomer mildnet. I tillegg var kanskje ikke skadevirkningene allment kjent de første årene behandlingen ble anvendt (Kringlen, 2007).

En utredning gjennomført i 1992 om lobotomi problematiserer bruken av en slik behandlingsform, men påpeker at en må se behandlingen i lys av tidene den ble utført på. Det var en tid hvor det generelt var få alternative behandlingsformer. Andre tilgjengelige metoder, som sjokkbehandling var gjerne prøvd først, uten nevneverdige resultater. Likevel kan det i dag kan være vanskelig å forstå en behandling som, foruten fremkaller moralske, filosofiske og sosiale spørsmål, førte med seg så mye dødelighet blant pasientene. Videre kommer det frem av rapporten at omlag 2500 pasienter ble lobotomert i Norge. På Gaustad sykehus var dødelighetprosenten opp mot 27%. Det var også her de fleste lobotomiene i Norge tok sted (NOU, 1992:25). Fire år etter rapporten ble fremlagt, avgjorde Stortinget å gi samtlige som hadde vært lobotomert Billighetserstatning (Kringlen, 2007). Dette er en økonomisk erstatning det offentlige kan bevilge til mennesker som anses å ha kommet uheldig ut etter kritikkverdige forhold fra Staten, fylkeskommunen eller kommunen. I en slik begrunnelse legges det vekt på hva som var den rådende standarden på tidspunktet og hvilke muligheter som var tilgjengelige (NOU, 2004; 23).

Noen år etter andre verdenskrig var over, ble flere psykiatriske avdelinger opprettet for å ta seg av det økende presset av akutte psykoser og selvmordspasienter. Omtrent på samme tid kom en eksplosjon av nye medikamenter; antipsykotiske,- og anti-depressive midler. Symptomene ble færre og både pasientene og avdelingene ble roligere. Dette betydde at en nå hadde velfungerende medisiner for psykotiske og deprimerte pasienter, og for de som slet med hallusinasjoner og affektive symptomer (Kringlen, 2007). Med affektive symptomer menes følelsesmessige symptomer. Samtidig gjorde medikamentene, med sin symptomlettende effekt, pasientene mer tilgjengelige for psykoterapi og miljøbehandling (Ericsson, 1974). Etter innføringen av de nye medisinene ble færre pasienter lobotomert, og flere satt på de nye antipsykotiske og anti-depressive midlene (NOU, 2011:9).

2.5 Lov om psykisk helsevern

I 1961 kom en ny lov; ”lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (psykiatriloven), som grovt sett fulgte sin forgjenger, men blant annet inkluderte en mer modernisert begrepsbruk (NOU, 2011:9). Det kan en allerede se i lovnnavnet, som erstattet ”lov om sinnssykes behandling og forpleining”. Da komiteen som gjennomgikk loven av 1848 leverte sin innstilling i 1955 var de nye medikamentene ankommet Norge. Som et resultat av den store medisinerbruken som ga optimistiske håp om bedring, ble ikke urettmessige tvangsinnleggelse vektlagt da hovedfokus var å få behandling igangsatt raskest mulig. Tvang, nå definert som psykisk helsevern uten pasientens samtykke, ble mer spesifisert ved spørsmål om tvungne innleggelse. Ved tvangsinnleggelse ble det utover hovedkriteriet om at pasienten hadde en alvorlig sinnslidelse, lagt vekt på tilleggskriteriene. Disse kriteriene innebar at pasienten enten måtte være i fare for seg selv eller andre, lide overlast eller ha sine muligheter for bedring forspilt uten innleggelse, eller forstyrre offentlig ro og orden (Kringlen, 2007, s.295). Sistnevnte kriteriet ble fjernet i 1979. For,- og ettervern, og en ny observasjonparagraf som muliggjorde tre uker tvangsinnleggelse var også nytt i lovverket (Kringlen, 2007).

På 1970 og 1980 tallet ble interessen for pasienters rettigheter styrket. I 1981 ble det nedsatt et utvalg til å gå igjennom de daværende reguleringene for psykisk helsevern, hvor økt rettssikkerhet for pasientene var del av utvalgets mandat. Det samme året ble pasienters rett til øyeblikkelig hjelp, og helsevesenets plikt til å yte dette vedtatt i Stortinget (NOU, 2011:9). Innstillingen utvalget ga la grunnlag for de senere forslag til lovendring, som til slutt førte til dagens lov (Kringlen, 2007).

Det ble i 1997 lagt frem stortingsmelding nr.25 om ”Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” for Stortinget. I meldingen ble det påpekt at alle sider ved det psykiske helsevern tilbudet hadde mangler, deriblant reguleringene rundt tvangsbruk (NOU, 2011:9). Som et resultat av denne meldingen ble opptrappingsplanen for psykisk helse 1996-2006 lagt frem i 1999. Men, som det kommer frem i NOU (2011:9, s.84) omhandlet planen ”i hovedsak faglige, organisatoriske og økonomiske tiltak”.

Det samme året opptrappingsplanen ble lagt frem ble den nåværende ”lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” vedtatt, og trådte i kraft to år senere i 2001 (Psykisk helsevernloven, 1999). Samme året kom ”lov om pasient- og brukerrettigheter”, som i stor grad gjør seg gjeldende i psykisk helsevern i forhold til

pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven, 1999). Tvang ble i større grad regulert av det nye lovverket. Frivillighetsvilkåret og helhetsvurderingen kom også inn i loven, sammen med reguleringer for vedtak om tvangsmidler og behandling. Observasjonstiden ble redusert fra tre uker til 10 dager, og vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ble vedtatt. Utover det ble loven generelt mer omfattende og detaljert, selv om den i stor grad fulgte linjene fra loven av 1961 (NOU 2011:9, Kringlen, 2007: NOU,2011:9). Mer om dagens lov vil følge i neste kapittel.

I 2006 ble det vedtatt en Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, som en viktig del av ovennevnte opptrappingsplan (Sosial og helsedirektoratet 2006). Her ble fire målsetninger uttalt og de innbefattet: bedre kunnskap hos helsevesenet, pasientenes rettssikkerhet, økt frivillighet og bedre dokumentasjon på bruk av tvang. Av dette ble blant annet ”Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet” opprettet i 2008 på oppdrag fra Helsedirektoratet. De jobber hovedsakelig for kunnskapsutvikling og økt forskning på tvang (Helsedirektoratet, 2009).

De senere årene har flere rapporter blitt fremlagt. Det later til å være en tendens til at de fleste rapporter fokuserer på tiltak for å redusere bruken av tvang og at det er en relativt grunnleggende enighet om at det er dette som er målet. En sentral rapport i denne oppgaven er NOU sin utredning om ”økt selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet – balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern” (2011:9). Året etter fulgte Helse og sosialdepartementet (2012, s.6) opp med rapporten ”Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)”, men følgende visjon:

”De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov”.

I tillegg gir Helsedirektoratet (2013) årlig ut rapporten ”Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne”. Disse rapportene vektlegger hovedsakelig tall på bruk av tvang og hvilke grupper med hensyn til demografiske variabler som underlegges tvang. Slik er de gode verktøy når en skal undersøke omfanget av tvang. Rapportene nevnt her, anses som noen av flere sentrale dokumenter i arbeidet om tvang og vil bli vektlagt i varierende grad i denne oppgaven.

2.7 Avsluttende kommentar

Det ser ut til at det gjennom tidene har forekommet et skifte fra tidligere i hovedsak å fokusere på kontroll og forvaring, til behandling og kontroll, selv om den tosidige funksjonen har vært et gjennomgående trekk. Avslutningsvis henvises det til Kringlen (2007, s.467) som mener at psykiatriske pasienter har fått et bedre liv gjennom de siste 150 årene, selv om det er åpent for diskusjon om det også gjelder de med mest alvorlige psykiske lidelser. Bedringen ser han på som et resultat av avstigmatisering, økt utbygning av behandlingsapparatet, flere utdannede behandlere, og økt fokus på forskning. I tillegg er det et stadig økende fokus på pasientenes rettsikkerhet og frivillig. Det har også skjedd et skifte i begrepsbruken, fra å kalle å psykisk lidende gale, sinnssyke, og i dag sinnslidende. Reguleringene for tvang har blitt flere, og strengere regulert i lovverket. Til tross for dette er tvang fortsatt et problematisk område på flere punkter, noe resten av oppgaven vil forsøke å sette fokus på.

3. LOV OM PSYKISK HELSEVERN

Bruk av tvang i det norske psykiske helsevesenet blir regulert gjennom lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. Juli, 1999, nr.62 (heretter psykisk helsevernlov/lov om psykisk helsevern), som trådte i kraft 1. Januar, 2001. Med mindre annet fremkommer av referanse, er den følgende fremstillingen hovedsakelig basert på denne loven, og litteratur fra Norges offentlige utredninger (NOU, 2011:9).

Lovens formål (§1-1.) er å sikre at ”etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet”.

I lovverket er psykisk helsevern definert som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg av mennesker på grunn av psykisk lidelse, i regi av spesialhelsetjenesten (§1-2. endret ved lover 30 juni 2006 nr. 45). Etter §2-1 (endret ved lover 30 juni 2006 nr. 45) ytes psykisk helsevern i hovedsak på bakgrunn av samtykke etter bestemmelse av pasient og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av psykisk helsevernloven. Det er altså unntakene som er relevant i denne oppgaven, hvor gyldig samtykke ikke foreligger og følgelig anses som tvang etter psykisk helsevernlov.

Altså kan en ut i fra gjeldende lov om psykisk helsevern, definere tvang som helsevern som iverksettes uten at det ikke foreligger gyldig samtykke fra pasienten. I NOU (2011:9) foreligger et utkast til lovendring, hvor det er foreslått en snevrere definisjon av tvang. De foreslår å legge til et motstandskriterium som vil definere tvang som overvinning av pasientens motstand.

Generelt snakker vi om tre hovedformer for tvangsbruk i psykiatrien, som lov om psykisk helsevern regulerer: Tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon (§3-2 og §3-3.), som ofte omtales om hverandre, under betegnelsen tvangsinnleggelse. De to siste omhandler tvangsbehandling (§4-4), også referert til som behandling uten samtykke, og tvangsmiddelbruk (§4-8). Utover de tre hovedgruppene, inneholder loven følgende vedtak som kan fattes: skjerming (§4-3), innskrenkninger i forbindelse med omverden (§4-5), undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvitasjon (§4-7), beslag (§4-7) og urinprøve (§4-8). I det følgende vil kun de tre hovedgruppene, samt skjerming bli omtalt. Dette da disse formene for tvang anses som de mest inngripende. Da det er begrensninger i tid og omfang i oppgaven, har disse blitt ansett som mest sentrale å gjennomgå.

3.1 Pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser

Lov om pasient og brukerrettigheter (heretter pasientrettighetsloven) av 2. Juli, 1999, nr.63, trådte i kraft 1 januar, 2001. I paragraf 1 heter det at et av dens formål er å ”fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens og brukers liv, integritet og menneskeverd” i møte med helse og omsorgstjenesten, derav også i møte med psykisk helsevern. Hovedregelen er at psykisk helsevern skal være basert på frivillighet, som vil tilsi at pasienten samtykker. Det kan være verdt å merke seg at samtykke ikke er ensbetydende med enighet. En pasient kan akseptere et tiltak, uten å være enig i det aktuelle tiltaket. I NOU (2011:9) er det foreslått å erstatte begrepet ”samtykkekompetanse” med ”beslutningskompetanse”, som et mer dekkende begrep, som forklarer at det er snakk om en beslutning, og ikke nødvendigvis et samtykke.

Et gyldig samtykke krever at pasienten er samtykkekompetent og har fått nødvendig informasjon om hva tiltaket vil inneholde, hva formålet med tiltaket er, og hva det vil innbefatte å være under et slikt tiltak. I alle saker skal det fremlegges på et så forståelig vis som mulig. En person anses som samtykkekompetent dersom de er myndige, med mindre de av fysiske eller psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å forstå hva et slikt samtykke betyr. Et samtykke kan entes gis ved at pasienten selv uttrykker det eller stilltiende. Et stilltiende samtykke defineres i §4-2 i pasientrettighetsloven som at en ved å tolke pasientens atferd og omstendighetene, antar at det er sannsynlig at pasienten ville godtatt helsevernet. Et gitt samtykke kan på enhver tid trekkes tilbake, og dersom en behandler anser at pasienten er i behov for videre vern må en følge vanlige kriterier for vedtak om tvang (Pasientrettighetsloven, 1999).

Samtykke gjør seg også gjeldende i tvangsforskningen når en skal innhente informert samtykke. Dette er et helt sentralt etisk krav. Det innebærer at forskningsobjektene skal være informert om studiets innhold, intensjon og mulige negative konsekvenser, for å kunne ta et så kvalifisert valg som mulig. Samtykke skal gis fritt, altså uten press eller tvang, hvor de blir presentert med hva det vil innebære å takke ja eller nei (Lingås, 2008). Tvangsforskningen involverer ofte pasienter med manglende samtykkekompetanse. Det er derfor nærliggende å anta at en stor andel pasienter på bakgrunn av sine alvorlige psykiske lidelser ikke er i stand å gi skriftlig samtykke, og dermed må ekskluderes fra eventuelle forskningsprosjekter (Helsedirektoratet, 2009; Høyen & Dalgard, 2002).

3.2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern

Person som søker psykisk helsevern kan, etter at den faglige ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter §3-5 (endret ved lover 29 aug 2003 nr. 87).

Med person som søker psykisk helsevern, henvises det til at pasienter som kommer til frivillig innleggelse, kan samtykke til å være underlagt vedtak om tvang. Dette samtykke innebærer ikke at pasienter samtykker i behandling uten eget samtykke (§4-4.) eller innskrenkninger i forbindelse med omverden (§4-5, annet ledd). Som ved alle innleggelser til psykisk helsevern, er det hjemmel for å anvende tvangsmidler (som regulert under §4-8) overfor disse pasienten. Dette vernet er tidsbegrenset til tre uker (NOU, 2011:9; Psykisk helsevernloven, 1999). Mer om §3-5 vil følge etter en presentasjon av vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

3.3 Etablering av tvungent psykisk helsevern

Når helsevernet involverer tvungen observasjon er målet å kartlegge hvorvidt vilkårene for tvungen psykisk helsevern foreligger. Ved etablering av tvungent psykisk helsevern er disse vilkårene oppfylt. Både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern vedtas uten at et samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 (§1-2.) er gitt. Før tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan etableres må pasienten oppfylle seks kriterier. Det er derfor lovpålagt med en forutgående legeundersøkelse, for å sikre at disse vilkårene er oppfylt. Disse vilkårene følger av §3-2 og §3-3 (Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45), og vil bli gjengitt her.

3.3.1 Frivillighetsvilkåret

Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette (§3.2; §3-3).

Psykisk helsevernlov regulerer også frivillig helsevern. Frivillighet er ikke et klart entydig begrep, men ut i fra psykisk helsevernlov, vil frivillighet i forhold til helsevern, gjelde de det foreligger gyldig samtykke fra (Psykisk helsevernloven, 1999). Utover det har

frivillighetsbegrepet nær tilknytning til frihet, der frihetsberøvelse fra et juridisk ståsted anses som det motsatte av frihet (Tranøy & Svendsen, 2013).

Det legges tung vekt på at frivillighet skal ytes i første rekke. Tvang skal være siste utvei i et behandlingsforløp, der alle reelle alternative tilbud som kommunalt psykisk helsearbeid, akuttambulanseteam, distriktpsykiatrisk senter (DPS), og liknende ikke har fungert, eller anses som utilstrekkelig i en akutt fase/situasjon (NOU, 2011:9). Helse og Omsorgsdepartementet (2012) peker på at det er i akutte situasjoner tvang oppstår, som gjenspeiles i hovedvilkårets formuleringer (§3-2; §3-3), og formuleringene i tilleggsvilkårene. Disse vilkårene vil bli nærmere belyst under 3.3.3.

3.3.2 Legeundersøkelse

Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen (§3-1. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45).

Fastlege eller legevakt representerer den legen som skal være uavhengig av institusjonen de henviser videre til. Dersom de vurderer at en person er i behov for innleggelse og oppfyller kriteriene, henviser de videre til døgnavdeling godkjent for psykisk helsevern. Dette vil som oftest være en sykehusavdeling (Rådet for psykisk helse, 2010). Her vil pasienten bli undersøkt og vurdert på nytt av enten spesialgodkjent lege, psykiater eller klinisk psykolog, som skal stå for det faglige ansvaret for vedtak (§1-4). Vedtaket skal være på plass innen 24 timer etter pasienten har ankommet institusjonen. Avgjørelsen, sammen med begrunnelsen for vedtaket, skal oversendes videre til kontrollkommisjonen (NOU, 2011:9).

3.3.3 Hovedvilkåret og tilleggsvilkårene: behandlings- og farevilkåret

Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten (§3-3)

- 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.*

Dersom det er spørsmål om om å etablere tvungen observasjon skal det være ”overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern” (§3-2).

Hovedvilkåret som postulerer at pasienten har, eller at det er overveiende sannsynlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse henviser ikke til noen spesifikke diagnoser i lovverket. Uttrykket følger fra ”sinnssykeloven” av 1961, hvor begrepet ble sidestilt med psykoser. I dag er det derimot ikke kun avgrenset til psykoser. Selv om slike tilstander er hovedområdet for å oppfylle kriteriet kan såkalte grensetilfeller tilfredsstillende kravet om alvorlig sinnslidelse. Hvilke lidelse en skal legge til grunn for å oppfylle kriteriet alvorlig sinnslidelse blir en skjønnsmessig helhetsvurdering av den som er vedtaksansvarlig. I den vurderingen skal de blant annet se på pasientens funksjonsnivå, hvilke utslag sykdomstilstanden gir seg og grad av karakteravvik, opp mot om lidelsen ansees som å ha like stor funksjonssvikt som en psykose vil gi uttrykk for (NOU, 2011:9). I NOU (2011:9) er det lagt frem forslag om å endre begrepet alvorlig sinnslidelse til ”alvorlig psykisk lidelse”, som de mener er mer tidsriktig.

Med beskrivelsene om alvorlige sinnslidelser som er fremlagt her, kan det være interessant å se på tall hentet fra Helsedirektoratet (2013) som viser at 42 % av de som ble tvangsinnlagt i 2012 hadde en schizofreni diagnose, mens 29 % hadde rus som hoved eller bi-diagnose. Av de samme tallene kommer det frem at schizofreni diagnoser gjerne er forbundet med tvungent psykisk helsevern, mens den største pasientgruppen under tvungen observasjon er relatert til rus. Den tredje største gruppen av pasienter hadde affektive lidelser som hoveddiagnose og utgjorde 21 % av det totale antallet tvangsinnlagte, og omtrent lik prosentandel på tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Det kan derfor late til at selv om ikke alvorlig sinnslidelse er definert videre enn psykotiske tilstander, så kan en se ut i fra statistikken av den største andelen pasienter som blir tvangsinnlagt har schizofreni og rus-relaterte diagnoser (Helsedirektoratet, 2012, s.30-31).

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, forkortet LPP (2010), nevner likevel følgende diagnoser som alvorlig psykiske lidelser: Schizofreni, psykoselidelser, schizoaffektive lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, paranoid,- schizoid,- dyssosial,- og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

I tillegg til hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse, må minst ett av de to tilleggsvilkårene: behandlingstvilkåret og farevilkåret, være oppfylt.

Behandlingstvilkåret kan videre deles opp i to: at pasienten vil få en vesentlig redusert bedringsutsikt (bedringsalternativet) eller en vesentlig forverring (forverringsalternativet). Begge alternativene åpner for at behandler som undersøker pasienten foretar en sammenlikning mellom pasientenes sykdomsutvikling med eller uten tvungent psykisk helsevern (NOU, 2011:9; Psykisk helsevernloven, 1999).

Farevilkåret omfatter både vernet for pasienten selv og for samfunnet. Her er det tydelig at også det psykiske helsevernets beskyttelse av samfunnet, eller sosial kontroll, kommer frem. Dette er et eksempel på det Kringlen (2007) beskriver om psykiatriens to funksjoner.

Uavhengig av om det er farevilkåret eller behandlingstvilkåret som legges til grunn for etablering av vedtak, vektlegges tidsaspektet, som sier at det skal vurderes som nærliggende, altså i nær fremtid. I tillegg skal den eventuelle faren være av alvorlig grad. Det kan innbefatte selvmordsfare eller alvorlig psykisk overlast hos pasienten selv, eller psykisk og fysisk fare for andre i alvorlig grad, som etter straffeloven kunne ført til dom på overføring til psykisk helsevern. Det er altså alvorlighetsgraden og tidsaspektet som står sentralt i tilleggsvilkårene (NOU, 2011:9).

3.3.4 Krav til institusjonen

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

Kravene til institusjonen er spesifisert under §3-2 og §3-3, punkt fire. Her er det spesifisert at tvungent psykisk helsevern kun skal gjennomføres på institusjoner som er godkjent for et slikt formål, for å sikre pasienten et tilfredsstillende behandlingstilbud. Videre utredning om forskriftene for godkjenning utdypes ikke her.

3.3.5 Rett til å uttale seg

Pasienten er etter paragraf 3-9 (Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45) gitt anledning til å uttale seg.

Vedkommende saken gjelder, samt han eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt offentlige myndigheter direkte engasjert i saken har rett til å uttale seg, før eventuelle vedtak etableres. Vedtaksansvarlig skal i tråd med helhetsvurderingen (se under), som spesifiserer at grad av belastning som resultat av tvangsinngrepet skal vektlegges i særlig grad, ta spesielt hensyn til tidligere erfaringer med tvangsbruk (§3-9). Det kan gjelde positive og negative erfaringer, samt erfaringer med alternativer til tvang som har, eller ikke har fungert tidligere (NOU, 2011:9).

3.3.6 Helhetsvurdering

Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon bare etableres hvor dette etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, som beskrevet i farevilkåret. Vurderingen skal særlig vektlegge hvor stor belastning det eventuelle tvangsinngrepet vil medføre for vedkommende (3-2; §3-3).

Som ved vurderingen av om en alvorlig sinnslidelse foreligger, må den som undersøker pasienten i helhetsvurderingen ta en skjønnsmessig vurdering, hvor det foreligger en overveielse av fordelene og ulempene ved å etablere tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. I overveielser skal alltid fordelene oppveie for ulempene i vesentlig grad (NOU, 2011:9, s.39). Det er i NOU (2011:9) blitt foreslått å innføre skjønnreguleringer, for å forsøke å gjøre at slike helhetsvurderinger kan gjøres på et noe jevnere grunnlag.

3.4 Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungent psykisk helsevern kan foregå i eller utenfor institusjon. Dersom pasienten legges under tvang uten døgnopphold, skal en godkjent institusjon være ansvarlig for vernet. For de som er underlagt tvungen observasjon, vil vernet for de fleste foregå på godkjent

institusjon, da formålet med et slikt vedtak er å observere pasienten. I visse tilfeller kan institusjoner som ikke er godkjent for slike formål ha midlertidig ansvar for pasienter underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, dersom det av hensyn til forsvarlig og nødvendig helsehjelp er nødvendig (§3-5).

Pasienter som er underlagt §3-2 eller §3-3 kan holdes tilbake på institusjonen. Dersom de rømmer under oppholdet, kan de bli avhentet med tvang (§3-5; NOU, 2011:9, s.42).

3.5 Tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk

Begrepene tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk kan kanskje skape forvirring eller omtales over i hverandre. Det er viktig å skille dem, da det er to ulike former for tvangsbruk. For det første er tvangsbehandling kun lov å anvende overfor pasienter som er underlagt tvungen psykisk helsevern, mens tvangsmiddelbruk også er mulig å anvende overfor frivillig innlagte pasienter. Det andre som kan være viktig å nevne er tidsaspektet. Tvangsmiddelbruk åpner kun opp for å anvendes kortvarig og i enkeltstående situasjoner, mens tvangsbehandling kan vedtas for lenger tid av gangen (NOU, 2011:9).

3.5.1 Skjerming

En pasient kan holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (§4-3. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45).

Skjerming er ikke definert av loven som et tvangsmiddel. Etter § 4-3 kan en av behandlingsmessige årsaker eller av hensyn til medpasienter sette i gang tiltak om skjerming, dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør dette nødvendig. Utagerende atferd kan innebære å bruke fysisk vold mot seg selv, andre, eller gjenstander, komme med verbale trusler og annen uønsket atferd (Helsekompetanse, u.d). Med hensyn til andre pasienter stilles det ikke krav til at pasienten utgjør en fare, men at deres oppførsel vurderes å være svært forstyrrende eller uheldig for andre pasienter, da tiltakende uro og utagerende atferd kan være skremmende for medpasienter. Av hensyn til pasienten selv vil skjerming

kunne iverksettes blant annet for å redusere sanseinntrykk og ytre stimuli (NOU, 2011:9, s.44).

Skjerming må skilles fra isolering, der pasienten etter §4-8 b, kan holdes bak låst eller stengt dør uten personal. Ved skjerming skal personalet være tilgjengelig i den grad det er nødvendig og i den utstrekning pasienten selv ønsker (NOU, 2011:9).

3.5.2 Behandling uten eget samtykke

Uten pasientens samtykke kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, med unntak av følgende (§4-4. Endret ved lover 29 aug 2003 nr. 87):

- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke.*
- b. Som ledd i behandling av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, kan de gis ernæring uten eget samtykke.*

Behandling uten gitt samtykke kan kun anvendes overfor pasienter som allerede er underlagt tvungent psykisk helsevern. Pasienten kan underlegges slik behandling uavhengig av om de er underlagt tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. Det krever også at det er forsøkt å oppnå samtykke, med mindre dette ikke er mulig eller anses som åpenbart formålsløst, og at alternativer av frivillig art er vurdert og forsøkt. Behandlingen skal være basert på ”faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis” (§4-4 første ledd). Det er et krav at slik behandling skal være faglig fundert med sikre virkninger. Videre skal behandlingstiltaket som iverksettes klart oppveie ulempene de kan medføre for pasienten, hvor en tar hensyn til bedringsaspektet og/eller forverringsaspektet (§4-4), som så kan ses i sammenheng med behandlingvilkåret beskrevet i innleggelsesparagrafene (NOU, 2011:9). Behandling uten eget samtykke kan eksempelvis omfatte tvangsmedisinering, tvangsernæring og ulike former for samtaleterapi (Høyser og Dalgard, 2002).

En pasient kan, til tross for å være symptomfri, oppfylle hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse basert på deres grunnlidelse. Som et resultat av det kan en pasient fortsatt bli underlagt tvangsmedisinering, dersom mangelen på symptomer kan forklares ut i fra medikamentell behandling med antipsykotiske midler. Dette gjør seg mest gjeldende for

pasienter under tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold, og blir derfor ikke spesifisert videre her (NOU, 2011:9).

3.5.3 Bruk av tvangsmidler

Tvangsmidler skal bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, etter lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Følgende tvangsmidler kan da anvendes (§4-8. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45):

- a. Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientenes bevegelsesfrihet (belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær).*
- b. Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personal tilstede*
- c. Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt*
- d. Kortvarig fastholding*

I motsetning til behandling uten samtykke, kan tvangsmidler anvendes ovenfor både de som er innlagt på frivillig og tvungent vedtak, da slike midler brukes når akutte og farlige situasjoner oppstår (NOU, 2011:9). Ved bruk av tvangsmidler skal personalet så langt det er mulig gjennomføre dette så skånsomt som det lar seg gjøre, og under tvangen ha kontinuerlig tilsyn med pasienten, med mindre pasienten motsetter seg tilsynet (§4-8.).

Her er det viktig å understreke at enkeltstående bruk av korttidsvirkende medikamenter ikke er det samme som tvangsmedisinering. Sistnevnte faller under behandling uten eget samtykke, mens det her er som ordlyden tilsier et enkeltstående tilfelle hvor korttidsvirkende beroligende eller bedøvende midler kan anvendes i en gitt situasjon som tilsier at det er nødvendig (LPP, 2010).

3.6 Opphør av tvang

Dersom kriteriene for tvang ikke lenger er oppfylt, skal den faglig ansvarlige ved institusjonen oppheve vedtaket (§3-7. Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45). Det følger av dette at det må være en fortløpende vurdering, og et kontinuerlig arbeid med å utforske alternativer. Dette gjenspeiles ved at enhver form for tvang, skal anses som strengt nødvendig og til en hver tid være i overensstemmelse med lov om psykisk helsevern (§4-2).

3.7 Kontrollinstanser, klager og etterprøving.

Kontrollkommisjonen er en uavhengig virksomhet som skal føre kontroll med ,- og kan overprøve tvangsvedtak som psykisk helsevernloven åpner for. Medlemmenes sammensetning er regulert av §6-2, første ledd:

”Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av en lege og to andre medlemmer. Av de to sistnevnte skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv”.

Her får en medlemmer med juridisk og medisinsk bakgrunn, og personlige erfaringer med psykisk helsevern, slik at flere sider er representert. En viktig funksjon kommisjonen skal fylle er å føre kontroll med og etterprøve vedtak fattet i henhold til lov om psykiske helsevernlov. De skal ta imot og behandle klager angående vedtak om tvungen observasjon (§3-2), tvungent psykisk helsevern (§3-3), opphør av disse to vedtak (§3-7), og skjerming (§4-3) og bruk av tvangsmidler (§4-8). Dersom kontrollkommisjonen på eget, pasienten, pårørende, eller personalets initiativ finner problemer, for eksempel at vedtak ikke er i tråd med loven eller uheldige forhold, kan de ta det videre til fylkesmannen (§6-1). Uavhengig av om det fremsettes klager, skal kommisjonen på eget initiativ føre kontroll med vedtak om etablering av psykisk helsevern, og føre tremånederskontroll med slike vedtak, for å undersøke hvorvidt pasienten fortsatt oppfylder vilkårene for tvungent vern. Kontrollkommisjonen skal også føre dokumentkontroll. Her skal de undersøke om dokumenter oversendt fra vedtaksansvarlig er korrekt, og om vilkårene for §3-2 eller §3-3 er oppfylt, og at riktig fremgangsmåte er fulgt (NOU, 2011:9).

Gjelder vedtakene tvungen legeundersøkelse (§3-1) og behandling uten eget samtykke (§4-4) skal de klages direkte inn til fylkesmannen. Kontrollkommisjonen og fylkesmannen har begge rett til å overprøve vedtak. I tillegg til disse to instansene har Helsetilsynet en tilsynsrolle som dekker alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket. De skal også holde tilsyn med helsehjelpens forsvarlighet og pasienters rettigheter, som de er formulert i pasientrettighetsloven, som også gjør seg gjeldende i psykisk helsevernlov (NOU, 2011:9).

3.8 Avsluttende kommentar

Tvang i det psykiske helsevern er regulert av egen lov, som gjennomgått her. I NOU (2011:9) er det blitt argumentert for at en slik lov med jevne mellomrom bør gjennomgås og oppdateres. Pasientrettighetsloven er videre med på å sikre pasienters rettigheter i møte med helsevesenet. Som det vil bli nevnt senere i oppgaven, er det blitt argumentert for at ulik forståelse og praktisering av lovverket kan resultere i ulik omfang av tvangsandvendelse mellom og innad ulike helseforetak. Mer om omfanget av tvang vil bli gjennomgått i kapitlet som følger.

4. OMFANGET AV TVANG

Ifølge Helse og Omsorgsdepartementet (2012) og Helsedirektoratet (2012;2013) er innrapportering av tvangsdata mangelfullt. Dette gjelder for institusjonene som opererer med hjemmel for å utføre tvang, og kontrollkommisjonens innrapporteringer av klager og resultatet av deres etterprøving av klagen. Det vil si om pasientene får helt eller delvis medhold, eller avslag i sin sak. Et vedtak kan også erklæres ugyldig om det foreligger alvorlige formelle eller materielle feil med vedtak som er fattet.

Dermed foreligger ingen fullstendig og pålitelig oversikt over omfanget av tvang, klager og omgjøring av vedtak i dag. Det gjør det problematisk å skape et nasjonal og lokalt oversiktsbilde, og gjør det samtidig vanskelig å kunne foreta sammenlikninger, samt se klare utviklingstrekk. Utover det påpeker Norvoll, Hatling og Hem (2008) hvordan tvangsstatistikken kan ha en dobbel effekt på helsepersonells oppfatning av tvangsbruk. På en side kan et høyt tall skape et ønske om å endre tvangsbruken, slik at en utad ikke topper statistikken. Men på den andre siden kan det å være lavt på tvangsstatistikken skape et mindre ønske om endring, fordi en er lavt på statistikkstigen. Videre kan registrering av tvang føre til økt bevissthet om tvangsbruken blant personalet. Føring av statistikk på området kan derfor anses som viktig for refleksjon og bevissthet om tvangsbruk.

Det er blitt rapportert at tallet på tvang er høyere i Norge enn andre sammenliknbare land (Hjemås, 2011; Høyen & Dalgard, 2002). En slik sammenlikning bør likevel tolkes med forsiktighet av flere årsaker. Deriblant på bakgrunn av ulik organisering av helse og sosialtjenestene, kvaliteten på innrapportert statistikk, og ulik praksis og lovgivning. Helse og Omsorgsdepartementet (2012) skriver at det er for mye og for ulike bruk av tvang i norsk psykiatri. De poengterer hvordan det foreliggende datamaterialet om omfanget av tvang ikke er godt nok til å gi et reelt bilde av bruken av tvang. En kan likevel gi estimer på omfanget av tvang, her basert på tall fra Helsedirektoratet (2012; 2013).

Alle psykiatriske avdelinger er pliktig til å rapportere inn tvangsbruk til Norsk Pasientregister (heretter NPR). Dette gjelder både vedtak om tvungne innleggelser, tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk og skjerming (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg skal all tvangsmiddelbruk dokumenteres i en egen tvangsmiddelprotokoll, samt i pasientens egen journal (Høyen & Dalgard, 2002). Denne innrapporteringen er dog mangelfull, slik at det er vanskelig å gi en fullverdig fremstilling av omfanget.

Helsedirektoratet (2013) har basert på data fra NPR beregnet omfanget av tvang i psykisk helsevern for voksne i Norge. Ifølge deres beregninger ble omtrent 5400 personer tvangsinnlagt totalt 7800 ganger i 2012. Dette er anslagsvis fire til seks prosent nedgang fra foregående år. For åtte prosent av tilfellene ble tvangsvedtaket opphevet innen et døgn av tidspunktet for innleggelsen. Fra 2011 til 2012 har antallet vedtak om tvungen psykisk helsevern sunket, parallelt med en økning i vedtak om innleggelse til tvungen observasjon.

Antall pasienter underlagt behandling uten eget samtykke, tvangsmiddelbruk og skjerming fremgår ikke av Helsedirektoratets rapport for 2012. Heller ikke antall hendelser nevnes her. Derfor presenteres innrapportering av slike vedtak fra 2011, i tabell 1 under (Helsedirektoratet, 2012). Tabellen viser derav ikke antall pasienter, men antall vedtak. Det vises også her til at tallene som blir presentert kan være mangelfulle, og at antall vedtak kan være underrapportert eller dobbeltrappert.

Tabell 1: Estimert omfang av tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk og skjerming.

Skjerming	Isolering	Mekaniske tvangsmidler	Korttidsvirkende legemidler	Kortvarig Fastholding	Tvangsbehandling
3082	62	1986	873	990	1273

Mekaniske tvangsmidler omfatter bruk av reimer, belter og spesialklær som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, i hensikt av å forebygge skade på pasienten og andre. Som det kommer frem av tabell 1, ser mekaniske tvangsmidler ut til å være den mest anvendte formen for tvangsmidler i psykiatrien. Hvis en derimot inkluderer skjerming, er den klart høyest representert. Ved vedtak om skjerming oppholder en pasient seg helt eller delvis atskilt fra andre pasienter og helsepersonell som ikke er involvert i behandlingen av pasienten. Isolering kan anses som en strengere form for skjerming, der pasienten kan anbringes bak låst eller lukket dør i en kortvarig tidsperiode, uten at personalet er tilstede (NOU, 2011:9). Som det kommer frem av tabellen, var isolering det minst brukte tvangsmidlet i 2011. Antall registrerte vedtak på skjerming har økt stort fra omkring 1989-1990, sammen med en jevn nedgang i antall registrerte episoder av isolering. Sammenhengen kan her være at skjerming har blitt ansett som et bedre alternativ, og dermed i stor grad tatt over bruken av isolasjon (Høyer og Dalgard, 2002).

Etterfulgt av skjerming og mekaniske tvangsmidler kommer tvangsbehandling, med 1273 vedtak i 2011. Tvangsbehandling vil si behandling uten pasientens samtykke. Det

omfatter i utgangspunktet ikke undersøkelse og behandling som anses som alvorlige inngrep. Det er gjort unntak for tvungen ernæring og behandling med legemidler. Behandling uten samtykke vil ofte involvere ulike former for samtaleterapi. Tallet over registrerte tvangsbehandlinger opplyser ikke om hvilke type tvangsbehandling det er snakk om.

Med unntak av isolering ble det fattet færrest vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding. Begge disse formene for tvangsbruk har til hensikt å roe ned pasienten, og hindre at pasienten selv eller andre blir skadet i akutte situasjoner eller ved utagering. De brukes begge i enkeltstående situasjoner og skal være kortvarig.

Det er ikke store kjønnsforskjeller i tvangsinnleggelse, til tross for at litt flere menn enn kvinner blir innlagt under tvang. 53 % av innleggelsene er mannlige pasienter. Forskjeller i aldersfordelingen mellom frivillig og tvungne innleggelse er liten (Helsedirektoratet, 2013). Pasienter med en schizofreni diagnose som hoveddiagnose er overrepresentert blant pasienter på tvang, og da hovedsakelig under tvungent psykisk helsevern. Den samme diagnosegruppen rapporteres å ha de lengste oppholdene. Innleggelse til tvungen observasjon gjelder i større grad pasienter med rusrelaterte lidelser som hoved,- eller bidiagnose (Helsedirektoratet, 2013). En stor andel av pasientene som legges inn på tvang har dårligere inntekt og utdanning enn de pasientene som er frivillig innlagt. I tillegg er de også ofte bostedsløse, og enslige (Hjemås, 2011).

Datagrunnlaget viser vesentlig geografiske forskjeller i bruk av tvang, både mellom og innad ulike helseforetak. Disse forskjellene har holdt seg relativt stabile de siste årene. Hva disse forskjellene skyldes er uvisst. Helse og Omsorgsdepartementet (2012, s.10) mener det er grunn til å anta at de kan være et resultat av ulike behandlingskulturer, forklart som ulike holdninger og atferd hos helsepersonell. Videre pekes det på at forskjeller i organisering og ressursbruk kan være en årsak. I NOU (2011:9) nevnes det hvordan holdninger og ulike grader av kunnskap om psykisk helsevernlov kan medvirke til forskjellen en ser i bruk av tvang. Til slutt mener Helsedirektoratet (2012;2013) forskjellene kan skyldes ulik forståelse og praktisering av lovgivningen.

Geografiske forskjeller viser seg også for landets 56 ulike kontrollkommisjoner. Her gjelder forskjellene antall klager som fremsettes av pasienter, og antall klager som får medhold og avslag. Helsedirektoratet peker her på samme mulige årsaker som fremsettes om forskjeller i helseregionenes ulikheter på tvangsbruk (Helsedirektoratet, 2013).

4.1 Avsluttende kommentar

Innrapportering og komplette oversikter over tall på tvang er et gjennomgående problem i litteraturen om statistikk på tvangsbruk. Foruten problemet det medfører med å gi en nøyaktig oversikt, gjør det det også vanskelig å se klare utviklingstrekk. Et annet gjennomgående problem later til å være ulik omfang av tvangsbruk mellom og innenfor ulike behandlingsinstitusjoner. Hvorvidt tallet på tvang er høyt eller ikke tas det ikke stilling til. Det refereres heller til den generelle målsettingen til Helse og Omsorgsdepartementet (2012). Der er det formulert hvordan de ønsker å redusere tvang til et minstenivå, hvor all tvangsbruk skal bli registrert av institusjonen og rapporteres videre til Norsk Pasientregister.

5. ETISKE PRINSIPPER OG PERSPEKTIVER

Selv om det er det medisinske aspektet som gir grunnlag for å anvende tvang, og det juridiske som regulerer tvang, er bruk av tvang en grunnleggende etisk problemstilling. Denne problemstillingen er objekt for en langvarig verdikonflikt i diskusjonen om når tvangsbruk er riktig, og om det er riktig. Videre settes det spørsmålsteget ved hva fri vilje og frihet er, og når, om noen gang, det er riktig å sette dette til side. Slike problemstillinger åpner opp for å inkludere etikk i oppgaven. Her presenteres noen ulike retninger innenfor etikken, og et utvalg av prinsipper, som anses som relevante for oppgavens tema.

5.1 Etiske perspektiver

All etikk er basert på ulike prinsipper, men handler i hovedsak om hvordan en skal nå begrunnede moralske valg. Etikken er læren om, eller refleksjonen over moral. Moral kan defineres som ”de oppfatninger om rett og galt, godt og ondt som finnes i et samfunn, hos en gruppe eller person” (Johansen & Vetlesen, 2000, s.8).

Lingås definerer etikk mer utdypende som ”den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sine holdninger, sine handlinger og sin atferd for å unngå at de verdiene de setter høyt blir forsømt eller krenket, eller for å fremme realiseringen av disse verdiene” (2008, s. 20).

5.1.1 Normativ etikk og deskriptiv etikk

Deskriptiv etikk kan sies å være en beskrivende etikk, mens normativ etikk kan sies å være en vurderende etikk (Dybvig & Dybvig, 2003). Normativ etikk beskriver hvordan ting bør være, hvilke handlinger som er tillat og riktige, og hvilke som ikke er tillat og uriktige (Johansen & Vetlesen, 2000). Den beskriver hvordan etiske handlinger, holdninger og institusjoner bør være, og hvilke normer og regler som er gyldige. Den normative etikken står i motsetning til den deskriptive etikken, som gir ”nøytrale beskrivelser av etiske handlinger, holdninger, og institusjoner som er uavhengig av den beskrivende personens syn på hvordan de bør være” (Wyller, 2003, s.203). Den beskriver hvilke normer og verdier som gjør seg gjeldende i ulike samfunn og hvordan menneskene i disse samfunnene faktisk lever, ikke hvordan de bør leve.

5.1.2 Konsekvensetikk

Hvis en bedømmer en handlings moralske verdi ut i fra hvilke konsekvenser den medfører, bruker en konsekvensetikk for å bedømme handlingen. Utilitarisme er en form for konsekvensetikk som vektlegger konsekvenser fremfor intensjoner, og lykke fremfor plikt. (Dybvig & Dybvig, 2003). Med bakgrunn i en slik etikk, legges moralens grunnlag i hvilke konsekvenser en handling medførte. For å vurdere om konsekvensene er gode eller dårlige blir grad av lykke og nytte den kunne bringe frem det viktigste. Er konsekvensen av en handling god, er handlingen god.

Der det råder tvil om hvilken handling som er god, altså om den er med på å fremme lykke, skal en se til majoritetens mening. Det er begrunnet i hvordan allmennhetens gode er det beste resultatet, et resultat som kun kan frembringes av at flest mulig oppnår så mye lykke som mulig. Den samlede nytteverdien, ikke for individet, men samfunnet som helhet, blir således å forstå som viktig. Det vil si at resultatet av en handling, og ikke motivet er det avgjørende aspektet i en moralsk holdning. I tråd med dette vil målet være overordnet midlene (Brøntveit & Duesund, 2002).

5.1.3 Pliktetikk

I et pliktetisk perspektiv er det overordnede moralske kravet å følge plikter (Dybvig & Dybvig, 2003). Plikter er uavhengig av konsekvensene av handlingen, og er ikke et middel for å nå et mål, eller noe en gjør med tanke på belønning (Johansen & Vetlesen, 2000). Handlinger det er nødvendig å utføre, kan defineres som plikter. Vi handler ut i fra plikter som er nedtegnet i lovverk, eller etablerte normer (Wyller, 2003). For eksempel har helsepersonell plikt til å følge lovverket om psykisk helsevern og pasientbrukerrettighetsloven. Etter spesialisthelsetjenesteloven har de plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, og yte faglig forsvarlig helsehjelp (Bahus, 2013).

Når vi handler ut i fra vår plikt, gjør vi en tillat og lovlig handling. En slik handling blir da også ansett som moralsk riktig. Immanuel Kant (1724-1804), innvender mot at alle handlinger utført i overensstemmelse med plikt er av moralsk verdi. Et eksempel er en person som i frykt for negative sanksjoner fra politi overholder kjørereglene i trafikken. Selv om denne personen opptrer lovlig, vil ikke en overholdelse av trafikkreglene være moralsk riktig,

men mindre personen gjør det ”av” plikt, og ikke i lys av å unngå negative konsekvenser (Johansen & Vetlesen, 2000).

5.1.4 Sinnelagsetikk

I motsetning til konsekvensetikken, vektlegger sinnelagsetikken hensikten eller sinnelaget bak en handling. Ifølge denne etiske tankegangen er det hensikten bak en handling som avgjør om handlingen er god og moralsk riktig, og ikke utfallet av handlingen. Er hensikten god, selv om resultatet uteblir, eller ikke nødvendigvis blir som planlagt, er handlingen likevel god (Brøntveit & Duesund, 2002). Personer som har hatt et ønske om – og vilje til å gjøre det rette har et godt sinnelag (Johansen & Vetlesen, 2000). Dersom en følger en slik tankegang, vil det å anvende tvang overfor en pasient kunne anses som en god handling om motivet bak er å hjelpe pasienten, uavhengig av om pasienten blir bedre eller ei.

Sinnelagsetikken har likheter med pliktetikken, da førstnevnte vektlegger at handlingsmotivet skal være basert på pliktbevissthet. Det å akseptere - og handle av plikt gjøres ut av fri vilje. Der blir fri vilje, definert som autonomi, eller det å bestemme selv. Slik selvlovgivning er igjen basert på menneskets fornuft, som skiller oss fra dyr, som handler ut i fra impulser og instinkter. Men for at en handling skal være i overensstemmelse med fornuften og moralen må den oppfylle to krav: den må ses som tilfelle av en regel, og denne regelen skal være universell, og gjelde for alle. Mens konsekvensetikken betrakter målet som overordnet midlene, betrakter sinnelagsetikken mennesket som mål i seg selv (Dybvig & Dybvig, 2003).

5.2 Etiske prinsipper

Det er flere etiske prinsipper en kan vektlegge og diskutere når det kommer til tvang. De siste årene har følgende fire prinsipper blitt vektlagt (NOU, 2011:9, s. 138):

1. Velgjørenhet
2. Ikke-skade
3. Rettferdighet
4. Respekt for pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi)

5.2.1 Prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade.

Prinsippet om velgjørenhet handler om helsepersonellens plikt til å hjelpe. Dette skal gjøres på en måte som vil gi klart flere positive enn negative konsekvenser for pasienten. Dette innebærer å foreta avveininger i hver enkelt sak. Jo større sannsynlighet det er for negative konsekvenser, jo vanskeligere blir det etisk å forsvare en inngripen i andre menneskers liv. Slike avveininger er også sentrale i prinsippet om ikke å skade, hvor en ønsker å unngå - og forebygge skader. Dette gjør seg gjeldende i situasjoner der et menneske kan være i fare for seg selv eller andre. Ved eksempelvis alvorlig selvmordsfare vil en inngripen i form av en tvangsinnleggelse kunne begrunnes ut fra begge disse prinsippene, og også ut i fra pliktetikken (NOU, 2011:9).

Prinsippet om velgjørenhet, og å ikke skade, er nært knyttet til effektene og resultatene av helsehjelpen. Helsepersonell, pårørende og pasienter kan ha ulike oppfattelse av effektene, på samme måte som de kan ha ulike oppfatninger av hjelpens nødvendighet (NOU, 2011:9). Det anses derfor som viktig å ha god kjennskap til positive og negative effekter av tvang, sammen med tvangens betydning på behandlingsresultatet, både fra et objektivt og subjektivt perspektiv.

5.2.2 Rettfærdighetsprinsippet

Rettfærdighetsprinsippet er blant annet basert på pasienters rettssikkerhet og beskyttelse mot diskriminering. Ikke-diskriminering er et viktig verdigrunnlag, som omhandler at en ikke skal diskriminere enkelte grupper, da det blant annet kan føre til stigmatisering (Lingås, 2008). Rettssikkerhet omhandler sikring av pasientenes rettigheter i møte med helsevesenet. De har materielle, prosessuelle og personlige (eks: integritet) rettigheter (Høyen & Dalgard, 2002). Kontrollkommissjonen, fylkesmannen og Helsetilsynet er de organene som hovedsakelig skal sørge for at pasienters rettigheter blir ivaretatt så lenge de er underlagt psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999).

Menneskeverd og menneskerettigheter er sentrale begreper i prinsippet om rettfærdighet. Respekten for menneskeverdet er nedfelt §1-1 i lov om psykisk helsevern, som et grunnleggende prinsipp i psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Det samme er beskrevet i pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven, 1999). Menneskeverdet omhandler en erkjennelse om at alle mennesker er like mye verdt og har like og umistelige rettigheter i

kraft av å være et menneske, uavhengig av kjønn, etnisitet, seksuell orientering, politisk oppfatning og religion. Menneskeverdet er nedfelt i FN's menneskerettighetserklæring, hvor også retten til frihet og autonomi anses som grunnleggende menneskerettigheter (Aasen, 2009; Høyer & Dalgard, 2002). Selv om rettferdighetsprinsippet berører det juridiske fagfeltet, blir det omtalt her, da det også er et etisk prinsipp.

Nært knyttet til menneskeverdet er integritet, et begrep som også kan knyttes opp mot autonomi (Høyer & Dalgard, 2002). Integritet kan forstås som menneskets iboende ukrenkelighet. Når helsepersonell skal ta hensyn til andres integritet, handler det om å respektere vedkommendes totale livssituasjon (Helsedirektoratet, 2009). Respekten for menneskers integritet er videre nevnt i § 1 i pasientrettighetsloven under formål (Pasientrettighetsloven, 1999).

5.2.3 Autonomi: selvbestemmelsesrett

Autonomi kan forstås som et individs selvbestemmelsesrett. Pasienters rett til å bestemme selv over sitt eget liv, blir stadig et viktigere fokus i psykiatrien (Høyer & Dalgard, 2002; NOU, 2011:9). Kravet om gyldig samtykke fra pasienten og kravet til konfidensialitet, er to krav som er ment å beskytte pasienters autonomi i møte med helsevesenet. Det oppstår situasjoner hvor pasienters autonomi kan bli satt til side, og helsepersonell, i hovedsak lege, helt eller delvis avgjør hva de anser som det beste for pasienten. Det er da snakk om paternalisme, som kan oversettes til formynderi (NOU, 2011:9). Høyer og Dalgard (2002) skiller mellom sterk og svak paternalisme. Svak paternalisme er resultatet av at helsepersonell på grunn av pasientens manglende evne til å fatte avgjørelser griper inn. Sterk paternalisme forekommer når en til tross for at pasienten er samtykkekompetent tar avgjørelsen for pasienten. Paternalisme kan begrunnes ut i fra hensynet til pasienten, til andre personer og omgivelsene, eller begge.

Prinsen og van Delden (2009) nevner hvordan en til tross for å inneha full selvbestemmelsesrett, ikke kan være fri for kontrollerende faktorer. Ethvert menneske vil være begrenset i sin viljesfrihet både av indre og ytre faktorer, det gjelder kognitive såvel som fysiske begrensninger. En kan for eksempel ikke gå om en er lam, uansett hvor sterk viljen er.

5.3 Frivillighet, frihet og fri vilje

Frivillighet, frihet og fri vilje, er tre begreper som har nær tilknytning til hverandre. Det mest grunnleggende ved frivillighetsbegrepet omhandler fri vilje og autonomi, hvor igjen fri vilje er nært knyttet til frihet. Autonomi er allerede definert. Fri vilje kan anses som viljesfrihet i tilknytning til det generelle frihetsbegrepet (Brøntveit & Duesund, 2002; Høyer og Dalgard, 2002).

5.3.1 Frihet

Tranøy og Svendsen (2013) definerer frihet ut i fra hvilken sammenheng en anvender begrepet. Tradisjonelt i moralfilosofien er å knytte begrepet opp mot fri vilje eller viljesfrihet. Der blir det motsatte av frihet forbundet med tvang eller determinisme, hvor sistnevnte vil tilsi at fri vilje ikke eksisterer fordi alle handlinger er styrt av indre og ytre årsaker, og dermed er utenfor vår kontroll.

Aakvang (2013) går lenger i å definere frihetsbegrepet. Han har forsøkt å integrere ulike dimensjoner av frihet for å skape det han selv refererer til som et mer konkret og empirisk anvendelig frihetsbegrep, enn de mange andre definisjoner som foreligger gjør. Han definerer frihet som ”fravær (inkludert overvinnelse) av begrensninger når vi handler”. Motsatt blir ufrihet definert som ”tilstedeværelse av begrensninger når vi handler” (Aakvang, 2013, s.44). Forskjellen mellom frihet og ufrihet blir grovt sett hvorvidt en kan handle uhindret eller ei.

Med en slik definisjon av frihet og ufrihet er de å anse som aspekter ved handling. Når vi handler forsøker vi bevisst og målrettet å forandre noe i verden. Vi går aktivt inn for å gjøre noe. Dette er koplet til intensjoner eller hensikter som omhandler at vi har satt oss mål som vi ønsker å realisere. Dersom jeg ønsker høyere utdanning (intensjon), må jeg aktivt gå på skole for å studere (handling), for å få vitnemål (mål). Men min frihet til å gjøre dette avhenger, ifølge denne definisjonen, at jeg ikke møter på begrensninger, eller overvinner de begrensninger jeg møter på. Disse begrensningene kan være ytre, utenfor individet selv, eller indre, og omfatte mange ulike elementer. Eksempler på indre begrensninger kan være en persons kognitive evne og mentale helse. Ytre begrensninger kan være alt fra lover og regler satt av samfunnet og elementer i ens fysiske omgivelser (Aakvang, 2013).

Aakvang (2013) argumenterer for at frihet har stor egenverdi for alle mennesker og at frihet er en forutsetning for å kunne leve et verdig liv. Årsaken til å fremsette et slikt argument er hvordan det å være et kompetent handlende vesen er det å være fri, og at frihet er en betingelse for å kunne være handlingskompetent.

5.3.2 Fri vilje

Den frie viljen kan oppfattes som menneskets frihet til å velge mellom ulike alternative muligheter, eller til å kunne bestemme selv. Det er her en ser tilknytningen mellom fri vilje og autonomi. I en slik oppfatning, kan en se fri vilje som muligheten til valgfrihet (Dybvig & Dybvig, 2003). Flere hevder at dersom vi antar at mennesket har fri vilje, kan mennesket også holdes ansvarlig for sine handlinger. Dette da fri vilje er å forstå som å kunne velge mellom alternative handlingsalternativer, og i valget ligger ansvaret (Lingås, 2008).

Den frie vilje kan også ses på som et ubetinget gode, der valgfriheten i seg selv vil ha en egenverdi, slik den kan synes i det moderne demokratiet. Det vil si at uavhengig av hva en anvender sin frie vilje til, vil den ha en verdi i seg selv, der ingen menneskets vilje er verdt mer eller mindre enn et annet menneske sin vilje (Wyller, 2003).

5.4 Avsluttende kommentar

Hvilket etisk syn en har kan påvirke de beslutninger en tar i praksis. Kjennskap til ulike etiske perspektiver, og bevissthet over eget etisk ståsted kan derfor være viktig i diskusjonen om tvang. Dersom en er tilhenger av konsekvensetikken kan det tenkes at en behandler vil vurdere sitt valg om å tvangsinnlegge en pasient som moralsk riktig dersom pasienten kommer ut av behandlingen som frisk. Dersom behandleren i motsetning er tilhenger av en sinnelagsetikk vil det være en god hensikt som avgjør hans vurdering av et godt moralsk valg.

En sammenlikning av de ulike retningene kan derfor være interessant, for å få et vidt perspektiv på hvordan en kan vurdere en enkeltsituasjon. Pliktetikken vektlegger selve handlingen, mens sinnelagsetikken vektlegger hensikten og til slutt vektlegger konsekvensetikken handlingsresultatet. Videre vil en normativ etikk og en deskriptiv etikk

kunne komplementere hverandre da den ene gir beskrivelser av hvordan ting er, og den andre hvordan ting bør være. Det samme gjelder hvilke prinsipper, eller verdier en vektlegger, om det er autonomi, velgjørenhet, ikke-skade, rettferdighetsprinsippet eller andre prinsipper, når en argumenterer for ens verdigrunnlag.

6. ET MEDISINSK PERSPEKTIV MED FORSKNINGSFOKUS

Utgangspunktet for å anvende tvang er at det vurderes å være medisinsk nødvendig grunnet alvorlig sinnslidelse. Slik rettferdiggjøres tvangsbruk for å beskytte et menneske mot seg selv, beskyttelse av andre og for å gi nødvendig behandling i den hensikt å skape bedring eller hindre forverring. En slik begrunnelse burde blant annet være basert på forskningsbasert kunnskap om effekter og behandlingsresultater av tvang. Samtidig er grunnleggende kunnskap om effektene av tvang og behandlingsresultater mangelfullt, og av varierende kvalitet. Resultatene har også vært varierende. Det etterlyses derfor mer kunnskap om tvang, og behovet for mer forskning om temaet anses som stort. Dette gjelder innenfor etiske, juridiske, psykologiske, medisinske, og andre relevante fagområder. Tverrfaglig forskning kan være en god forutsetning for å få solid kunnskap om emnet (Helsedirektoratet, 2009: Helse og Omsorgsdepartementet, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2009) er en av de største utfordringene,- og årsakene til den manglende forskningen, knyttet til metodologi. Metodologisk er en av problemene å gi en entydig redegjørelsen av tvangsbegrepet, noe som er nødvendig for å kunne operasjonalisere begrepet. Mer om tvangsbegrepet vil følge i neste kapittel.

De siste 10-15 årene har fokuset på tvang fått økt fokus, og ikke bare på tvangsbruk som utføres i psykisk helsevern. En stor del av forskningen som er utført om tvang stammer fra utenlandske studier. Resultatene er er ikke nødvendigvis overførbart til Norge, grunnet ulik lovgivning, organisering og praksis mellom ulike land. Det er derfor et ønske gjennomføre flere norske studier (Helsedirektoratet, 2009).

6.1 Målemetoder

I somatisk medisin kan en bruke objektive kriterier og målemetoder for å undersøke om en pasient er syk, og eventuelt hvilken sykdom vedkommende har. Aktuelle behandlingsmetoder følger ofte av resultatene av slike undersøkelser. I ettertid kan samme kriterier og metoder anvendes for å måle bedring. Ericsson (1974) mener et forsøk på å sette opp objektive kriterier for å undersøke om en er frisk eller ei i psykiatrien er mer problematisk. Kriteriene for hva en kan anse som helsemessig og normalt atferd er skiftende

og avhenger av kultur og tidsepoke (Ericsson, 1974, s. 10). I psykiatrien anvendes flere ulike måleinstrumenter på symptomer av psykiske lidelser, funksjonsnivå, og subjektive tilstander.

Global Assessment of Functioning (GAF) og Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) er to måleinstrumenter som ofte går igjen i studier på tvang. Deriblant hos Høyen et al. (2002), Iversen, Høyen, Sexton og Grønli (2002) og Wallsten, Kjellin og Lindström (2006). Slike mål kan brukes i et forsøk på å måle effekten av behandling under en innleggelse, ved å sammenlikne skårer ved innleggelse, eventuelt underveis i behandlingen og ved avslutningen av oppholdet (Leucht et al, 2005). Til tross for at GAF og BPRS ikke er målemetoder for å angi opplevelse eller grad av tvang, kan de benyttes for å si noe om resultatene av behandling. Dermed kan en sammenlikne skårer på disse for frivillig og tvungne innlagte pasienter, og se om det er signifikante forskjeller. Dette kan gi indikasjoner på forskjeller eller likheter mellom de to pasientgruppene. Samtidig kan de anvendes for å si noe om grad av psykopatologi og således peke mot hvorvidt en alvorlig sinnslidelse foreligger. Derfor inkluderes de i det følgende. Dette er bare en måte å måle bedring og behandlingsresultater på. En kan også anvende subjektive mål, ved å undersøke pasientenes egne opplevelser av tvang. Den mest anvendte målemetoden for dette er kanskje the MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS), som måler opplevd tvang (Høyen et al, 2002). The Coercion Ladder (CL), måler det samme, og anvendes av flere i forskning på tvang (Iversen, et al, 2002).

6.1.1 Global Assessment of Functioning - GAF

GAF er et hjelpemiddel i å angi en persons psykiske symptombelastning og psykososiale funksjonsnivå på en kontinuerlig skala. Denne skalaen går fra 1 til 100, der 1 er å anse som det laveste funksjonsnivå med alvorlig psykopatologi og fare for eget og andres liv og helse. En skår på 100 indikerer symptomfrihet. Det vektlegges at dette er en hypotetisk kontinuerlig skala, som indikerer at den må vurderes ut i fra et helhetsbilde av hvordan pasienten fungerer og fremstår. Skåren er av foranderlig størrelse og kan således variere daglig (Karterud, Pedersen, Løvdahl & Friis, 1998). Det vil tilsi at hyppige mål kan være nødvendige. Slike mål kan tenkes å være et verktøy behandlere kan anvende når de skal vurdere en pasients tilstand og grad av bedring, i den kontinuerlige vurderingen de må foreta for anbefaling og vedtak om behandling. Samtidig kan målene tenkes å brukes for å vurdere behandlingsresultater, med og uten tvang.

6.1.2 Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS

Denne testen er egnet til å måle grad av psykopatologi hos pasienter med psykotiske lidelser. Den er best egnet og utviklet for å evaluere grad av forbedring hos pasientene. Testen måler nivået av 18 symptomgrupper på en skala fra 1-7. Symptomgruppene inneholder grad av angst, depresjon, grandiositet, fiendtlighet og desorientering, for å nevne noen. Pasientens symptomnivå blir skåret fra 1 til 7, der en betyr at symptomet ikke er tilstede, mens det høyeste nivå innebærer ekstremt alvorlig tilstedeværelse av symptomet. Summen på de ulike skårene summeres og gir en indikasjon på alvorlighetsgraden av pasientens symptomer (Leucht, et al, 2005). Som ved GAF målinger, kan det antas at skårer på BPRS kan anvendes for å måle behandlingsresultater ved å sammenlikne hvordan pasienter underlagt tvang, i motsetning til frivillig innlagte pasienter skårer etter behandling, selv om det ikke nødvendigvis kan trekkes årsaksforklaringer av dette, da flere variabler kan spille inn. Dette er et generelt problem ved tvangsforskningen. Det kan være vanskelig å trekke sikre slutninger om tvangens betydning på behandlingsutfallet, da mange ulike forhold, som karakteristikk ved pasienten, helsepersonell, avdelingen og mer, kan virke inn (Helsedirektoratet, 2009).

6.1.3 MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS)

MPCS består av utsagn som eksempelvis omhandler begrep som frihet, påvirkning og kontroll. Pasienten skal svare seg enig eller uenig i utsagnene på en skala fra 0 til 5. En skår på 5 vil indikere høy grad av opplevd tvang, og 0 indikerer ingen grad av opplevd tvang. Dette er tenkt å måle opplevd tvang på en subjektiv måte. Slik får en indikasjoner ikke bare på om pasienten har opplevd tvang, men i hvilken grad (Høyer et al, 2002; Wallsten et al, 2006).

6.1.4 The Coercion Ladder (CL)

The Coercion Ladder er en visuell analog skala som rangeres fra 1 til 10. Pasienten blir bedt om å angi hvilken grad av opplevd tvang de identifiserer seg med på denne skalaen, der 10 er sterkest grad av opplevd tvang. Resultatene av testen gir en enkelt global skår. Som ved MPCS får en ved denne testen indikert pasientens opplevde grad av tvang. Det vurderes å

være sterke paralleller mellom måleresultatene ved disse to testene (Høyer et al, 2002; Iversen et al., 2002).

6.2 Behandlingsresultater

Hvordan tvang virker inn på behandlingsresultatene, samt de positive og negative konsekvenser en har funnet at tvang kan medføre, er viktige argumenter i tvangsdebatten når en skal rettferdiggjøre bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2009). Lite forskning er gjort på området, og med varierende resultater. Det er blitt poengtert at en for å kunne si noe om effekter og behandlingsresultater også er avhengig av en klar definisjon av ”tvang” (Helse og Sosialdirektoratet, 2006).

Wallsten et al. (2006) forsøkte i en studie å se hvorvidt det var noen relasjon mellom resultatene av opphold på psykiatrisk avdeling og karakteristikker ved pasienter og behandling, deriblant tvang. Halvparten av pasientene de undersøkte var formelt innlagt under tvang, og den andre halvparten frivillig innlagt. Resultatene av oppholdet ble målt på en subjektiv skala og en objektiv skala. GAF og BPRS, ble brukt for å måle pasientenes symptombelastning og funksjonsnivå, der skårene på GAF ved innleggelse, og tre uker inn i oppholdet, ble brukt for å studere objektive resultater. Subjektive resultater ble vurdert og rapportert av pasienten selv gjennom MPCS og CL.

Subjektive vurderinger av forbedring var mer prevalent enn objektive mål på forbedring. En stor andel av pasientene viste en forbedring, både vurdert subjektivt og objektivt etter innleggelsesoppholdet. Et interessant funn, var ulikhetene mellom de subjektive og objektive målene på resultater, som ikke viste noen forbindelser til hverandre. Dette er interessant, da forskjeller i objektive og subjektive mål reflekterer hvem det er som vurderer resultatene, og hvilken vurdering en skal legge til grunn for å vurdere resultatene. Av de som ble forbedret, var halvparten frivillig og halvparten tvungen innlagt. Tvang, også i form av pasientenes formelle status, var ikke relatert til resultatet, hverken i de subjektive eller objektive målingene (Wallsten, et al., 2006).

Vedrørende positive subjektive vurderinger av resultatet, fant de to prediktorer. Disse to var at pasientene opplevde å ha blitt godt behandlet av de ansatte, og at de hadde en kontaktperson under innleggelsen. God behandling ble beskrevet som å bli hørt, møtt med gode holdninger og respekt (Wallsten et al., 2006). En kontaktperson er en ansatt ved

avdelingen som pasienten får tildelt, slik at pasienten har en hovedperson å forholde seg til ved kontakt vedrørende behandlingsmessige eller praktiske spørsmål og behov.

Prediktorer for de objektive målingene, som målt på GAF-skårer bestod også av to elementer. Stemningslidelser, og en lav skår på GAF skalaen på innleggelsestidspunktet kunne predikere positive objektivt målte resultater (Wallsten et al., 2006). Verdt å merke seg er hvordan beretninger fra pasienter viser at de i liten grad opplever faktorer ved selve behandlingen som avgjørende for opplevelsen av bedring (Helsedirektoratet, 2009).

Denne undersøkelsen og en studie utført av Høyer et al (2002) påpeker hvordan det foruten å være problematisk å undersøke subjektive vurderinger på en objektiv måte, ofte ikke foreligger en overensstemmelse mellom objektive mål for subjektive tilstander som livskvalitet og menneskers personlige opplevelse av god livskvalitet. Det samme gjør seg gjeldende her, hvor de subjektive og objektive målingene var ulike. Dette kan forsterke tanken om at det er hensiktsmessig å inkludere begge disse målene når en skal vurdere forbedring, da de ser ut til å belyse ulike aspekter.

6.3 Positive og negative effekter av tvang

Flere kilder henviser til for lite forskning på effektene og resultatene av tvang, både hva angår tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Blant dem er Sosial og Helsedirektoratet (2006), Helsedirektoratet (2009) og NOU (2011:9). Mulige positive og negative effekter er likevel rapporter og mulig å samle i en oversikt, som vil bli presentert nedenfor.

Opplevelsen av tvang kan være ulik mellom pasienter og helsepersonell. På samme måte kan opplevelsen av effektene og resultatene av tvangsbruken være like forskjellig. Norvoll og Husum (2011) har foreslått ulike årsaker som kan forklare disse forskjellene, fra ulike oppfatninger av psykiske lidelser og hva som er god behandling, til ulike syn på tvang. Dette vil bli nærmere utdypet i neste del som omfatter det psykologiske perspektivet på tvang. Ettersom det er et viktig prinsipp at fordelene ved tvang klart skal oppveie ulempene, er potensielle positive og negative effekter ved tvang inkludert her.

I NOU (2011:9) blir det påpekt at de fleste misfornøyde psykiatriske pasienter er de som har hatt opphold på sykehusavdelinger. Slike avdelinger er ansett som den institusjonen hvor det også blir anvendt mest tvang. Dette kunne vært interessant å se nærmere på, selv om

en kan tenke seg til at det er de som er mest alvorlig syk som har disse oppholdene. Videre kommer det frem fra NOU (2011:9) at et løsningsforslag for å forhindre skadevirkninger er å sørge for kvalifisert personell, da lovgivning ikke er tilstrekkelig for å regulere tvangsbruken, og måten slik tvangsbruk blir gjennomført.

6.3.1 Positive effekter

Det foreligger mindre forskning på positive enn negative effekter om tvangsbruk. I NOU (2011:9) kommer det frem at dette kan ha sammenheng med hvordan kunnskap om disse effektene i stor grad er basert på pasienters egne uttalelser. Positive erfaringer kan tenkes å skape mindre kommunikasjonstrang hos pasienter og deres pårørende, enn hva positive erfaringer vil. Media kan også tenkes å ha en rolle i slike fremstillinger, der det later til at negative erfaringer og dårlige forhold får mer mediafokus. For å skape en enkel oversikt, er mulige positive effekter av tvang listet opp som følgende, etter litteratur fra helse og sosialdirektoratet (2006):

- Forhindring av utagering, vold, skade og død (etter skade eller selvmord)
- Reduksjon i symptombelastning
- Forbedring av funksjonsnivå
- Pasienttilfredshet med utbytte og resultat
- Pasienters opplevelse av at det var nødvendig og hensiktsmessig
- Pasienters opplevelse av å ha blitt bedre og mottatt hjelp

6.3.2 Negative effekter

Som indikert før, er det mer litteratur å oppdrive vedrørende potensielle negative effekter av tvangsbruk. Her presenteres en liste over hva disse negative virkningene kan inkludere, basert på litteratur fra NOU (2011:9, s.118) og Helse og Omsorgsdirektoratet (2012, s.10):

- Traumer, derav nye traumer, retraumatisering eller post traumatisk stresslidelse.
- Forverring av en akutt situasjon
- Fysisk skade, overgrep, vold og død

- Opplevd krenkelser av autonomi, integritet og verdighet
- Frihetsberøvelse
- Ødelagt tillit til hjelpeapparatet og ødelagt behandlingrelasjon (som kan medvirke til at pasienten ved senere behov for hjelp vil unnlate å be om det).
- Emosjonelle belastninger i form av skam, angst, sinne, avmakt, frustrasjon, depresjon
- Følelse av manglende mestring og kontroll, følelse av meningsløshet, krenkelse og nedsatt selvtillit.

6.4 Avsluttende kommentar

Videre forskning om tvang later til å være et viktig fokus, sammen med videre utvikling og validering av måleverktøy for objektive og subjektive opplevelser av tvangsopplevelser og effekter. Det er mange variabler som kan påvirke behandlingsresultatene under psykiske helsevern. Å trekke sikre slutninger om effekten av ulike former for tvang er derfor vanskelig. Av den kunnskapen som foreligger, er det minst kunnskap om de positive effektene, og hvilke faktorer som medvirker til at de som klarer seg bra, kommer positivt ut. Det er tydelig at det gjenstår mer forskning for å kunne generere mer kunnskap om måling av tvang, samt resultater og ettervirkninger. Så lenge en legger det medisinske perspektivet til grunn for å anvende tvang, anses slike elementer som viktige fokus i fremtiden.

7. ET PSYKOLOGISK PERSPEKTIV: TVANGSBEGREPET

Tvangsbegrepet er et flertydig og flerdimensjonalt begrep, som er åpent for tolkning (Høyer & Dalgard, 2002). Det er med andre ord flere måter å forstå, og definere begrepet på. Av den grunn er det viktig med en helhetlig tilnærming til forståelsen av tvangsbegrepet. Av tilgjengelig litteratur, kom ingen klar definisjon på tvangsbegrepet frem. Det vil her bli gått gjennom ulike måter en kan forstå begrepet på, hovedsaklig om pasienters opplevde tvang, og elementer som påvirker opplevelsen av tvang. Før avsluttende kommentar vil psykiater Thomas Szasz sitt kritiske syn på psykiatri og tvang bli fremstilt. Dette da hans mening skiller seg ut fra majoriteten og representerer et kontroversielt og interessant syn.

7.1 Makt og tvang

En kan relatere tvang til makt, der bruk av tvang kan anses som helsepersonells utøvelse av makt ovenfor pasienter. Berg og Knudsen (2014) forstår makt som ”muligheten til å virkeliggjøre sine målsettinger overfor andre, særlig når man møter motstand, uansett hvilke midler som brukes”.

Mellom pasient og helsepersonell vil det alltid foreligge et maktforhold. Dette maktforholdet er ofte asymmetrisk, der relasjonen ikke oppleves likeverdig, og helsepersonellet sitter på den største makten. En kan også koble makt opp mot fri vilje. Den frie viljen ble i forrige kapitlet forklart som et menneskets mulighet til valgfrihet ut i fra ulike alternativer. Jo større makt en innehar, jo større mulighet har en til fri viljebeslutning. Motsatt vil en med mindre makt, ha mindre mulighet til fritt å velge selv. Dermed blir valget ofte det helsepersonellet fatter (Lingås, 2008).

Misbruk av makt og tvang, kan føre til krenkelser, eller skape en følelse av avmakt hos pasienten. Det er rimelig å anta at jo mer makt en har, jo større misbruk kan utøvelse av den makten ha. Men dersom dette maktforholdet er preget av tillit, trenger ikke denne asymmetrien å være negativt. Det er da viktig at helsepersonellet forvalter sin makt på en forsvarlig måte, for pasientens beste (Villand, Bøe & Sæther, 2013).

7.2 Formell, opplevd og faktisk tvang

Høyser et al. (2002) beskriver en endring i hvordan en definerer tvang. Mens det tidligere var mest vanlig å definere tvang ut i fra pasientens formelle status, basert på aktuelt tvangsvedtak etter lov om psykisk helsevern, er det i senere tid blitt mer vanlig å behandle begrepet flerdimensjonalt. På den måten kan en til en viss grad unngå å utelukke pasientens egen tvangsopplevelse, og den konkrete tvangen de underlegges. Slik vil en også få en mer valid og helhetlig beskrivelse av tvang (Høyser & Dalgard, 2002). Den senere tid er det også blitt mer vanlig å forske på, og sette fokus på pasienters egne erfaringer i møte med tvungen psykisk helsevern, og den forskjellen som kan foreligge mellom eksempelvis pasienten og personalets opplevelse av tvang. I dag er det vanlig å skille mellom tre dimensjoner av tvang; formell, faktisk og opplevd tvang (Høyser et al, 2002). Da sistnevnte oppleves å være mest relevant fra et psykologisk perspektiv, vil den vektlegges, og de andre to definisjonene nevnes kort.

7.2.1 Formell tvang

Formell tvang er tvangsvedtak etablert etter psykisk helsevernlov (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012). Dette omhandler hovedsakelig tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon, behandling uten eget samtykke og tvangsmiddelbruk. Hovedregelen om hva tvang er i psykiatrien, ut i fra lovverket, er hvorvidt pasienten samtykker og har samtykkekompetanse. Dersom pasienten ikke samtykker i innleggelse eller behandling anses slik innleggelse og behandling som tvang (Psykisk helsevernloven, 1999).

7.2.2 Faktisk tvang

Begrepet ”faktisk tvang”, også omtalt som ”konkret tvang”, er den konkrete tvangen en anvender ovenfor pasienten. Det er flere måter tvang kan komme til uttrykk på; direkte eller indirekte, åpenlyst eller skjult. Her er det dog en kontinuerlig overgang, og ikke nødvendigvis enten eller. Det mest tydelige uttrykket for tvang vil ofte være bruk av fysisk makt, som ved bruk av tvangsmidler. Det omfatter også mindre tydelige former for konkret

tvang, som trusler og negativt press (NOU, 2011:9). Skjult eller uformell bruk av tvang kan både være vanskeligere å oppdage, og vanskelig å registrere (Høyser & Dalgard, 2002).

7.2.3 Opplevd tvang

Begrepet ”opplevd tvang” refererer til pasientens egen vurdering og opplevelse av nivå og grad av tvang de har vært underlagt. Opplevd tvang er uavhengig av hvorvidt pasienten har vært underlagt formell eller faktisk tvang, da det er pasientens egen opplevelse som er i fokus. Opplevd tvang er et dikotomisk fenomen, hvor pasienten enten føler de har vært utsatt for tvang eller ikke (Høyser & Dalgard, 2002), selv om en kan undersøke ulike grader av opplevd tvang. En undersøkelse utført av Høyser et.al. (2002) indikerte at pasienters negative holdninger mot innleggelse og tvangsbehandling viste seg å minke over tid. Tiden før en innleggelse var den som frembrakte mest dårlige følelser, sammenliknet med selve opplevelsen av å være tilbakeholdt på en psykiatrisk avdeling. Dette kan ha en sammenheng de avgjørelser og avveininger som må foretas før en innleggelse. Press, trusler og overtalelser fra personer rundt pasienten, samt legeundersøkelse, kan også virke inn.

7.2.4 Diskrepans mellom formell, faktisk og opplevd tvang

En kan se på ulike kombinasjoner av formell, faktisk og opplevd tvang, og diskrepansen mellom pasientene og personalets oppfatning av tvang. En undersøkelse av opplevd tvang, av Iversen et al. (2002) sammenliknet formelt frivillig og formelt tvungne innlagte pasienter. Sistnevnte gruppe rapporterte signifikant høyere nivåer av opplevd tvang under oppholdet. Studien viste at formell innleggesparagraf, var en dårlig prediktor for opplevd tvang. I undersøkelsen fant de at hele 40 % av pasienter innlagt på tvang formelt, selv opplevde at oppholdet var frivillig. Da de så på frivillig innlagte pasienter, fant de at 10% av dem som formelt var på frivillig vedtak, opplevde at de i realiteten hadde bli lagt inn under tvang. Foruten diskrepansen mellom pasientenes formelle status og opplevd tvang, finner en også en diskrepans mellom faktisk tvang og opplevd tvang. For eksempel mottar noen pasienter tvangsbehandling, til tross for at de selv uttrykker at de ønsker denne behandlingen (NOU, 2011:9; Høyser og Dalgard, 2002).

Uavhengig av pasientens formelle innleggelsesstatus, fant de to faktorer ved norske akuttavdelinger som signifikant kunne predikere opplevd tvang. Begge disse gjaldt forhold ved innleggelsesprosessen. Den første faktoren omhandlet pasientens opplevelse av å bli utsatt for negativt press, gjennom eksempelvis trusler og makt. Det er derfor nærliggende å tro at tvangsbegrepets innhold inkluderer mer enn de forholdene formell og faktisk tvang dekker (Iversen, et al, 2002).

Grenseovergangene mellom råd, press, overtalelse og trusler er derimot ikke alltid like lett å gjenkjenne (Høyen og Dalgard, 2002). Den andre faktoren var pasientens opplevelse av ikke å bli inkludert i innleggelsesprosessen, som dermed førte til opplevd tvang. Disse pasientene opplevde å ikke bli hørt, og at de dermed ikke følte de hadde kontroll eller mulighet til å påvirke avgjørelsen. Studien til Wallsten et al. (2006) viste også hvordan det å bli hørt var en av prediktorene for positive subjektive vurderinger av behandlingsresultatet. Slike funn er interessante med tanke på at den manglende innflytelse pasientene opplever å ha, muligens kan endres ved å inkludere dem i større grad, og dermed skape mindre opplevd tvang. Dette kan videre ses i sammenheng med undersøkelsen til Høyen et al. (2002) som indikerte at opplevd tvang var sterkest før selve innleggelsen ble gjennomført.

7.2.5 Kommunikasjonens betydning for opplevelse av tvang

Opplevelsen av tvang er ofte forskjellig mellom pasienten som utsettes for tvangen, og helsepersonellet som utfører tvangen (Norvoll & Husum, 2011). Opplevd tvang, kunne derfor også vært interessant å se på ut i fra tvangsutøverens sin opplevelse. En sammenlikning av de to kan kanskje bidra til å forstå hva som gir ulike forståelser av tvang mellom helsepersonell og pasienter. Denne forståelsen kan igjen tenkes å være med på å bidra til at gapet i forståelsen av tvang blir mindre. Norvoll og Husum (2011) har identifisert flere mulige elementer som kan være årsaken til forståelseskjøften som ligger mellom pasienter og ansatte. Blant dem er kommunikasjon, som har vist seg å påvirke pasienters opplevelse av tvang.

Pasienters opplevelse av tvang som har blitt utført blir påvirket av kommunikasjonsformen de har til de ansatte, både på godt og vondt. Der de opplever dårlig kommunikasjon, enten ved at de opplever ikke å bli hørt eller forstått forsterker opplevelsen av tvang. Kommunikasjon preget av lite eller manglende respekt, som kan komme til uttrykk i eksempelvis håndliggjøring eller ydmykelser har også vist seg å ha en forsterkende effekt på

tvangsopplevelsen til pasienten. En god relasjon til de ansatte og en åpen kommunikasjon preget av tillit og åpenhet kan dermed tenkes å redusere pasientens opplevelse av tvang, og motvirke følelsen av å bli krenket. Å oppleve krenkelser trenger ikke å være relatert til hvorvidt en blir utsatt for tvang, men kan komme av hvordan en blir møtt og behandlet av personalet generelt. På samme måte kan en bli utsatt for tvang, uten å oppleve å ha bli krenket (Norvoll & Husum, 2011).

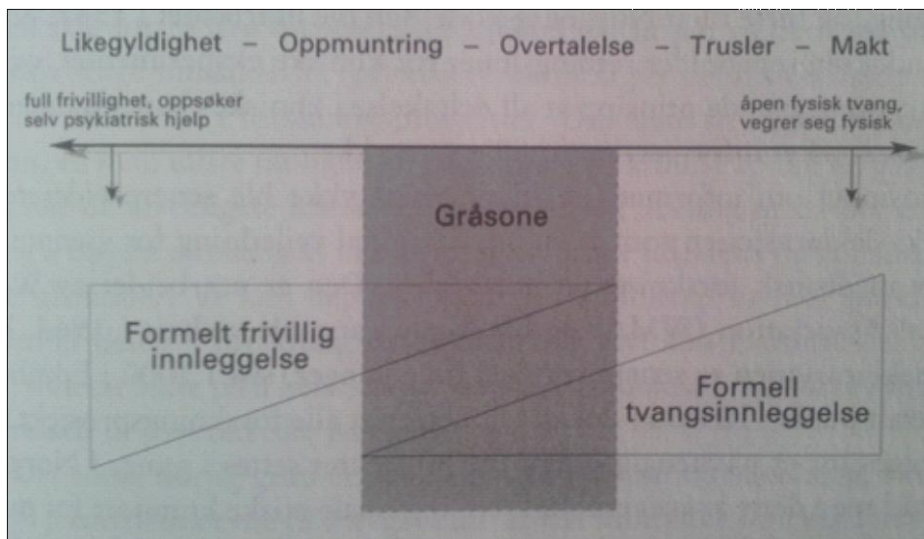
Slike funn kan indikere at tvangsepisoder eller intervensjoner i seg selv ikke fører til opplevelser av tvang. Det later til å være viktigere hvordan tvangen utøves og håndteres. Som resultatet om forskjeller i formell og opplevd tvang også viser til. Tidligere i oppgaven har det allerede blitt forklart hvordan pasienters formelle status og deres egen opplevelse av tvang korrelerer dårlig, hvor deres formelle status er en dårlig prediktor for opplevd tvang. Av den grunn er det viktig å måle begge tvangsbegrepene for å vurdere hvorvidt tvang har effekt på behandlingsresultatet.

7.2.6 Vide og snevre begrep

Høyser og Dalgard (2002) skiller mellom et vidt og et snevert tvangsbegrep, selv om det også her er snakk om flere dimensjoner og overganger. Hovedforskjellen som blir nevnt ved de to tvangsbegrepene her er pasientens uttrykte ønske om hva de vil, og eventuelt ikke vil. En vid begrepsforståelse vil betegne tvang som slik innleggelse og behandling pasienten selv ikke har bedt om. En snever definisjon av tvang vil innebære at innleggelse og behandling vil forstås som tvungen dersom pasienten aktivt motsetter seg dette. Førstnevnte blir av Høyser og Dalgard (2002) definert som den mest brukte i psykiatrien. En mellomting mellom de to definisjonene kan en se i psykisk helsevernlov, som tidligere forklart, der § 2-2 spesifiserer at en pasient kan undergis reglene om tvungent psykisk helsevern i inntil tre uker ved eget samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999).

Med innleggelse som eksempel kan en formelt være innlagt frivillig, til tross for at en slik innleggelse kan være resultatet av ytre press fra enten pårørende, helsepersonell eller andre. Dette kan føre til at pasienten føler de ikke har noe valg, frykter at konsekvensene av å nekte vil være større enn konsekvensene av en innleggelse, eller at de blir tvangsinnlagt om de ikke samtykker. (Høyser et al, 2002). Dette eksemplifiserer igjen gråsonen som eksisterer

mellom frivillig og tvungen innleggelse. En kan se en fremstillingen av overgangen mellom frivillig og tvungne innleggelser i figur 1, under.



Figur 1: Forholdet mellom tvang og frivillighet ved innleggelse (Høyser & Dalgard, 2002).

7.3 Holdninger til tvang

Ifølge NOU (2011:9) er et forhold pasienter underlagt tvang klager på dårlige holdninger blant helsepersonell. En ser både i forhold til skjult tvangsbruk og geografiske forskjeller hvordan holdninger er nevnt som en av flere mulige årsaksforklaringer. Av den grunn, og fordi holdninger antas å spille inn i faktisk bruk av tvang, anses holdninger som et viktig moment å ha med i oppgaven. Raaheim (2004, s.470) definerer en holdning som ”en underliggende tendens i retning av å tenke, føle og handle på bestemte måter i ulike situasjoner”. Denne tredelingen av begrepet gjør at vi kan se på holdninger som både en kognitiv, affektiv og atferdsmessig fenomen. Den kunnskapen vi innehar, eller eventuell mangel på kunnskap vi innehar om et spesifikt emne kan komme til uttrykk gjennom vår holdning (Raaheim, 2004). For å si mer om holdninger mot tvang vil to undersøkelser bli sett på her. En av Husum, Bjørngaard, Finset og Ruud (2011), og en av Norvoll et al. (2008), med hovedvekt på førstnevnte.

7.3.1 Helsepersonells holdninger til tvang

Som del av et større prosjekt (BAT-prosjektet) undersøkte Norvoll et al. (2008) hvilke holdninger ansatte i akuttpsykiatriske avdelinger hadde til tvang. Studiet av Husum et al. (2011) undersøkte det samme, men hadde holdninger til tvang som hovedfokus. Begge brukte "The Staff Attitude to Coercion Scale" (SACS) for å identifisere hvilke holdninger helsepersonell hadde. Dette er et spørreskjema som inneholder 15 utsagn om tvang, hvor respondenten blir bedt om å svare hvor uenig eller enig de er fra sterkt enig til sterkt uenig på en fem punkts Likert-skala (Husum et al, 2011).

Studien til Husum et al. (2011) undersøkte hvilke holdninger mot tvang ansatte ved psykiatriske avdelinger hadde. I denne undersøkelsen inkluderte de årsaker, tanker og tro om tvang, sammen med holdninger under ett. De klarte å lokalisere flere forhold som kunne påvirke personalets holdninger. Kulturelle og individuelle faktorer hos personalet, faktorer ved avdelingen de jobbet på, og faktorer ved pasientene, var alle faktorer som kunne påvirke holdningene til helsepersonell. De fant at en stor andel av variansen i holdninger mot tvang var relatert til faktorer ved avdelingen de jobbet på. De mener en av forklaringene til dette er at mennesker som jobber sammen utviser en tendens til å adoptere de samme holdningene og meningene (Husum et al, 2011, s.899).

I studien fant de hovedsakelig tre hovedgrupper av holdninger til tvang. Den første var en kritisk holdning. En slik holdning innebar at de så på tvang som fornærmende ovenfor pasienten, med mulige skadevirkninger både for pasienten og forholdet mellom pasient og personal. Den andre holdningen var av en mer pragmatisk karakter. De som hadde en slik holdning, anså tvang som nødvendig for sikkerhet og omsorg. Den siste holdningen de oppdaget og definerte var den mest positivt ladede holdningen mot tvang. Tvang ble da ansett som en behandlingsintervensjon, nødvendig for pasienter som eksempelvis manglet sykdomsinnsikt (Husum et al, 2011).

Resultatene fra studien viste at de fleste ansatte hadde en pragmatisk holdning mot tvang, og vektla sikkerheten til både pasientene og de ansatte, så vel som omsorgsaspektet. I likhet med dette fant Norvoll et al. (2008), at den pragmatiske begrunnelsen for å anvende tvang var viktig for personalet, og var den holdningen flest kjente seg igjen i. Flere av helsepersonellet mente det kunne skape utrygghet og redusere sikkerheten, om en reduserte tvangsbruk. Likevel befant helsepersonellet seg på et kontinuum fra motstandere av tvangsreduksjon til de mer positivt innstilte mot en reduksjon i tvangsbruk (Norvoll et al,

2008, s.6) Tvang som behandling var den holdningen færrest kunne kjenne seg igjen i. En stor andel av de ansatte anså heller ikke tvang som fornærmende overfor pasientene. Dette kom frem i begge undersøkelsene (Husum et al, 2011; Norvoll, 2008). Det kan tenkes at deres syn på tvang som nødvendig for sikkerhet og omsorg, overskygget eventuelle negative effekter tvang kunne ha, og at de slik rettferdiggjorde tvangsbruken med hovedhensikten om å gi omsorg. Sikkerhetsaspektet er derav en viktig årsak – og begrunnelse for å bruke tvang (Norvoll et al, 2008).

Pasientene i undersøkelsen til Norvoll et al (2008, s.39), befant seg, som helsepersonellet på et kontinuum. Fra de som hadde en mer positiv holdning til tvangsbruk til de hadde en mer negativ holdning hvor de anså tvangsbruk som galt, med mindre det ble brukt i situasjoner som skapte direkte fare. I likhet med helsepersonellets vurderinger, var pasientene mest enig i å anvende tvang ut i fra fareperspektivet, i tråd med en pragmatisk holdning. Færrest var enige om å bruke tvang ut ifra et behandlingsperspektiv, som representert ved en positiv holdning til tvang.

I rapporten ” Bedre kvalitet-økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester” blir både bedre holdninger og økt kompetanse nevnt som to elementer som kan bedre behandlingsresultat og redusere tvangsbruk under psykisk helsevern (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012, s.2). I den samme rapporten indikeres holdninger som en potensiell forklaring til geografiske forskjeller i tvang. Med tanke på det som tidligere er nevnt om at våre kunnskaper kan komme til uttrykk gjennom våre holdninger, og det undersøkelsen av Husum et al. (2011) sier om ulike holdninger til tvang, hadde det vært interessant å undersøke en eventuell sammenheng mellom tvangsutøvelse og holdninger.

7.4 Thomas Szasz – myten om mentale lidelser

Psykiateren Thomas Szasz, har etter egne beskrivelser, brukt store deler av sin karriere på å kritisere psykiatrien (1991), gjennom sitt klassisk liberale syn. Denne kritikken retter han mot termen mentale lidelser og behandlingen av psykiatriske pasienter på det grunnlaget. Etter hans syn er ikke tvangsbruk i psykiatrien en medisinsk sak, men et moralsk og politisk tema (Szasz, 2008). Å underlegge noen tvang er en maktutøvelse, og tvangsanvendelse er dermed uavhengig av medisinske begrunnelser, og blir igjen en politisk og moralsk handling.

Da han mener det ikke er et medisinsk anliggende, reagerer han sterkt på at løsningen på problemet skal være en sak for medisinerne.

I forhold til begrep om sykdommer og diagnoser er det hovedsakelig to problemer han peker på. Det første er hvordan begrepet sykdom for å forklare mentale lidelser ikke bare er feil, men skaper en mystifisering av hva begrepet innbefatter. Lidelser som kommer til uttrykk i hva som etter normalen er underlig og bisarr atferd og tankegang mener mange skyldes nevrologiske defekter. Med en mystifisering menes at begrepet mentale lidelser er misledende og unødvendig å bruke, dersom en antar at slike lidelser er uttrykk for sykdommer på hjernen. En bør da heller kalle det sykdommer på hjernen. Tankegangen er da, at dersom en pålegger årsaken til mentale lidelser å skyldes nevrologiske defekter, er en inne på at dette igjen er fysisk sykdom, og ikke en sykdom på sinnet (Szasz, 1960).

Szasz benekter ikke at problematisk eller bisarr atferd og forstyrret tankegang eksisterer og kan by på problemer. Det han benekter er at dette er mentale lidelser. Han mener livsproblemer er en mer passende måte å omtale det som betegnes som mentale lidelser. Her finner en problemer som oppstår av det å eksistere, og å være et menneske. Livsproblemer eller problemer i livet kan komme av biologiske, økonomiske, politiske eller sosiale vansker, som er en daglig del av det å være menneske (Szasz, 1960).

Oppfatningen om mentale lidelser er knyttet til den sosiale konteksten den utspiller seg i, og videre i samfunnet en lever i. At dette er foranderlig, gjennom skifte i tid og kultur, kommer også frem hos Ericsson (1974). Hva diagnoser angår, minner Szasz (1960) om at en diagnose i seg selv ikke er en sykdom, men er et navn gitt til en sykdom. Atferd tidligere definert som synd, eksempelvis homofili, ble senere redefinert som en lidelse, før den senere ble fjernet som en diagnose i 1982 (Brøntveit & Duesund, 2002). Å sette en diagnose, åpner for behandling under tvang, og blir dermed rettfærdiggjort med medisinske begrunnelser om helsehjelp (Szasz, 1994; 2008). Videre vil et symptom på mental lidelse ikke vurderes som et symptom uten en sammenlikning av verdenssynet og tankegangen til den som utviser symptomet og den som bedømmer hvorvidt det er et symptom eller ei. Dersom en person presenterer seg som Gud, vil dette først bli definert som et symptom, dersom eksempelvis denne personens behandler ikke tror vedkommende er Gud (Szasz, 1960). Tidligere var det hekser som ble stemplet som årsak til galskap, nå er det mentale lidelser. Szasz hevder de to eksisterer på lik linje med hverandre, hvor den ene ikke er mer virkelig enn den andre. De eksisterer som teoretiske konsepter, og blir fakta når folk velger å tro på dem.

Når det kommer til tvungen behandling, mener Szasz (1994) det ikke burde være tillat, med mindre det blir gjort etter en person er blitt klassifisert som inhabil etter juridiske standarder. På lik linje med mennesker som settes under tvungen økonomisk styring, mener han psykiatere og psykologer bør vike for dommere eller andre med juridisk bakgrunn, når det kommer til å ta en slik avgjørelse om inhabilitet. Dette gjenspeiler hans mening om at psykiatri og tvang ikke er et medisinsk anliggende.

Det moralske aspektet i psykiatri og tvang Szasz (1960) omtaler, er hvordan etiske normer til tider kan brukes til å indikere symptomer på mentale lidelser. Som eksempel refererer han til hvordan kronisk fiendtlighet hos en person kan indikere tegn på mentale lidelser under et etisk perspektiv, der normen er vennlighet. Hva denne normen er i bedømmelsen av hvem som har en mental lidelse eller ei er ikke enkel å besvare, men inneholder både psykososiale, etiske og juridiske vurderinger.

7.5 Avsluttende kommentar

Gjennomgående i tvangsforskningen og litteraturgjennomgangen som ligger til grunn for denne oppgaven er problemer i forhold til definisjoner av begreper. En klar og enstemmig definisjon av tvang ser ut til å være et grunnleggende problem. En avklaring av hvor grensene går mellom tvang og frivillighet, råd og overtalelse, press og trusler, grensetting og tvang, faller inn under denne problemstillingen. Det kan late til å foreligge et generelt definisjonsproblem når en skal utforske fenomenet tvang.

8. DISKUSJON

Helse og Omsorgsdepartementet (2012, s.11) konkluderer med at det foreligger en tverrpolitisk enighet om å redusere tvangsbruken i Norge da det vurderes å være et for stort omfang av bruk av tvang. I 2006 var dette også konklusjonen til Helsedirektoratet som de omtaler i «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet». Til tross for denne beskrevne enigheten, foreligger det en omstridt diskusjon vedrørende hvilke prinsipper en skal legge til grunn for tvangsbruk.

Høyser og Dalgard (2002) tilskriver diskusjonen til hovedsakelig å omhandle når tvangen er hensiktsmessig og nødvendig, ikke om den er hensiktsmessig og nødvendig. Videre at det sjeldent settes spørsmålstegn ved om tvang kan forsvares når det gjelder psykisk lidende som i visse situasjoner må ilegges tvang under psykisk helsevern, for deres egen og andres velbefinnende.

Diskusjonen her vil i grove trekk følge inndelingen i juridiske, medisinske, etiske og psykologiske aspekter. Da disse områdene ikke alltid er helt avskilt, kan de tidvis overlappe og gå om hverandre.

8.1 Juridiske aspekter

Hovedsakelig rettferdiggjør en tvangsinnngrep med argumentet om at resultatene anses å bli bedre med bruk av tvang enn uten (Høyser et.al, 2002). Dette er også gjenspeilt i lov om psykisk helsevernlov §3-2 og §3-3, vedrørende punkt seks som spesifiserer at det skal avgjøres etter en helhetsvurdering og under bedringsvilkåret som omhandler redusert bedringsutsikt eller vesentlig forverring som regulert av § 3-3 (Psykisk helsevernloven, 1999). Mer om dette vil følge under 8.2 medisinske aspekter.

Norge har en særlovgivning for mennesker med psykiske lidelser. Det er flere og mer omfattende reguleringer for tvang ovenfor personer som lider av psykiske sykdommer, enn for somatiske sykdommer. Det er reist spørsmålstegn ved om Norge, gjennom denne særlovgivningen, er med på å diskriminere denne gruppen av mennesker som på grunn av alvorlige psykiske lidelser får sin funksjonsevne nedsatt.

Ved diskriminering blir enkelte mennesker basert på visse karakteristikk ved dem, behandlet annerledes eller mindre gunstig enn andre, fordi de blir ansett som annerledes.

Dette gjelder ofte mennesker som tilhører en mindretallsgruppe. Mennesker med psykiske lidelser er en mindretallsgruppe, og det er flertallet gjennom blant annet utvikling av diagnoseapparater, lovgivning, og vektlegging av etiske prinsipper som bestemmer hvordan gruppen skal tas hånd om (Lingås, 2008). I somatikken er det få tilfeller som åpner for tvangsbruk. Et unntak er tilfeller som angår allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det gjelder en særlig smittsom, hyppig opptredende sykdom eller slik sykdom som fører med seg høy dødelighet, eller kan forårsake alvorlige eller varige skader om smittet. Det kan referere til alt fra kjønnsykdommer til tuberkulose (Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, 1995).

Å sammenlikne somatikk og psykiatri er ikke uten problemer. Høyer og Dalgard (2002) påpeker en sentral forskjell når en skal forsøke å sammenlikne de to områdene. Det er at pasienter sjelden motsetter seg det som anses som nødvendig helsehjelp for sine somatiske sykdommer. Ved alvorlig psykiske lidelser påpekes det hvordan en slik lidelse kan innebære manglende sykdomsinnsikt. I motsetning til alvorlig somatisk sykdom kan en slik manglende innsikt i egen sykdom medføre at en nekter nødvendig helsehjelp. En videre sammenlikning på grunnlag av eksempelvis diagnose og grad av funksjonsnedsettelse vil være problematisk, da det er store forskjeller i symptomer som utviser seg ved somatisk og psykisk sykdom.

Denne diskusjonen om særlovgivning og diskriminering reflekterer viktige elementer bak rettferdighetsprinsippet, men er inkludert her da det omhandler lovgivning og rettssikkerhet. Hvorvidt forskjeller i lovreguleringen av somatisk og psykisk sykdommer med hensyn til tvangsutøvelse er diskriminerende for sistnevnte gruppe, er ikke blitt etablert (NOU, 2011:9).

8.2 Etiske aspekter

Det er flere måter å se og forstå innholdet i diskusjonen om tvang. En stor del av diskusjonen tillegges etiske prinsipper, og da spesielt autonomi. I kapitlet om etikk ble tre etiske perspektiver: konsekvensetikken, sinnelagsetikken og pliktetikken nevnt. Videre ble fire etiske prinsipper forklart: respekt for pasientens autonomi (selvbestemmelsesrett), velgjørighet, ikke-skade og rettferdighet (NOU, 2011:9). Det er tydelig at de fire prinsippene ikke alltid kan bli oppfylt samtidig. Det skaper en verdikonflikt, hvor det er vanskelig å gi et svar på hvilke prinsipper som skal veie tyngst, da det blant annet avhenger av hvilket etisk

prinsipp en selv mener er viktigst å ivareta (Lingås, 2008). Samtidig vil en trolig ta ulike beslutninger ut i fra ulike etiske perspektiver.

8.2.1 Etiske perspektiver

Norges lovgivning som regulerer tvang kan sies å følge en normativ etikk, der loven forteller helsepersonell hvordan og når det er riktig å utøve tvang. Hvilken beslutning en foretar i praksis, kan være påvirket av hvilket etisk perspektiv en har.

Dersom en handler ut i fra plikt, som plikten til å hjelpe, gjør en i praksis en lovlig handling ut i fra pliktetikken. En plikt utføres da uavhengig av handlingens konsekvens, som vil stå i motsetning til hva konsekvensetikken mener er riktige handlinger. Der er det konsekvensen av en handling som vil bestemme hvorvidt handlingen er god eller ei, hvor hovedprinsippet er at handlingen er god, dersom konsekvensen av handlingen er god. Det har hverken med plikt eller intensjoner å gjøre (Dybvig & Dybvig, 2003; Johansen & Vetlesen, 2000). Intensjoner eller hensikten bak en handling er derimot det viktigste ut i fra sinnelagsetikken. Der vil en handling vurderes som god, og moralsk riktig, dersom hensikten bak en handling er god, og gjøres ut fra et godt sinnelag (Brøntveit & Duesund, 2002).

Hvorvidt en vektlegger selve handlingen, konsekvensene eller intensjonen, vil tenkes å være avgjørende for den beslutning en vedtaksansvarlig tar i forhold til å bruke tvang eller ikke i en gitt situasjon, til tross for at de tar beslutninger i tråd med lovverket. Det kan være nærliggende å tro at de vil være lettere å forsvare tvangsbruk dersom den utføres ut i fra en god hensikt, i tråd med ens plikt og konsekvensene av tvangen er gode.

8.2.2 Velgjørenhet og ikke skade

Prinsippene om velgjørenhet (helsepersonellens plikt til å hjelpe) og å ikke skade (unngå og – eller forebygge skader), ser ut til å være nært knyttet til effektene av helsehjelpen, hvor det vektlegges at de positive effektene skal veie opp for de negative. Det er en avveining som må tas for hver enkelt pasient i enhver ny situasjon. Denne avveiningen er derimot ikke enkel å foreta dersom det ikke foreligger klare kunnskaper om effektene. Enda vanskeligere vil det trolig være om pasienten er ny eller ukjent for den som skal vurdere vedkommende. Manglende kjennskap til pasientens tidligere erfaring og sykdomshistorie kan føre til at

helsepersonell må foreta en vurdering av vedkommende basert på generell kunnskap om en gruppe pasienter og tiltak. Intervensjoner kan på den måten miste viktige individuelle avveininger (NOU, 2011:9). Likevel kan en argumentere for at en må kompensere for manglende kunnskap om en pasient, med generell kunnskap, dersom en skal ta en slik avveining.

Et eksempel som kan trekkes frem er pasienter en vurderer til å være i selvmordsfare. Ved selvmordsfare vil mange argumentere for at et menneskets liv står høyere enn andre verdier og prinsipper, som autonomi. På den andre siden er det derimot argumentert for at en tvangsinnleggelse ved selvmordsfare kan medvirke til å forsterke negative følelser hos pasienten, svekke deres tillit til hjelpeapparatet, og som et resultat øke faren for selvmord senere (NOU, 2011:9). Det ser ikke ut til å foreligge noen konkret enighet om tvang vil forebygge selvmord i et langsiktig perspektiv (Høyser & Dalgard, 2002). For mange mennesker er ofte følelsen av å ville ta sitt eget liv forbigående, som kan være et resultat av flere hendelser og tilstander hos vedkommende. I all hovedsak er det vanskelig å argumentere mot tvang ved frykt for at noens liv er i fare (NOU, 2011:9).

Helsepersonell, pårørende og pasienter kan ha veldig ulike oppfattelse av effektene, på samme måte som de kan ha ulike oppfattelser av hjelpens nødvendighet. Som tidligere nevnt, er det vanskelig å forsvare tvangsbruk uten å ha klare indikasjoner på tvangens betydning på behandlingsresultatet. En vet ikke med sikkerhet om tvang bidrar til bedre resultater, men en vet tvang kan resultere i negative og positive opplevelser for pasienten, og ha ulike ettervirkninger.

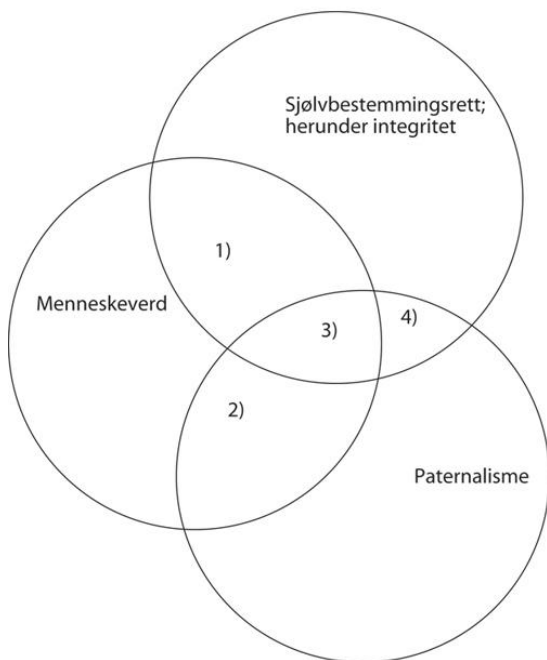
8.2.3 Autonomi

Et argument for å redusere tvangsbruken er respekten for enkeltmennesket autonomi. I NOU (2011:9) tilskrives hovedvekten av verdikonflikten vedrørende tvang til motsetningen mellom respekten for pasientens autonomi og prinsippet om velgjørenhet eller paternalisme. Selvbestemmelsesrett har blitt et stadig viktigere fokus i psykiatrien. Men dette prinsippet kan komme i konflikt med hjelpeapparatets plikt til å yte nødvendig helsehjelp. Det store fokuset autonomi har fått, og fortsetter å få har blitt møtt med kritiske argumenter. Respekt for autonomi er bare en av flere viktige prinsipper å ta hensyn til i diskusjonen om tvang. Det at autonomi skal være mest tungveiene er derfor ingen selvfølge. Et annet argument er hvordan

autonomi kan forstås som noe som utvikles i relasjon med andre, og ikke kan sees isolert, uavhengig av andre. Det er også blitt understreket av autonomi kan ivaretas av andre, og at bruk av tvang kan hjelpe en pasient til å gjenvinne deres autonomi (Høyer & Dalgard, 2002: Prinsen & van Delden, 2009). Det er vist at tap av autonomi ikke trenger å skape en følelse av å bli krenket. Enkelte pasienter opplever det som trygt, og opplever at det er godt å slippe å ta ansvar for seg selv. Det kan altså oppleves som godt å bli tatt kontroll over (Norvoll et al, 2008).

Det at autonomi likevel har fått så stor og avgjørende plass som det har kan antagelig skyldes lovverkets vektlegging av frivillighet og pasienters beretninger om krenkelser ved overstyring av denne retten til å bestemme selv (NOU, 2011:9).

Om autonomi blir det i NOU (2011:9) konkludert med at pasienters selvbestemmelsesrett bør styrkes i det psykiske helsevernet. Hva som vil være den beste balansen mellom autonomi og paternalisme er det knyttet mer usikkerhet til. I figuren under er det presentert en avveiningsmodell laget av Østenstad (2011). Her blir autonomi (selvbestemmelsesrett), paternalisme og menneskeverd veid opp mot hverandre. Østenstad mener begrunnelsen for å gripe inn i pasienters liv er størst der alle de tre begrepene overlapper (seksjon 3).



Figur 2, Avveiningsmodellen (Østenstad, 2011)

Wynn (2006, s.248) foreslår hvordan en ideell balansegang mellom paternalisme og autonomi kan tenkes å være. Kombinasjonen innebærer minst mulig tvangsbruk sammen med best mulig resultat. Gode resultater kan tenkes å inkludere både objektive og subjektive mål.

Dersom tvang defineres som fravær av gyldig samtykke, og tvang er å oppfatte som i strid med respekten for autonomi, er det nærliggende å tro at også frivillige pasienter kan ha deres autonomi truet. Dette er basert på hva som tidligere er sagt om manglende sammenheng mellom formell innleggelsesstatus og pasienters opplevelse av tvang. Det vil si at også formelt frivillig innlagte pasienter kan ha opplevd å bli innlagt under tvang, uten at det formelt er et vedtak på tvang. Denne pasientgruppen kan teoretisk sett i samme grad ha opplevd manglende selvbestemmelsesrett. Dette kan kanskje peke på viktigheten av en klar og forståelig definisjon av tvang.

8.2.4 Rettferdighetsprinsippet

Rettferdighetsprinsippet omfatter blant annet pasienters rettssikkerhet og ikke-diskriminering. Da dette i stor grad faller under et juridisk aspekt er det allerede diskutert der.

8.3 Et medisinsk perspektiv

Et viktig argument i diskusjonen om tvangens forsvarlighet og begrunnelse blir basert på hvilke positive og negative effekter og hvilke behandlingsresultater tvang kan ha. Dette er basert på flere viktige elementer. Et av dem er at tvang forsvares ved at en mener slik bruk vil gi bedre resultater enn om en unngår et tvangsinngrep (Høyer et al, 2002), som må ses i sammenheng med at tvang skal brukes dersom fordelene klart oppveier for ulempene. Det andre er de etiske prinsippene i helsetjenesten om velgjørenhet, og å ikke gjøre skade (NOU, 2011:9). Det er reist kritikk mot at det er manglende, eller for dårlig kjennskap til behandlingsresultater og effekter av tvang. Forskingen, om så i liten grad, har gitt varierende resultater. Varierende behandlingsresultater kan skyldes at ulike forskningsprosjekter har benyttet ulike mål på bedring, eller ulike definisjoner av tvang. Videre er det etisk vanskelig å forsvare randomiserte studier på frivillighet og tvang (Helsedirektoratet, 2009).

Forskningslitteraturen har i all hovedsak ikke påvist en signifikant forskjell i bedring mellom frivillig og tvungne innlagte pasienter (NOU, 2011:9).

Når en skal undersøke effekter av behandling og tvang, er tidsperspektivet relevant. Dersom negative effekter er kortvarige og mindre alvorlige kan en kanskje argumentere for at de positive er mer tungtveiende, dersom det likevel ble bedring. Dersom de negative effektene derimot er alvorlige og,- eller langvarige, er det vanskeligere å argumentere for tvangsbruk. Disse områdene krever mer forskning for å kunne gi kunnskapsbaserte svar på når en kan forsvare tvangsbruk ut i fra en overveielse av fordelene og ulempene ved tvang.

En årsak til behovet for mer forskningsbasert kunnskap om tvang er blant annet at grunnlaget for å anvende tvang er et medisinsk anliggende i hensikt å hjelpe og behandle pasienter, men uten kunnskap om en sammenheng er det vanskelig å anvende tvang overfor pasienter av medisinske årsaker. Det gjør det også vanskelig etisk, og juridisk å forsvare tvangsbruk. En kan per i dag ikke med sikkerhet konkludere med hvordan tvang virker inn på behandlingsresultatet, ut over at en ikke kan si at det hverken svekker eller fremmer effekten av behandlingen. Det en vet, er at det kan ha både positive og negative effekter (NOU, 2011:9).

Når en skal vurdere effektene og behandlingsresultatene anses det som viktig å etablere hvem det er som skal vurdere disse. Er det viktigste at pasienten selv opplever bedring, og at fokuset bør være på subjektive målinger? Eller er det viktigst å fokusere på objektive målinger som viser forbedring på funksjonsnivå og symptomlettelse? Det mest ideelle kan tenkes å være at både subjektive og objektive mål viser bedring.

8.4 Et psykologisk perspektiv

Det psykologiske perspektivet kan bidra til å se på hvordan en definerer, og forstår tvangsbegrepet, og hvilke elementer som påvirker ulike syn eller holdninger til tvang, og hva som bidrar til opplevelsen av tvang.

8.4.1 Begreper

Begrepet ”tvang” er ikke et entydig begrep (Høyér & Dalgard, 2002). I oppgaven er det vist til tre ulike måter å se begrepet på; formell, faktisk og opplevd tvang. Når en skal diskutere tvang, kan disse ulike måtene å forstå tvangsbegrepet på trolig gå om hverandre og dermed skape forvirring om hva det faktisk er en diskuterer. Dessuten er det en manglende avklaring av begrepene. Formell tvang kan inkludere tvungen psykisk helsevern, tvungen observasjon, behandling uten eget samtykke og tvangsmiddelbruk. Faktisk tvang kan omhandle åpenlys bruk av tvang, og mer skjulte former for tvang. Opplevd tvang er rent subjektivt, og vil variere fra individ til individ, og kan oppleves uavhengig av både formell og faktisk tvang. Hvordan en pasient opplever å ha vært underlagt tvang varierer. Noen opplever det som nødvendig og positivt, mens andre opplever negative fysiske og psykiske ettervirkninger (NOU, 2011:9).

Grenseovergangen mellom frivillighet og tvang i det psykiske helsevesenet oppleves som flytende, ikke bare juridisk, men begrepsmessig. Som ved tvangsbegrepet, er ikke denne grensen entydig, men går langs et kontinuum fra klart frivillig til klart tvungen. Det avhenger også av hvorvidt en benytter seg av en snever eller vid definisjon. Hvor grensen går er vanskelig både når det gjelder innleggelses og tvang under innleggelsen. For eksempel er det ikke alltid lett å se hvor overgangen fra trusler, overtalelse, og negativt press, til rådgivning og veiledning (Aasen, 2009). Helse og Omsorgsdepartementet (2012) hevder at en i praksis kan kalle de færreste innleggelsene til psykisk helsevern enten klart frivillig eller ufrivillig.

Helse og Omsorgsdepartementet (2012) fremhever at et viktig ankerpunkt i regjeringens ønske om å redusere tvang er pasienter og pårørendes fortellinger om krenkelser de mener seg utsatt for i møte med det psykiske helsevern. Samtidig etterlyser de flere individuelle beretninger for å sikre en god oversikt over klager, utover det kontrollkommisjonen og fylkesmannen har kontroll med. Dette kan kanskje eksemplifisere hvor viktig det er å høre historiene til enkeltindivider og enkelthendelser. Det som her omtales som opplevd tvang bør derfor tillegges stor vekt. Ved opplevd tvang er det satt spørsmålsteget ved om en kan måle slike subjektive opplevelser på en objektiv og reliabel måte (Høyér et al, 2002). Helsedirektoratet (2009) etterlyser utvikling og validering av slike måleverktøy. Likevel kan en argumentere for at et menneskets opplevelse, er deres opplevelse uavhengig av hvordan en måler det.

8.4.2 Holdninger

Som ved hvilket etisk perspektiv en har, vil ens holdninger kunne påvirke hvordan en tenker, føler og handler. Personalets holdninger til tvang, og hvordan de vurderer tvang vil ha noe å si for om tvang anses som behandling, omsorg og sikkerhet eller som støtende mot pasienten. Det igjen kan ha noe å si for prevalensen og gjennomføringen av tvangen (NOU, 2011:9). Hvilke holdning helsepersonell har mot tvang vil derfor med stor sannsynlighet kunne påvirke deres utøvelse av tvang. Forskjellige holdninger er en av flere mulige forklaringer fremsatt for å forklare geografiske forskjeller i tvangsbruk. I tillegg er det blitt etterlyst bedre holdninger (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012). Likevel er det ikke blitt videre utdypet hva en bedre eller riktig holdning vil si. Holdninger kan også være problematisk å måle. Samtidig trenger det ikke nødvendigvis være en definitiv sammenheng mellom ens holdning og hvordan en handler i praksis (Norvoll et al, 2008).

Husum et al (2011) lokaliserte tre grunnholdninger til tvang; en pragmatisk, en kritisk og en positiv holdning. Den pragmatiske holdningen innebar at tvang ble ansett som nødvendig for å sikre sikkerheten til pasienten og andre, og som en forutsetning for å gi omsorg. Det mer positive synet så på tvang som en behandlingsintervensjon. Den kritiske holdningen innebar at de så hvordan tvang kunne gi mulige skadevirkninger, ikke bare for pasienten, men personal og forholdet dem imellom.

Undersøkelsen til Husum viste at flest helsepersonell hadde en pragmatisk holdning, og at færrest hadde en positiv holdning. Dette kommer også frem av studien til Norvoll et al (2008). Den pragmatiske holdningen inkluderer et sikkerhetsperspektiv, som er knyttet opp mot farlighet. Farlighet er likevel et relativt begrep. Der blir det snakk om ulike oppfatninger og opplevelser. Det en pasient eller en ansatt opplever som en farlig eller truende situasjon, vil ikke si at dette er en delt oppfatning. Det vil variere hvordan et enkeltmenneske vil oppleve og tolke sinne, eller en aggressiv situasjon. Noen kan tenke ”i beste fall” går dette bra, mens andre kan tenke ”i verste fall” går dette ikke bra. Tenkemåten, holdninger og ulike oppfatninger av situasjoner kan medvirke til ulik bruk av tvang.

Pasienter har, som helsepersonell, ulike holdninger mot tvang. Det er ikke alle pasienter som har en negativ holdning mot tvang, men ser på det som nødvendig ved fare. Det er flere pasienter som i etterkant av tvang, opplevde at det var nødvendig eller godt. Spesielt det å bli tatt kontroll over, når en selv ikke har kontroll.

Kanskje vil en blanding av de tre holdningene være hensiktsmessig, da lovverket etter §3-3, reflekterer at tvang kun skal anvendes ut i fra behandlingsvilkåret (positiv holdning) eller farevilkåret (pragmatisk holdning), samt at fordelene klart skal overveie ulempene (kritisk holdning) (NOU, 2011:9; Psykisk helsevernlov, 1999). Videre reflekterer dette psykiatriens tosidige funksjon om behandling på den ene siden og sosial kontroll på den andre siden (Kringlen, 2007; Kolstad, 1998).

8.4.3 Kan en forsvarer å fjerne tvang fra psykisk helsevern?

Det er nærliggende å anta at det vil oppstå situasjoner hvor tvangsbruk vil være nødvendig. Spesielt der pasienten utgjør en alvorlig fare for seg selv og andre. Eksempler på dette kan være selvmordsforsøk og voldsutøvelse eller trusler om vold. Ulike forsøk på å redusere tvangsbruk, har ifølge Prinsen og van Delden (2009) ikke ført frem til en eliminering av all tvangsbruk. Det kan, uten å konkludere en sammenheng, peke på at det i visse situasjoner er nødvendig å ty til tvang. Flere brukerorganisasjoner, deriblandt We shall overcome (WSO) og LPP, mener det er mulig å fjerne all tvangsbruk. Dette baserer de på et ikke-krenkelses og menneskerettighetsperspektiv, hvor en må skifte fra å drive kvalitetssikring og humanisering av tvang, og vende fokuset over på berettigelsen av tvangsbruk (Ellingsdalen, Orefellen & Njaa, 2008).

Ifølge Sosial og helsedirektoratet (2006) vil det ikke være realistisk å oppheve all tvangsbruk fra psykiatrien, da det vil oppstå situasjoner som gjør tvangsbruk unngåelig og nødvendig. Det samme blir det konkludert med i NOU (2011:9), med unntak av bruk av isolering, da konsekvensene av manglende behandling kan bli store, spesielt for pasienter som mangler samtykkekompetanse. De mener adgangen til å benytte tvang bør innsnevres, deriblant tilgang til å tvangsmedisinere. En generell konklusjon er å styrke pasienters selvbestemmelsesretten. Forslaget om å oppheve isolasjon ses i sammenheng med at det ikke lenger ser ut til å være et nødvendig tvangsmiddel, hvor skjerming i stor grad har erstattet bruk av isolasjon. Skjerming tillater også mer beskyttelse enn isolasjon. Dette skyldes at skjerming, med mindre pasienten ikke ønsker det, foregår med personal tilstede.

9. AVSLUTNING

Bruk av tvang har en lang tradisjon i Norge, og kan spores helt tilbake til Middelalderen. Med få unntak ble ikke slik bruk lovregulert før «sinnssykeloven» kom i 1848. Siden den gang har loven blitt gjennomgått og revidert flere ganger, og inneholder i dag en stor andel reguleringer av tvangsbruk.

Det er flere måter å snakke om – og forstå tvang på. En kan diskutere det ut i fra et juridisk, medisinsk, etisk, eller psykologisk perspektiv. Det kan late til at det fortsatt vil ta lang tid før det vil foreligge en felles forståelse av tvang. Utgangspunktet for diskusjonen om tvang er i stor grad basert på hvilke etiske verdier en setter høyest, der motsetningen mellom autonomi og paternalisme har vært i særlig fokus. Ukjente effekter og behandlingsresultater relatert til tvangsbruk er også en stor del av diskusjonen. Dette da grunnlaget for å anvende tvang er basert på det medisinske aspektet. Her er det et problem at det er vanskelig å argumentere for bruk av tvang uten sikre konklusjoner om dens virkning og resultater. Formålet er å skape bedring, eller forhindre forverring, og samtidig beskytte pasienten og omgivelsene for potensiell skade og fare. Dette er videre basert på lovverket, der lov om etablering og gjennomføring av tvang regulerer tvangsbruk i Norge. Det er derfor også en juridisk diskusjon.

Uklare definisjoner av begrepet ”tvang”, og dens tvetydighet er fremhevet som et stort metodologisk problem. Likevel har det vært en utvikling fra kun å betrakte tvang som formell tvang, til i dag å også se på faktisk og opplevd tvang. En manglende avklaring av begrepet kan også skape forvirring og medvirke til at diskusjonen om tvang tidvis blir uoversiktlig og vanskelig å følge med på. Det kan være vanskelig å vite hva en snakker om; om det er formell, faktisk eller opplevd tvang. Det kan også være vanskelig å se hvor grensene går, da de oppleves som flytende. Det viser seg at en kan forstå tvang på mange måter, og gjennom ulike syn. En kan redegjøre for tvang gjennom ulike fagfelt og gjennom ulike perspektiv.

Tvangsforskningen fremstår generelt som et utfordrende forskningsområde. Det er identifisert flere problematiske områder knyttet til tvangsforskningen, utover hva som er nevnt om metodologi og definisjonen av tvangsbegrepet. En av dem er manglende innrapportering av tvangsdata, som er med på å vanskeliggjøre det å holde oversikt av – og utviklingen av tvangsbruk. Ettersom hovedmålet blant offentlige myndigheter later til å være en reduksjon av tvang, vil virker det viktig å føre statistikk for å se om det foreligger en

nedgang eller ei. For at forskningen skal bære med seg goder, virker det som en del metodologiske problemer først må bli løst.

Det er flere områder som fremstår som spennende å utforske videre. Blant annet hadde det videre vært interessant å se på tvang innen ulike områder, og sett på forskjeller og likheter som måtte foreligge. Med ulike områder tenkes eksempelvis tvangsbruk i kriminalomsorgen, barnevernstjenesten, eldreomsorgen, i omsorgen for mennesker med psykiske utviklingshemninger og skolevesenet.

Gjennom oppgaven er det blitt poengtert at det foreligger ulik bruk av tvang innad og på tvers av ulike helseforetak. Det er blitt pekt på at blant annet holdninger hos helsepersonell kan være årsak til disse forskjellene. Hvilke holdninger personalet har, har også blitt fremhevet som et element som påvirker pasienters opplevelse av tvang. En videre undersøkelse av helsepersonellens holdninger, og sammenhengen mellom utøvelse av tvang, og opplevd tvang hadde derfor vært interessant. I den sammenheng kunne det også vært interessant å se om det foreligger identifiserbare holdningsforskjeller ved de institusjonene som benytter mye tvang relativt til de som anvender lite tvang. Etersom de fleste ansatte i helsevesenet, men også pasienter, ser ut til å ha en pragmatisk holdning, som er relatert til sikkerhet og farlighet, kunne det videre vært interessant å se mer på hvordan farlighet oppleves og vurderes.

Det kan være mye å lære av enkeltteksempler som blir fortalt av mennesker som enten har jobbet med tvang, vært pasient underlagt tvang, eller vært pårørende til pasienter. Enhver forklaring og forståelse av en situasjon vil være unik for personen som forteller det. Her kan psykologien muligens bidra når en skal undersøke ulike forventninger og opplevelser. Det viser seg både ved om en har opplevd tvang eller ei, hvordan opplevelsen av tvang var, hvilke forhold som påvirker tvangsopplevelsen og holdninger til tvang. Det psykologiske perspektivet kan med andre ord bidra til å få frem ulike forståelser og opplevelser av tvang.

10. REFERANSER

- Aakvang, C.G. (2013). *Frihet. Et essay om å leve sitt eget liv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aasen, S.H. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 46 (12), 1175-1181. Hentet 20. Januar, 2014, fra:
http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=99220&a=2
- Bahus, K.M. (2013). Spesialisthelsetjenesteloven. I *Store norske leksikon*. Hentet 18. mai 2014 fra <http://snl.no/Spesialisthelsetjenesteloven>.
- Brøntveit, E. & Duesund, K. (2002). *Filosofi, livssyn og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, T.O., & Knudsen, F.O. (2014). Makt. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 08. Mai, 2014, fra <http://snl.no/makt>
- Dybvig, D.D. & Dybvig, M. (2003) *Det tenkende mennesket. Filosofi – og vitenskapshistorie med vitenskapsteori*.(2.utg). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Ellingsdalen, M., Orefellen, H. & Njaa, B. (2008). *Synspunkter fra WSO og LPP, menneskerettighetsutvalget*. Vedlegg 7 i ”Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (BAT). Oslo og Trondheim: SINTEF Helse. Hentet 01. Juni, 2014, fra:
https://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf
- Østenstad, H.B (2011). *Fråvar av avgjerdskompetanse som moglege vilkår for tvunge psykisk helsevern og tvangsbehandling m.m*. Vedlegg 3 i Norges Offentlige Utredninger (2011:9). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 26 Oktober, 2013 fra:
<http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>

Ericsson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.

Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer (1995). *Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Hentet 08. Mai, 2014, fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100>

Foucault, M. (1991). *Galskapens historie*. (2.utg) Oversatt av Frederik Engelstad og Erik Falkum. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsekompetanse (u.d.). *Utfordrende atferd og utagering – noen kjennetegn*. Hentet 08. Mai, 2014, fra: <http://helsekompetanse.no/utfordrende/16921>

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: Helsedirektoratet. Hentet 16. Mars, 2014, fra: http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf

Helsedirektoratet (2012). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16. Mars, 2014, fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2011/Documents/IS-2035.pdf>

Helsedirektoratet (2013). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16. Mars, 2014, fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2012-/Publikasjoner/Bruk%20av%20tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20i%202012.pdf>

- Helse og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012-2015*. Hentet 18. April, 2014, fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Hjemås, G. (2011). Geografiske forskjeller I tvangsinnleggelse. *Samfunnsspeilet*, 25 (2). Hentet 08, Mai, 2014, fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/179724/1/Kap13-Hjemaas.pdf>
- Husum, T.L., Bjørngaard, H.J., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (9), 893-901. Hentet 16.Mars,2014, fra: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-010-0259-2>
- Høyser, G. & Dalgard.O.S. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri*.Oslo: Norsk Gyldendal Forlag.
- Høyser, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjonsdottir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25 (2), 93-108. Hentet 10. Mars, 2014, fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016025270100108X>
- Iversen, K.I., Høyser, G., Sexton, H. & Grønli, O.K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56 (6), 433-439. Hentet 16. Mars, 2014, fra: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/08039480260389352>
- Johansen, E.K. & Vetlesen, J.A. (2000). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kolstad, A. (1998). Mental helse, sykdom og samfunn – De psykologiske (dys)funksjonenes sosiokulturelle grunnlag. A.J.W. Andersen (red) & Karlsson, B. (red), *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. (1. Utg, s.83-115). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm & Søn

Karterud, S., Pedersen, G., Løvdahl, H. & Friis, S. (1998). *S-GAF. Global funksjonsskåring – Splittet versjon*. Hentet 12. April, 2014, fra:
<http://www.dagbehandlingsnettverk.no/kvalsikr/skjemaer/Gafveil.pdf>

Lingås, G.L. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. (4.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP). (2010). *Hvor går grensen? Om tvang og menneskeverd I psykiatrien*. Oslo: LPP. Hentet 15. Mars, 2014, fra
<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/hvor-gaar-grensen-om-tvang-og-menneskeverd-i-psykiatrien>

Lobotomi. (2014). *I Store norske leksikon*. Hentet 16. mai, 2014, fra <http://snl.no/lobotomi>.

Leucht, S., Kane, J.M., Kissling, W, Hamann, J., Etschel, E. & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *The British Journal of Psychiatry*. 187 (4), 366-371. Hentet 09. April, 2014 fra:
<http://bjp.rcpsych.org/content/187/4/366.full.pdf>

Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K-G. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)*. Oslo og Trondheim: SINTEF Helse. Hentet 01. Juni, 2014, fra:
https://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf

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. AFI-notat 2011:9. Hentet 27. Februar, 2014, fra:
http://www.afi-wri.no/stream_file.asp?iEntityId=5708

Norges offentlige utredninger (1992:25) *Utredning om lobotomi*. Oslo: Akademika As. Hentet

13 Mars, 2014 fra:

<http://www.nb.no/nbsok/nb/d21e401d96643b87b3c3e96739d4a6cc#3>

Norges offentlige utredninger (2004:23). Barnehjem og spesialskoler under lupen. Nasjonal kartlegging av omsorgssvikt og overgrep i barnevernsinstitusjoner 1945–1980. Hentet 13.Mars, 2014 fra:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20042004/023/PDFS/NOU200420040023000DDDPDFS.pdf>

Norges Offentlige Utredning (2011:9). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet. Hentet 26 Oktober, 2013 fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven)*. Hentet 21. April, 2014, fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Prinsen, E.J.D. & van Delden, J.J.M (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73. Hentet 15.Mars, 2014, fra <http://jme.bmj.com/content/35/1/69.full.pdf+html>

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernlov)*. Hentet 21. April, 2014 fra:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>

Raaheim, K. (2004). Helsepsykologi. Nielsen, H.G. & Raahaim, K (red.). *En innføringsbok i psykologi for universitet og høyskoler*. (5.utg, s. 467-477). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Rådet for psykisk helse (2010). *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av*

- tvangsinnleggelser til psykisk helsevern*. Oslo: Rådet for psykisk helsevern. Hentet 05. Mai, 2014 fra:
http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/FFT_tiltaksforslag_rapport.pdf
- Sosial og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet. Hentet 05. Mai, 2014, fra:
http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf
- Szasz, T. S. (1991). *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. New York: Syracuse University Press.
- Szasz, T. S. (1960). The Myth of Mental Illness. *The American Psychologist*, 15 (2), 113-118. Hentet 26. Oktober, 2013, fra: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/15/2/113.pdf>
- Szasz, T. S. (1994). Mental Illness is Still a Myth. *Society*, 31 (4), 34-39. Hentet 30. Mai, 2014, fra
http://download.springer.com/static/pdf/337/art%253A10.1007%252FBF02693245.pdf?auth66=1401624766_f25873465f1c5ae6255ad22d41ee6452&ext=.pdf
- Szasz, T. S. (2008). *Psychiatry – The science of lies*. New York: Syracuse University Press.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, E.K. & Svendsen, O.T. (2013). Frihet. I Store norske leksikon. Hentet 30. mai 2014 fra <http://snl.no/frihet>.
- Villand, D., Bøe, D.T. & Sæther, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. Mesel, T. & Leer-Salvesen, P (red.), *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. (s. 15-27). Kristiansand: Portal Akademisk Forlag.

Wallsten, T., Kjellin, L. & Lindström, L. (2006). *Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 975-980. Hentet 15. April, 2014, fra http://download.springer.com/static/pdf/599/art%253A10.1007%252Fs00127-006-0131-6.pdf?auth66=1401912947_f311008aa5ddfe955aaf9eb27114e00e&ext=.pdf

Wynn, R. (2006) Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247-251. Hentet 15. April, 2014, fra: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13651500600650026>

Wyller, T. (2003). *Etikkens historie. En systematisk fremstilling*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Østenstad, H.B. (2011). *Fråvar av avgjerdskompetanse som moglege vilkår for tvunge psykisk helsevern og tvangsbehandling m.m.* Vedlegg 3 i Norges Offentlige Utredninger (2011:9). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 26 Oktober, 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDDPDFS.pdf>