

Anita Skundberg

Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?

What is proper use of coercion when meeting a patient suffering from anorexia?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Marianne Nilsen

Mai 2022

Anita Skundberg

Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?

What is proper use of coercion when meeting a patient suffering from anorexia?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Marianne Nilsen
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan sosialarbeidere kan sørge for forsvarlig bruk av tvang i møtet med anorektiske pasienter, sett i lys av yrkesetiske prinsipper. Jeg har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling; «*Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?*».

Oppgavens metodiske tilnærming er litteraturstudie. Jeg skal forsøke å belyse temaet gjennom å analysere og drøfte relevant litteratur. Litteraturen jeg har anvendt er hovedsakelig kvalitative studier som finner sted i vestlige kontekster.

Som sosialarbeider i møte med pasienter med anoreksi, vil det være nødvendig å balansere ulike yrkesetiske prinsipper, samt veie disse mot hverandre og juridiske elementer for å komme frem til den beste løsningen for pasienten. Å avgjøre hva som er til et beste for en pasient med anoreksi som motsetter seg behandling, krever profesjonell refleksjon rundt mulige konsekvenser og omfang av skade pasienten kan oppleve dersom profesjonell hjelp ikke blir gitt, og om dette vil rettferdiggjøre bruk av paternalisme.

Oppgaven vil ta for seg pasienters kapasitet til å gi informert samtykke, da anoreksi er en lidelse som kan bidra til at denne evnen svekkes. Videre vil oppgaven drøfte fordeler og ulemper ved tvunget behandling, samt ta for seg eksempler hvor det kan argumenteres for at forsvarlig bruk av tvang ikke er gitt.

Det konkluderes med at istedenfor generell aksept eller fordømmelse av en pasient med anoreksis rett til å nekte behandling, kan det være nyttig å ta for seg et mer nyansert og reflektert perspektiv i vurderingen fra hvert enkelt tilfelle.

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to investigate how social workers can ensure the proper use of coercion in the encounter with anorexic patients, considering professional ethical principles. As my starting point I have chosen the following issue: “*What is proper use of coercion when meeting a patient suffering from anorexia?*”.

I have used literature study as my main methodological approach. Through analyzing and discussing relevant literature I will try to shed light on the topic. The literature I have used is mainly qualitative studies which take place in Western contexts.

As a social worker dealing with patients with anorexia, it will be necessary to balance different professional ethical principles. In order to arrive at the best solution for the patient, these principles, together with other legal elements, must be weighed against each other. Determining what is in the best interests of a patient with anorexia who opposes treatment, requires professional reflection on the possible consequences and extent of harm the patient may experience if professional help is not provided. It is also necessary to examine whether this will justify the use of paternalism.

The thesis will address patients' capacity to give informed consent, as anorexia is a disorder that can contribute to this ability being impaired. Furthermore, the thesis will discuss the advantages and disadvantages of compulsory treatment, as well as address examples where it can be argued that proper use of coercion is not given.

The conclusion suggests that instead of general acceptance of all condemnation of a patient with anorexia right to refuse treatment, it may be useful to address a more nuanced and reflective perspective in the assessment of each individual case.

Innhold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon av problemstilling og bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Relevans for sosialt arbeid.....	6
1.3 Oppgavens videre disposisjon	6
2.0 Metode.....	9
2.1 Metodisk fremgang.....	9
2.2 Presisering og avgrensning.....	10
2.3 Førforståelse	11
2.4 Kildekritikk og litteraturens relevans	12
3.0 Teoretisk bakgrunn.....	15
3.1 Sosialt arbeid og yrkesetikk i møtet med anoreksi	15
3.2 Anoreksi som diagnose.....	16
3.3 Diagnose og dilemma	16
4.0 Drøfting	19
4.1.0 Anoreksi og samtykkekompetanse.....	19
4.1.1 Vurdering av samtykkekompetanse.....	20
4.1.2 Informert avslag.....	21
4.2.0 Plikt til omsorg og verne om liv	22
4.2.1 Vurdering av pasientens autonomi	24
4.2.2 Farer ved autonomiprinsippet.....	25
4.2.3 Sosial rettferdighet.....	26
4.3.0 Kan bruk av tvang alltid rettferdiggjøres?.....	26
4.3.1 Den anorektiske pasienten	27
4.3.2 Rett til å dø	28
4.3.3 Tvang og krenkelse.....	29
5.0 Avslutning	31

6.0 Referanser..... 33

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av problemstilling og bakgrunn for valg av tema

Temaet i oppgaven omhandler bruk av tvang ovenfor pasienter med anoreksi, og min problemstilling er «*Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?*». I oppgaven vil jeg undersøke nærmere når tvang kan være nødvendig, samt hvordan sosialarbeidere kan sørge for at tvangen anvendes forsvarlig overfor pasienter med anoreksi ved hjelp av yrkesetiske prinsipper i sosialt arbeid. Bakgrunnen for at jeg velger å skrive om anvendelse av tvang i møtet med pasienter med anoreksi, er at tidlig intervensjon i sykdomsforløpet kan redusere risikoen for at lidelsen blir kronisk eller dødelig (Norsk Helseinformatikk, 2020). Litteraturen viser at denne pasientgruppen gjerne motsetter seg behandling, og mangler innsikt i egen sykdom. For å iverksette tidlig intervensjon, kan det derfor være nødvendig å anvende tvang overfor disse pasientene. Under pandemien har det også vært en økning i antall unge mennesker som bli innlagt med alvorlig anoreksi, noe som gjør problematikken særlig dagsaktuell (Stokke, Karttinen, Halvorsen, Vinter, & Skogli, 2022, s. 5).

Tvang kan innebære iverksettelse av diverse tiltak uten pasientens samtykke. I denne oppgaven vil jeg primært skrive om tvang som tvunget psykisk helsevern. Ifølge lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 1-2 kan pleie, undersøkelse, omsorg og behandling anvendes av spesialisthelsetjenesten uten pasientens samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel fire (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-2). Tvunget psykisk helsevern kan etableres dersom faglig ansvarlig vurderer at de syv vilkårene som kommer frem i psykisk helsevernlov, 1999, § 3-3, er oppfylt. Med faglig ansvarlig menes klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning eller lege med relevant spesialistgodkjenning (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-4). I denne oppgaven vil jeg bruke yrkesetikk som overordnet rammeverk for å undersøke hva som er forsvarlig anvendelse av tvang overfor pasienter med anoreksi. Yrkesetikken innen sosialt arbeid bunner i FNs menneskerettighetskonvensjon, demokratiske og humanetiske verdier, samt generelle etiske normative verdier samfunnet har forpliktet seg til (Hutchinson & Weihe, 2021). Yrkesetikken vil være relevant for problemstillingen, da det kan fungere veiledende i forhold til hva som kan ansees å være forsvarlig bruk av tvang.

1.2 Relevans for sosialt arbeid

Sosialt arbeid som profesjon innebærer å forebygge sosiale problem. Et problem kan anses sosialt dersom ett fenomen strider med en betydelig andel menneskers verdier, og det foreligger grunnleggende enighet i at det må iverksettes tiltak for å endre fenomenet (Ellingsen & Levin, 2019, s. 49). Vi kan argumentere for at anoreksi er et sosialt problem, da det anses som en psykiatrisk diagnose, noe «sykt» som må behandles, og pasienter med diagnosen vil få frivillig eller tvangsbasert behandling. For å forebygge et sosialt problem, er det vesentlig med forståelse og kunnskap om hvordan problemet arter seg og dets årsaker. Sosiale problemer ventes primært å bli håndtert i den private sfære, men det er økende forventninger om at offentlig sektor og disipliner som sosialt arbeid, skal bidra med bistand i forebyggelsen og håndteringen av stadig flere sosiale problemer. For at et hjelpetiltak skal fungere på ønsket måte for å løse pasientens problem, må sosialarbeideren og pasienten forstå hverandre og dele en tilnærmet felles oppfatning av problemet, samt være enige i hvordan problemet kan løses. I møtet med en anorektisk pasient, vil ikke alltid slik enighet kunne etableres mellom sosialarbeider og pasient, og bruk av tvang må vurderes i slike tilfeller. Anoreksi kan argumenteres for å være et særlig utfordrende sosialt problem, og i noen tilfeller kan konsekvensene av å sette i gang et mislykket tiltak, eller å unnlate å sette i gang et tiltak overfor denne pasientgruppen, være fatale. Da pasientene gjerne motsetter seg behandling, kan det være nødvendig med innleggelse på ufrivillig grunnlag. Oppgaven vil utforske hvordan sosialarbeidere kan sørge for at anvendelse av tvang skjer på en mest mulig forsvarlig måte i lys av yrkesetikk.

1.3 Oppgavens videre disposisjon

Innledningsvis har jeg presentert tema og bakgrunn for hvorfor jeg har valgt å skrive om dette, for så å presisere hvordan sosialt arbeid vil være relevant for temaet.

I metoddelen vil jeg redegjøre for teori om metode, begrunnelse for valg av metode, samt vise til anvendt fremgangsmåte og utfordringer jeg møtte under litteratursøket. Deretter vil jeg ta for meg anoreksi som lidelse, hvorfor tvang kan bli nødvendig i behandling av lidelsen, for så å fortelle om hvordan sosialarbeideren kan sikre at bruk av tvang kan skje på en forsvarlig måte og hvordan det kan begrunnes i yrkesetiske prinsipper.

Jeg har valgt å skrive noe om oppgavens teoretiske bakgrunn for å gå nærmere inn på hvorfor anvendelse av tvang overfor pasienter med anoreksi kan anses problematisk med særlig vekt på sosialfaglige aspekter og diagnostiske kriterier og utfordringer knyttet til dette.

Drøftingen vil omhandle diverse perspektiver på anvendelse av tvang i møtet med pasienter med anoreksi, samt vurdering av pasientens kompetanse til å gi informert samtykke. Denne delen av oppgaven vil ta for seg medisinske, profesjonsetiske og juridiske spørsmål som oppstår i møtet med denne pasientgruppen.

I avsluttende del vil jeg oppsummere de viktigste elementene fra drøftingen. Jeg vil komme med en kort konklusjon for å forsøke å besvare problemstillingen «*Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?*» basert på oppgavens drøftingsdel.

2.0 Metode

2.1 Metodisk fremgang

Metode forteller noe om den anvendte fremgangsmåten ved innhenting av informasjon i en forskningsstudie (Dalland, 2018, s. 51). Metoden som anvendes i oppgaven er litteraturstudie, hvor jeg tar for meg eksisterende kunnskap i form av publiserte artikler. I oppgaven skal jeg forsøke å besvare problemstillingen gjennom å analysere og drøfte relevant litteratur. Det skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder innen litteraturstudier. Litteraturen jeg tar for meg i oppgaven er primært kvalitative studier, da jeg anser dette som mest relevant for å svare på problemstillingen. Kvalitativ metode anvendes ved studier hvor resultatene ikke kan tallfestes eller måles, og metoden kan gi en dypere undersøkelse med et sosialfaglig perspektiv på de erfaringer pasienter med, behandlere og pårørende av anoreksi besitter.

For å få økt innblikk i sosialt arbeids yrkesetikk, har jeg primært anvendt litteratur fra pensum. Ved innhenting av litteratur for temaene anoreksi og tvang, har jeg dog hovedsakelig gått utenfor pensumets litteratur. Dette ble gjort ved å foreta litteratursøk. Jeg foretok litteratursøk i søkemotoren Google Scholar, samt i databasene Idunn, Oria, og SCOPUS. Disse søkemotorene og databasene ble brukt fordi det er disse jeg har mest kjennskap til, og det ville være nødvendig å utføre søk i flere søkemotorer. Jeg har brukt følgende kombinasjoner av søkeord: «Anorexia», «forced treatment», «anorexia» and «forced treatment», «anorexia» and «hospitalisation», «anorexia» and «forced feeding», «anorexia» and «treatment refusal», «anorexia» and «involuntary treatment», «anoreksi», «tvangsbehandling», «anoreksi» og «behandlingsresistens», «anoreksi» og «innleggelse», «anoreksi» og «tvangsforing», «anoreksi» og «ufrivillig behandling», og «social work» or «professional» or «service provider» and «force» or «coercive measures» or «involuntary treatment» or «involuntary measures» and «eating disorder» or «anorexia» or «psychiatry» or «institution» or «hospital», «sosialt arbeid» eller «profesjonsutøver» eller «tjenesteyter» og «tvang» eller «tvangsbehandling» eller «tvangstiltak» eller «ufrivillig behandling» eller «ufrivillige tiltak» og «spiseforstyrrelse» eller «anoreksi» eller «psykiatri» eller «institusjon» eller «sykehus». Kombinasjoner av søkeord med «eller»/ «or» er foretatt for å inkludere lignende eller synonyme begreper for å utføre et bredere søk, mens kombinasjoner av søkeord med «og»/ «and» er gjort for å finne relevant litteratur som inneholder informasjon om min problemstilling. Jeg fant frem til nedfelte søkeord ved å finne ord og synonymer for tre ordkategorier; sosialarbeider, anoreksi og tvangsbehandling. Dette resulterte i brede søk med

svært mange treff og relativt lite relevante artikler. For å få færre treff valgte jeg å dele opp ordkategorier. Jeg foretok søk for kategoriene anoreksi og tvangsbehandling, med langt mindre bruk av synonymer. Dette resulterte i færre treff og mer relevante artikler for min oppgave. For å innhente relevant litteratur for kategorien sosialarbeider, valgte jeg å inkludere yrkesetikk i disse søkene.

Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall utvalgte artikler
22.02.2022	Scopus	*Anorexia *Hospitalisation *"Forced treatment" *"Forced feeding" *"Treatment refusal" *"Involuntray treatment"	*År 2000-2022 *Artikler	271	4	0
24.03.2022	Idunn	*Tvang *Tvangsbehandling *Tvangstiltak *"Ufrivillig behandling" *"Ufrivillige tiltak"	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	58	2	0
24.03.2022	Oria	*"Sosialt arbeid" *Profesjonsutøver *Tjenesteyter *Tvang *Tvangsbehandling *Tvangstiltak *"Ufrivillig behandling" *"Ufrivillige tiltak" *Spiseforstyrrelse *Anoreksi *Psykatri *Institusjon	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	81	2	0
24.03.2022	Oria	*"Social work" *Professional *"Service provider" *Force *"Coercive measures" *"Involuntary treatment" *"Involuntary measures"	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	1 076 606	7	0
27.03.2022	Oria	*Anorexia *"Forced treatment"	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	76	12	3
27.03.2022	Oria	*Anorexia *"Involuntary treatment"	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	331	9	3
27.03.2022	Oria	*"Involuntary treatment"	*År 2000-2022 *Artikler *Fagfelleverdert	193	7	4
29.03.2022	Google scholar	*Yrkesetikk *Sosialt arbeid	*År 2000-2022	4070	8	0
20.04.2022	Oria	*"professional ethics" *"social work"	*Artikler *Fagfelleverdert	4944	4	1

2.2 Presisering og avgrensning

Jeg valgte å avgrense søkene mine til fagfelleverderte artikler publisert fra år 2000-2022. Denne avgrensningen ble gjort da jeg ønsket relativt ny og oppdatert forskning innen feltet, og fordi artiklenes troverdighet styrkes da de er fagfelleverdert. Jeg foretok også inklusjons og

eksklusjonskriterier for å strukturere søkene. Jeg valgte å inkludere forskningsartikler på engelsk, da det eksisterer svært få relevante artikler på norsk, eller som fant sted i Norge. Dette kan tyde på at det er behov for mer forskning på feltet i en norsk kontekst.

Konseptualiseringen av "autonomi", som jeg vil ta for meg senere i oppgaven, vil variere avhengig av den kulturelle, sosiale, historiske og politiske konteksten. Derfor har jeg valgt å avgrense valgte artikler til land som har delvis lik kultur og politisk kontekst. Artiklenes forskning har funnet sted i Australia, New Zealand, Danmark og England. I vesten anvendes ICD for diagnostisering av anoreksi, som er anerkjent som det primære diagnostiske verktøyet for psykiske lidelser (World Health Organization, 2022). Da all litteraturen jeg anvender i denne oppgaven kommer fra vestlige land, kan man argumentere for at litteraturens funn har en viss overførbarhet til en norsk kontekst. Dette kan være av relevans, da enkelte diagnostiske kriterier, lover og prinsipper som anvendes i oppgaven er hentet fra norske kilder.

Jeg valgte å ekskludere artikler som tok for seg bruk av tvang i møte med pasienter med diagnoser som bulimi og overspisingslidelse. Selv om dette også er spiseforstyrrelser, artikkelens lidelsene seg såpass ulikt at jeg mener det ikke vil være mulig å generalisere bruk av tvang overfor pasienter med spiseforstyrrelser på et overordnet nivå. Jeg har også valgt å ekskludere artikler som omhandler bruk av tvang ved andre psykiske lidelser.

Ved å lese artiklenes overskrifter, fikk jeg en oversikt over hvilke artikler som ville være relevante for min problemstilling. Etter å ha valgt ut tilsynelatende relevante artikler, leste jeg artiklenes sammendrag for å få økt forståelse for deres relevans og innhold.

Utvelgelsesprosessen og litteratursøket resulterte i ti fagfelleverderte artikler som belyser ulike perspektiver og erfaringer med bruk av tvang overfor pasienter med anoreksi. Det er disse artiklene og forskningen det vises til som jeg vil legge til grunn i min drøfting av temaet.

2.3 Førforståelse

Førforståelse innebærer forutinntatte tanker og meninger om et gitt fenomen eller tema forskeren besitter før hun tilegner seg økt kunnskap om det aktuelle fenomenet eller temaet (Dalland, 2018, s. 58). Som forsker er det viktig å være bevisst sine førforståelser, da de vil prege forskningens utgangspunkt, samt hvordan valg foretas underveis. Et komplett verdinøytralt og objektivt forskningsmateriale, vil være urealistisk å framstille. Ved å redegjøre for og reflektere rundt egne førforståelser, vil forskningens kvalitet sikres i større

grad. Dermed vil en også være kapabel til å oppdage ny forståelse og forholde seg til denne på en adekvat måte (Dalland, 2018, s. 59). Mine førforståelser rundt anoreksi og bruk av tvang, preges i stor grad av utdanningen og kunnskapen jeg har opparbeidet meg gjennom studiet. Jeg har med meg et kritisk blikk på strukturer og systemer, og hvordan disse oppleves i møtet med samfunnets individer. Som fremtidig sosialarbeider vil det være av verdi for meg å ha et helhetssyn på mennesket, og vise respekt og omsorg overfor mennesker i vanskelige livssituasjoner. Førforståelsen min er også farget av egen erfaring med lidelsen, personlige møter med hjelpesystemet og fortellinger av andre menneskers erfaringer med temaet. Jeg har ikke erfart formell tvang i møte med hjelpesystemet. Likevel har jeg opplevd ulike grader av uformell tvang, i form av faste matplaner og diverse regler i forhold til trening og rensesatferd, samt trusler om bruk av formell tvang. Personlig følte jeg ikke at tvangen jeg ble utsatt for var krenkende. Jeg følte heller at tvangen anerkjente lidelsens alvorlighet, og at hjelpesystemet faktisk ønsket å hjelpe meg. Mine egne erfaringer kan gjøre meg i stand til å ha et kritisk blikk på anvendelse av tvang overfor pasienter med anoreksi, og vil kunne gi meg mulighet til å undre og stille spørsmål rundt flere ledd i en slik prosess. På en annen side kan min positive erfaring med uformell tvang påvirke oppgaven og mine søk. Dette er noe jeg har vært bevisst på gjennom oppgaven, og jeg har forsøkt å finne litteratur uavhengig av litteraturens resultat og konklusjon for å få et mer upartisk resultat.

2.4 Kildekritikk og litteraturens relevans

Utførelsen av en litteraturstudie har gjort meg bevisst enkelte utfordringer knyttet til metoden. Litteraturstudie gir ikke tilgang til rådata, og artiklenes forfattere har tolket og bearbeidet informasjonen de har fått gjennom sine studier, som innebærer muligheter for feiltolkninger eller tolkninger i lys av forskernes førforståelser, som vil påvirke artiklenes resultat og konklusjon. Dermed er det vesentlig å være kritisk til artiklenes generaliseringsgrunnlag og overførbarhet til oppgavens problemstilling. Å stille seg kritisk og refleksivt til hvordan artiklenes forfattere kan ha preget deres virkelighetsforståelse og konklusjoner vil være sentralt ved utførelse av kildekritikk. Ved utførelse av en litteraturstudie, må forskeren være seg bevisst egne førforståelser og tanker rundt temaet som skal undersøkes, da en kan velge artikler som er i samsvar med egne antakelser. Det er også viktig å være bevisst egne tanker om temaet, for å minimere personlig innvirkning på informasjonen som innhentes. Jeg har etterstrebet artikler som representerer ulike perspektiver og syn på bruk av tvang i møtet med

anorektiske pasienter, samt reflektert rundt egne opplevelser i forkant for å sikre litteraturstudiets kvalitet.

3.0 Teoretisk bakgrunn

3.1 Sosialt arbeid og yrkesetikk i møtet med anoreksi

FOs yrkesetiske grunnlagsdokument (2015) viser til blant annet menneskeverd, respekt for den enkeltes integritet, helhetssyn på mennesker, tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet, og solidaritet og rettferdighet som primære yrkesetiske prinsipper og verdier i sosialt arbeid (FO, 2015, ss. 4-5). Det kan tenkes at enkelte av disse prinsippene vil kunne kollidere eller være i tråd med tvangsinnleggelse av pasienter med anoreksi. Respekt for den enkeltes integritet innebærer å respektere pasienters ønske om kontroll over og medvirkning i beslutninger som omhandler deres liv. Det kan argumenteres for at tvangsinnleggelse strider mot denne verdien, da tvang innebærer å gjennomføre handlinger til tross for pasientens eget ønske. Likevel innebærer prinsippet om nestekjærlighet at sosialarbeideren har ansvar for å sikre at pasienters udekte interesser og behov blir møtt og ivaretatt, samt jobbe for økt livskvalitet hos utsatte pasienter. Dette gjelder også for pasienter som ikke er i stand til å ivareta egne behov, noe en pasient med alvorlig anoreksi ikke alltid vil være. Prinsippet om nestekjærlighet kan dermed sies å harmonisere med tvangsinnleggelse. Som sosialarbeider i møte med pasienter med anoreksi, vil det være nødvendig å balansere ulike yrkesetiske prinsipper, samt veie disse mot hverandre for å komme frem til den beste løsningen for pasienten. Profesjonell beslutningstaking i avgjørelser om tvangsinnleggelse er en moralsk aktivitet. Å avgjøre hva som er til det beste for en pasient med anoreksi som motsetter seg behandling, krever profesjonell refleksjon rundt mulige konsekvenser og omfang av skade pasienten kan oppleve dersom profesjonell hjelp ikke blir gitt, og om dette vil rettferdiggjøre bruk av paternalisme. Slike beslutninger tas i tverrfaglige team hvor faglig kunnskap og verdier opererer. Sosialarbeideren skal også inkludere og vurdere pasienters, deres pårørende, og andre omsorgspersoners synspunkter i bestemmelse om tvangsinnleggelse.

Yrkesetiske prinsipper må også kombineres med juss og lover. Tvangsinnleggelse ved juridisk forpliktelse er et kontroversielt tema, og det foreligger motstridende meninger rundt tolkning av lovene, da det ikke er satt spesifikke kriterier for når en pasient med anoreksi kan eller skal tvangsinnlegges. Pasienter med anoreksi kan anses som inkompetente til å gi gyldig samtykke, grunnet lidelsens gjennomgripende preg på oppfatninger, atferd, tanker og dømmekraft til å ivareta eget grunnleggende behov for næring. Det er svært viktig å vurdere om en pasient har kapasitet til å ta avgjørelser om behandling, og det er gjerne opp til loven å

avgjøre om en pasient med anoreksi som ikke ønsker behandling, er i stand til å ta denne avgjørelsen.

3.2 Anoreksi som diagnose

Anoreksi er karakterisert av at pasienten går ned til, samt opprettholder en unormal lav vekt i forhold til pasientens alder, høyde og utvikling (World Health Organization, 2022). Det kommer fram av ICD at diagnostiske kriterier innebærer signifikant lav kroppsvekt som ikke skyldes andre medisinske diagnoser, et mønster av restriktivt inntak av næring for å opprettholde den lave vekten, frykt for vektøkning, og pasienten oppleves å være svært opptatt av egen kropp og vekt. Anoreksi har gjennomgripende og alvorlige konsekvenser for helsen, og er den mest livstruende psykiatriske lidelsen. Selvmordsrisikoen hos pasienter med anoreksi er også 1,5 ganger høyere enn for pasienter med alvorlig depresjon (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 688). Det er pasienter av mer kronisk art som opplever de mest alvorlige fysiske konsekvensene av lidelsen. Anoreksi forekommer hos en lav prosentandel av kvinner, og enda lavere hos menn (Kendall & Hugman, 2014, s. 688). Det er likevel en alvorlig psykiatrisk lidelse som vanligvis manifesteres i ungdomsårene eller i ung voksen alder. Lidelsen er forbundet med hyppige tilbakefall samt kroniske forløp, et forløp anses kronisk dersom det har en varighet på ti år eller mer, som medfører høy risiko for dødelighet sammenlignet med andre psykiatriske lidelser (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 93).

3.3 Diagnose og dilemma

Behandlingsnekt, tidlig avslutning av behandling og tilbakefall er vanlig hos pasienter med anoreksi. Lav kroppsvekt ved innleggelse, komorbid psykiatrisk sykdom, tidligere behandlingsnekt, ekstrem kroppsforstyrrelse, lang varighet av sykdom, og rensende atferd ser ut til å kunne gi uheldige prognoser (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 93). Tidlig avsluttet behandling og sen sykdomsdebut er også assosiert med et dårlig langtidsutfall. Avslag på eller fravær av behandling kan ende med død. Det kan tenkes at dette rettfærdiggjør ufrivillig behandling og bruk av paternalisme, samt undergraver alternative perspektiver på sykdommen. Ulike perspektiver på anoreksi må balanseres i de etiske spenningsfeltene som sosialarbeidere møter i kliniske sammenhenger hvor ufrivillig behandling gis til pasienter med anoreksi. Ubehandlet anoreksi er assosiert med alvorlige fysiske og psykiske symptomer som

setter pasienten i økt risiko for varig skade eller død. Grunnet fraværende enighet angående når tvangsbehandling av pasienter med anoreksi skal anvendes, er det stor usikkerhet rundt når tvang bør benyttes.

Leger kan iverksette tvangstiltak til pasientens beste i tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å gi samtykke eller tilbakeholder sitt samtykke. Sykdomsfornektelse eller manglende innsikt i lidelsens alvorlighetsgrad, kan tolkes som et tegn på manglende sykdomsinnsikt som er nødvendig for å gi et gyldig samtykke. I Danmark praktiseres ufrivillig innleggelse av pasienter med anoreksi i tråd med Psykiatriloven, «Lov om frihetsberøvelse og annen bruk av tvang i psykiatrien.» (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 94). Denne loven sier at dersom en pasient i psykose eller tilsvarende tilstand nekter behandling, er det av loven rom for tvangsinnleggelse av pasienten. Formålet med innleggelsen må være behandling av pasienten, men det må også anses uforvarselig å unngå innleggelsen fordi at potensialet for bedring av pasientens tilstand ellers ville blitt betydelig verre, eller dersom pasienten er til fare for seg selv eller andre. Målet med en tvangsinnleggelse trenger ikke alltid være bedring av pasientens tilstand, men å redusere anoreksiens skadeomfang eller å bidra til økt livskvalitet for pasienter som lever med kronisk anoreksi.

Om tvangsinnleggelser kan bidra til å redusere dødeligheten av anoreksi, er fortsatt noe usikkert. Gjenoppretting av en mer normal vekt vil sannsynligvis være nødvendig, da flere studier viser at det vil gi en bedre prognose, men er ikke tilstrekkelig i behandling av lidelsen (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 94). En fordel med tvangsinnleggelse er umiddelbar oppbevaring av pasienten i et behandlingsprogram som gir mulighet til å etablere enighet om behandling mellom sosialarbeider og pasient. Det kan også se ut til at tvangsinnleggelse muliggjør stabilisering og normalisering av vekt (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 94). Holm, Brixen, Andries og Støving (2011) skriver videre at en observasjonsstudie av korttidsutfallet hos 397 pasienter som var innlagt på døgnpost over syv år, viste at frivillige og ufrivillige pasienter hadde samme gevinst på stabilisering av vekt. Pasientene som var innlagte var like på aspekter som kjønn, diagnose, sivilstatus og alder, uavhengig om innleggelsen var på frivillig eller tvangsmessig grunnlag. Derimot kunne det se ut til at de ufrivillige pasientene hadde lengre sykdomshistorie, samt betydelig flere tidligere innleggelser på døgnpost, noe som kan indikere at disse pasientene er mer motstandsdyktige mot behandling. Som sosialarbeider i møte med disse pasientene er det derfor vesentlig å vurdere profesjonsetiske prinsipper som «respekt for autonomi» og «rett til behandling» til det beste for pasienten i hvert enkelt tilfelle. Sosialarbeidere som arbeider med pasienter med

anoreksi kommer ofte i kontakt med alvorlige og akutte tilfeller av lidelsen. Hos denne pasientgruppen foreligger det ofte stor sannsynlighet for at pasientene ikke ønsker behandling for lidelsen, eller ønsker å avslutte behandlingen. I denne sammenhengen vil det være utfordrende å fremme yrkesetiske verdier som empowerment og selvbestemmelse, samt balansere pasientens juridiske status med hensyn til pasientens rett til medvirkning og autonomi, med retten til pleie, behandling og omsorg. Dersom en pasient har svært alvorlige fysiske manifestasjoner av lidelsen og nekter behandling, vil vurderingen videre kompliseres, og anvendelsen av tvang må anses som absolutt nødvendig etter en faglig vurdering av disse aspektene (Kjønstad, Syse, & Kjelland, 2020, s. 494). Videre vil oppgavens drøfting ta for seg spørsmål rundt balansering av de yrkesetiske prinsippene og juridiske elementer ved bruk av tvang overfor pasienter med anoreksi, for å besvare oppgavens overordnede spørsmål om hva som er forsvarlig tvang overfor denne pasientgruppen.

4.0 Drøfting

Tvang er en tøff form for paternalisme som oppstår når yrkesutøvere anser det nødvendig å sette pasientens autonomi til side (Leer-Salvesen, 2021, s. 98). Begrepet tvang innebærer både formell tvang som er lovregulert, og uformell tvang, som betingelser, trusler og press (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 9). Norvoll og Pedersen (2017) skriver videre at tvangsbehandling er tvang av formell art, hvor behandling på tvunget grunnlag anses å være i overensstemmelse med forsvarlig profesjonell praksis og faglig metode, samt å være klart til det beste for pasienten. Slik bruk av tvang medfører at pasienten blir underlagt tvunget psykisk helsevern, enten med eller uten døgnopphold på psykiatrisk sykehus. Profesjonell begrunnelse for utøvelse av tvang må ta for seg hvordan pasienten kan oppleve og reagere på tvangen, og tvangen må anses å være til det beste for pasienten til tross for eventuelle negative reaksjoner. Det er bred enighet blant helsepersonell i at flertallet med alvorlig anoreksi har lav sannsynlighet for vektrestitusjon ved hjelp av kun poliklinisk behandling (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 98). Holm, Brixen, Andries og Støving (2011) skriver videre at tvangstiltak overfor pasienter med anoreksi ofte innebærer innleggelse hos spesialiserte døgnenheter for spiseforstyrrelser. Dette kan tyde på enighet i at innleggelse er nødvendig for å unngå død og bidra til tilfriskning hos denne pasientgruppen. Et etisk problem sosialarbeidere kan oppleve i møte med pasienter med anoreksi, er hvordan de skal vurdere bruk av tvang dersom pasienter motsetter seg innleggelse og behandling. Et sentralt problem i vurderingen av tvunget behandlings effekt, er at vi ikke vet hva som ville skjedd med pasientene dersom de ikke hadde gjennomgått slik behandling. Derfor må det utføres en vurdering av tvangsbehandlingens potensielle bedringseffekt, noe som vil være en svært utfordrende og usikker vurdering som jeg skal gå nærmere inn på videre i oppgaven.

4.1.0 Anoreksi og samtykkekompetanse

Anoreksi er en diagnose som kan føre til tvilsomhet rundt en pasients kapasitet til å gi informert samtykke. Informert samtykke innebærer at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, samt forstår informasjonen, og pasienten vil dermed være i stand til å gi samtykke til behandling (Helsedirektoratet, 2018). Selv om anoreksi kan gi grunn til å stille spørsmål rundt en pasients kapasitet, skal det av psykisk helsevernloven ikke antas at lidelsen automatisk fører til inhabilitet, men er en vurderingssak ved hvert enkelt tilfelle. Spesielt beslutninger om å avslutte potensielt livsnødvendig behandling, vil gjøre spørsmålet om

kapasitet svært komplekst og utfordrende, og pasientens kapasitet bør vurderes særlig grundig i slike tilfeller.

Jeg vil nå gå nærmere inn på det juridiske spørsmålet om anorektiske pasienters samtykkekompetanse. Juridiske rammeverk er nært knyttet til yrkesetiske prinsipper, og er utformet med begrunnelse i normative hensyn som samfunnet allment er enige i og har sluttet seg til, og er dermed relevante hensyn i sosialt arbeids yrkesetikk. Spørsmål om pasientens samtykkekompetanse vil være et sentralt element i vurderingen av forsvarlig bruk av tvang, og det er derfor nødvendig å se nærmere på dette for å få økt forståelse for vurdering av tvangstiltak.

4.1.1 Vurdering av samtykkekompetanse

En pasient med anoreksi vil ha kapasitet til å gi informert samtykke i bestemmelser som gjelder innleggelse, behandling eller annen hjelp dersom de er i stand til å forstå opplysninger som er relevante for å fatte vedtak om behandling, samt forstå de sannsynlige konsekvensene av ulike beslutningsalternativer (Boyle, 2019, s. 251). Ifølge Boyle (2019), vil de fleste pasienter med anoreksi sannsynligvis være i stand til å forstå det medisinske faktum at mennesker trenger et visst inntak av næring for å være friske. En observasjon som går igjen, er at pasientene i noen grad forstår informasjonen de får om ernæring og vekt, men mangler evne til å anvende denne informasjonen overfor seg selv og egen situasjon (Boyle, 2019, s. 255). En kan argumentere for at det foreligger trekk hos pasienter med anoreksi som vil kunne undergrave deres evne til å ta et informert valg. Desto mer kompleks lidelsen er, desto høyere er sannsynligheten for at lidelsen bidrar til at en pasient kun vil akseptere behandling som pasienten anser ineffektiv, eller nekte noen form for behandling. Unnvikelse av vektøkning og behandlingsnekt kan være atferd som er konsekvenser av anoreksi, og ut fra dette kan det være uheldig dersom sosionomer tillater en anorektisk pasient å bestemme eget inntak av næring og behandling fullstendig. Basert på de yrkesetiske prinsippene, vil det dog ikke være riktig av sosionomen å neglisjere pasientens ønsker og meninger, og det er viktig å forsøke å få til et samarbeid mellom sosialarbeider og pasient så langt det lar seg gjøre. Informasjon om foreslått behandling, ulike alternativer, eventuell risiko, diagnose og prognose må gis til og diskuteres med pasienten ved vurdering av kapasitet (Boyle, 2019, s. 251). Basert på dette, skal sosialarbeidere jobbe for at pasienten tar del i, og blir myndiggjort i alle ledd av en beslutning som vil påvirke deres liv (Blok, 2012, s. 24). Pasientens rett til informasjon og medvirkning er også et viktig aspekt av pasient og brukerrettighetsloven, noe som bør

vektlegges og tas hensyn til av sosialarbeidere som arbeider med anorektiske pasienter (pasient -og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Videre står det i pasient og brukerrettighetsloven, at pasienters meninger og livssituasjon skal tas hensyn til ved eventuell bruk av tvang. Utveksling og diskusjon av informasjon vil støtte prinsippet om pasientens rett til selvbestemmelse, samt respektere pasientens autonomi, og beslutninger kan i større grad tas i samarbeid mellom pasient og sosialarbeider for å tilpasse behandlingen etter pasientens verdier og livsplaner. Slik medvirkning vil også gjøre pasientenes verdier og tanker mer valide, samt føre til økt mulighet for at pasienten blir hørt, sett, og pasienten vil få større påvirkningskraft i forhold til eget liv.

Av psykisk helsevernloven § 3-3, kommer det frem at helsepersonell bør unngå å ta avgjørelser om kapasitet basert på diagnose eller pasientens avslag på behandling, og det er fremstilt vilkår som må oppfylles for at tvunget behandling kan iverksettes (Psykiskhelsevernloven, 1999, § 3-3). Pasienter med kronisk anoreksi er gjerne svært medisinsk syke, noe som kan føre til ytterligere utfordringer ved vurdering av disse pasientenes kapasitet. Vurderingen av kapasitet krever åpen og direkte kontakt og dialog med pasienten for å kunne ta en konklusjon på mer riktig grunnlag. Uten slik kommunikasjon, kan spørsmålet om kapasitet avgjøres basert på pasientens diagnose, uten at pasienten vil ha mulighet til å påvirke avgjørelsen, noe kapasitetsloven har til hensikt å forhindre (Boyle, 2019, s. 257). Dersom pasienten ikke engasjeres i vurderingen av kapasitet, vil hun ikke få mulighet til å svare på bevis som hennes rettigheter skal avgjøres på. Svarene pasienten avgir, vil ikke nødvendigvis endre den endelige beslutningen om kapasitet, men det vil bidra til at pasienten blir inkludert i beslutning som omhandler eget liv, samt ivareta prinsippet om respekt for den enkeltes integritet.

4.1.2 Informert avslag

Selv i tilfeller hvor vilkår for å gi informert samtykke ikke er oppfylt, kan tvangsbehandling bare finne sted dersom det etter en helhetsvurdering anses å være den klart beste løsningen for pasienten (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 137). Bruk av tvang og neglisjering av pasientens ønsker og meninger i tilfeller hvor pasienten vurderes å ha kapasitet til å gi informert samtykke, vil kunne stride mot juridiske og yrkesetiske hensyn. Det vil også være en alvorlig krenkelse overfor pasienten, som kan føre til svekket selvrespekt, selvaktelse og selvtillit. Dersom kliniske fakta tilsier at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon og anses å ha kapasitet til å ta en beslutning basert på gitt informasjon, kan det argumenteres for at

avgjørelsen bør ligge hos pasienten. En pasient vil ikke mangle kapasitet selv om hun tar «feil» avgjørelse, eller avgjørelser som strider med sosialarbeiderens meninger. En pasient med anoreksi som anses å ha kapasitet til å gi informert samtykke, vil også ha rett til å gi informert avslag, og kan dermed nekte behandling. Respekt for den enkeltes integritet, tillitt, åpenhet og redelighet er yrkesetiske prinsipper som støtter oppfatningen om at en pasient bør ha rett til å gi informert avslag om behandling.

4.2.0 Plikt til omsorg og verne om liv

I denne delen av drøftingen skal jeg se nærmere på når tvang overfor pasienter med anoreksi kan ansees å være etisk forsvarlig og i tråd med sosialarbeideres yrkesetiske prinsipper og lov. For å illustrere tvangens mulige nødvendighet, vil jeg også ta for meg kasuser hvor det kan argumenteres for at gitt behandling og bruk av tvang ikke har vært tilstrekkelig, og som har resultert i fatale følger.

Etiske problemstillinger som er fremtredende når det kommer til tvangsbehandling av pasienter med anoreksi, omhandler i stor grad hvordan helsepersonell kan balansere profesjonell plikt til omsorg for å beskytte pasienten mot skade og risiko, og respekt for pasientens autonomi. Hvordan pasienten forstår egen situasjon og i hvilken grad pasienten antas å ha kapasitet til å ta et informert valg, vil også ha effekt for hvordan dette skal balanseres. Gjeldende anbefalninger tilsier at anvendelse av tvang bør vurderes hos anorektiske pasienter med hjertearytmi, elektrolyttubalanse, eller en BMI lavere enn 13 kg/m², som er kroppsvekt på under 75% av forventet vekt og hvis annen terapeutisk behandling ikke har vist seg å være tilstrekkelig (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 98). Dersom en pasient med diagnostisert anoreksi nekter behandling, vil dette være en juridisk og etisk sak av kompleks art. Dette gjelder særlig i tilfeller hvor lidelsen kan føre til død. Fra et yrkesetisk perspektiv kan man argumentere for at det er behandleres plikt til å forhindre dødsfall og redde liv. Sosialarbeidere vil vanligvis gjøre det de kan for å bevare liv, og verdien av liv er dypt forankret i sosialarbeideres verdigrunnlag og profesjonsetikk. I straffelovens § 277 står det at «den som medvirker til at noen tar sitt eget liv, straffes med fengsel fra åtte inntil tolv år» (Straffeloven, 2005, § 277). Anoreksi er, som nevnt, den psykiatriske lidelsen med høyst fare for død. Selv om anorektikeren ikke direkte tar sitt eget liv, mener jeg at minimalt inntak av næring og renseseritualer er atferd som kan anses som et langsamt og smertefullt selvmord. Ut fra et slikt perspektiv, kan en argumentere for at

fravær av intervensjon og behandling kan ansees som medvirkning til at anorektikeren tar sitt eget liv. Slikt fravær vil stride mot både sosialarbeideres yrkesetiske verdigrunnlag og loven. Sannsynligheten for død som følge av behandlingsnekt, vil ytterligere komplisere den etiske problematikken rundt vurdering av tvunget behandling. Som nevnt, er plikten til å bevare liv dypt forankret i sosialarbeiderens profesjonsetikk, og unnlattelsen av å ivareta liv lar seg også vanskelig plassere i prinsippet om omsorg og nestekjærlighet. Det vil prinsipielt ikke være omsorgsfullt av sosialarbeidere å la pasienter dø dersom død kan forhindres.

Vrangforestillinger pasienten besitter om eget kroppsbilde, samt den svekkede kognitive funksjonen forårsaket av sult, kan være sentrale elementer i vurdering av risiko. Ved høy risiko og livstruende tilfeller, vil det ut fra et slikt perspektiv være både forsvarlig og omsorgsfullt at sosialarbeidere anstrenger seg for å iverksette tvangsbehandling, til tross for at pasienten ikke ønsker det.

Artiklen til Holm, Brixen, Andries og Støving (2011) tar for seg fem pasienter som døde av kronisk anoreksi. Bare to av disse fikk hjelp av lege i løpet av sine siste leveuker (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s. 98). Forfatterne skriver videre at en oppfølgelsesstudie av anorektiske pasienter etter innleggelse, avdekket lav rate av pågående behandling hos pasienter med kronisk anoreksi. Holm, Brixen, Andries og Støving (2011) skriver at deres «case 1» ikke fikk behandling, da legene mente at pasienten ikke responderte på behandling, og at helsepersonellet mistet motivasjon til å behandle pasienten over tid, som resulterte i mindre effektiv behandling. En pasient med kronisk anoreksi har like mye rett på behandling som andre pasienter, og på bakgrunn av de yrkesetiske prinsippene kan det tenkes at helsepersonell ikke handler i tråd med sine yrkesetiske prinsipper dersom de gir opp en pasient med begrunnelse i at pasienten har langvarig sykdomshistorikk. En kompleks og kronisk lidelse bør ikke være til hinder for behandling. Holm, Brixen, Andries og Støvings (2011) artikkel viser at alle fem pasientene døde som resultat av sult og dens effekter på kroppen. Flere av pasientene uttrykte ambivalens overfor behandling, men ingen av dem hadde et ønske om å dø. Dette kan tyde på at pasienter med anoreksi ønsker å leve, og kanskje er redde for å dø av lidelsen, men at pasientene ikke er i stand til å overvinne anoreksien, eller ikke anerkjenner risikoen som er forbundet med egen sykdom. I de nevnte tilfellene anerkjenner pasientene verdien av eget liv, men det kan se ut til at helsepersonellet neglesjerer denne verdien, og handler derfor ikke i tråd med sine yrkesetiske prinsipper. To av pasientene i artikkelen hadde aldri vært utsatt for tvangsbehandling, og bare en av pasientene hadde blitt innlagt på ufrivillig grunnlag mer enn en gang (Holm, Brixen, Andries, & Støving, 2011, s.

96). Profesjonsutøvere og helsepersonell skal forsvare og ivareta den enkeltes rett til helse og liv, noe det kan argumenteres for at ikke er blitt gjort her. Når jeg ser på disse sakene, undrer jeg om noen av disse pasientene ville overlevd dersom tvangsbehandling og behandling generelt, hadde blitt anvendt i større grad, og at dette er eksempler på kasus hvor tvangsbehandling kunne vært god og forsvarlig profesjonsutøvelse, og muligens bidratt til å redde liv.

4.2.1 Vurdering av pasientens autonomi

Et vesentlig prinsipp i sosialt arbeid er respekt for den enkeltes integritet, som innebærer respekt for autonomi og selvbestemmelse. Dette prinsippet tar dog ikke høyde for at pasientens autonomi og frie vilje kan være undergravd og delvis styrt av anoreksien (Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick, 2003, s. 632). Tan, Hope, Stewart og Fitzpatrick (2003) argumenterer for at en anorektisk pasient kan være tilsynelatende rasjonell og i stand til å forklare avslag på behandling, samt forstå sin situasjon. Men dersom sosialarbeidere tar høyde for pasientens verdier om tynnhet og skadelige atferd, vil det kunne identifiseres aspekter ved pasientens autonomi som er blitt sykelliggjort av lidelsen. Det vil derfor være en vurderingssak om prinsippet om respekt for den enkeltes integritet krever respekt for beslutninger tatt av pasienter med anoreksi, da det er noe usikkert om valg pasienten tar kan anses som autonome. Vurdering av en pasients autonomi kan knyttes til vurdering av samtykkekompetanse. Ifølge Kendall (2013), vil personlig identitet være et vesentlig aspekt ved profesjonell avgjørelse rundt en pasients samtykkekompetanse, da identitet kan endre seg som følge av sykdom. Slik endring kan føre til at pasientens avgjørelser og ønsker anses som ugyldige dersom det er klart at disse er et resultat av sykdom (Kendall, 2013, s. 35). Helsepersonell vil dermed kunne ha myndighet til å ta beslutninger om behandling på vegne av en pasient med anoreksi, dersom lidelsen vurderes å være særdeles gjennomgripende på pasientens tanker, handlinger og verdier.

Det kan se ut til at flere ufrivillige pasienter anerkjenner behovet for behandling etter noe tid i behandling (Atti, et al., 2020, s. 1046). I Atti, et als. (2020) studie, fant de ingen pasienter som kom med juridisk klage etter utskrivning, eller som mente at behandlingen var unødvendig. Disse funnene kan antyde at den innledende negative holdningen pasientene uttrykte overfor behandling, kan være en konsekvens av anoreksi eller urealistisk vurdering av behandlingens nytte. Motstand mot behandling kan i noen tilfeller betraktes som en iboende del av lidelsen. Som nevnt, kan anoreksi undergrave pasientens frie vilje, og tvang kan være hensiktsmessig i

forhold til å gjenopprette disse pasientenes autonomi. Dette vil også være i tråd med det yrkesetiske prinsippet om sosial rettferdighet, da prinsippet innebærer «å gjøre alle mennesker i stand til å utvikle sitt fulle potensial, berike livene deres og forhindre dysfunksjon» (Blok, 2012, s. 21). Det ser ut til at tvungen behandling kan bidra til å få enkelte pasienter ut fra et svært destruktivt tankesett, som videre kan gjøre dem i stand til å ivareta egne behov, utvikle seg, berike sine liv, samt minske fysisk og psykisk lidelse som anoreksien påfører. Sosialarbeidere skal også handle etter prinsipp om respekt for menneskers iboende verdighet, verdi og likhet (Blok, 2012, s. 22). Ifølge Blok (2012), innebærer dette at sosialarbeidere skal beskytte pasienters psykiske, åndelige, emosjonelle og fysiske velvære. I situasjoner hvor pasienter opplever bedring grunnet tvungen behandling, vil tvangsbehandling være i tråd med dette prinsippet, og det vil ut fra dette kunne argumenteres å være lite yrkesetisk forsvarlig å ikke iverksette behandling til tross for pasientens eget ønske.

4.2.2 Farer ved autonomiprinsippet

Tan, et al. (2003) skriver at forskning viser generell enighet i at tvungen behandling kun skal foregå som en siste løsning dersom all annen behandling ikke har ført til ønsket effekt eller bedring hos pasienten (Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick, 2003, s. 629). Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick (2003) skriver videre at tvangsbehandling primært anvendes på grunnlag av å redde pasientens liv og motvirke de destruktive effektene av sult. Enkelte hevder at den etiske vurderingen av å utøve tvungen behandling med begrunnelse i at tvungen anses å klart være til pasientens beste, er for svak (Carney et al. 2006, sitert i Kendall 2014, s. 34). Det kan dog argumenteres mot påstandens validitet. Av de yrkesetiske prinsippene som kommer frem i FOs (2015) grunnlagsdokument, vil det være viktig at sosialarbeidere anerkjenner at pasientens autonomi vil bli sterkt krenket av tvunget behandling, og at den opplevde krenkelsen kan være svært belastende for pasienten. Likevel vil stor vektlegging av pasientens rett til å utøve autonomi og selvbestemmelse, kunne føre til at pasienter med særlig komplekse tilfeller av anoreksi mister livet. På bakgrunn av dette vil det være viktig som sosialarbeider å være klar over at enkelte pasienter kan bli «ofret» til autonomien dersom retten til å utøve autonomi blir det tyngstveiende prinsippet, og dersom pasientens helhetlige kontekst ikke tas til vurdering.

4.2.3 Sosial rettferdighet

Ved alvorlig anoreksi kan Nussbaums tilnærming til sosial rettferdighet, som prioriterer verdien av liv med verdighet fremfor prinsippet om respekt for den enkeltes integritet, anvendes. Prinsipper for sosial rettferdighet er grunnleggende i sosialt arbeid, og prinsippet innebærer at sosialarbeidere har et oppdrag om å forhindre dysfunksjon, gjøre mennesker i stand til å berike sine liv og utvikle sitt fulle potensial (Blok, 2012, ss. 33-34). Unnlattelse av iverksettelse av behandling og tiltak overfor pasienter med anoreksi, kan argumenteres for å ikke ivareta dette prinsippet, da anoreksi fører til stor grad av lidelse og dysfunksjon for pasientene.

Dersom en pasients anoreksi er å anse som kronisk, eller hvis diagnosen påfører stor fysisk og psykisk lidelse og belastning, kan det sies at pasienten vurderes å ha nedsatt funksjonsevne (Universell, 2020). Nussbaums tilnærming anerkjenner at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppleve større grad av stigma og utenforskap, noe som vil kunne forhindre muligheten pasienter med anoreksi har til å utvikle sitt fulle potensial og berike sine liv (Nussbaum, 2007, s. 160). Det er nødvendig at sosialarbeidere yter forsvarlig hjelp som sikrer at pasientenes omsorgsbehov blir ivaretatt, og som bidrar til bedret livskvalitet.

Sosialarbeidere skal dermed av Nussbaums tilnærming ivareta den enkeltes psykiske og fysiske helse så langt det lar seg gjøre, som vil innebære at sosialarbeidere skal strebe for å gi forsvarlig og tilstrekkelig hjelp til pasienter med anoreksi, med mål om tilfriskning, bedre psykisk og fysisk helse, samt økt grad av livskvalitet, og dette kan være nødvendig selv når pasienten motsetter seg behandling og helsehjelp.

4.3.0 Kan bruk av tvang alltid rettferdiggjøres?

En rapport som Kendall (2013) referer til i sin artikkel, viser at ufrivillig behandling av pasienter med anoreksi ga gode resultater på kort sikt, men også fare for økt langtidssykelighet (Kendall, 2013, s. 36). Oppfølgingsstudien av ufrivillige og frivillige pasienter Kendall (2013) viser til, viste at dødeligheten for ufrivillige pasienter var 12,7% og 2,6% for frivillige. Jeg tenker at den lave dødeligheten hos frivillige pasienter, kan tyde på at pasienter som behandles på ufrivillig grunnlag har mer alvorlig og kompleks sykdom som fører til økt fare for død. Den økte faren for langtidssykdom hos denne pasientgruppen støtter denne teorien. Det kan likevel også tenkes at frivillig behandling fungerer mer optimalt sammenlignet med tvungen behandling, da bruk av tvang innebærer flere mulige negative

konsekvenser. Selv om skader av sult og død kan forhindres ved anvendelse av tvang, kan det være grunner til å unnlate slik anvendelse i noen tilfeller.

I denne delen av drøftingen, skal jeg se nærmere på hvordan tvang kan være til skade for pasienten, samt ta for meg tilfeller hvor unnlattelse av tvang og behandling kan argumenteres å være til det beste for pasientene.

4.3.1 Den anorektiske pasienten

For pasienter diagnostisert med anoreksi, vil deres rett til å bestemme hva helsepersonell kan gjøre med kroppen deres bli fratatt på grunnlag av pasientenes diagnose. Dersom en anorektisk pasient nekter behandling, vil de bli antatt å mangle kapasitet til å ta en slik avgjørelse. Et helhetlig blikk på mennesket, er et viktig yrkesetisk prinsipp i sosialt arbeid (Berg, Ellingsen, Levin, & Kleppe, 2019, s. 26). Dersom anoreksi som diagnose er begrunnelsen for pasientens tap av autonomi, vil dette være sykeliggjøring og minimalisering av pasienten som individ, og det fordrer ikke en helhetlig vurdering av pasienten. Pasienter som legges inn med anoreksi blir ofte forstått som kun anorektiske, og slik jeg ser det, er det ikke nok fokus på pasientene i deres helhet blant behandlere. Konstruksjonen av den anorektiske pasienten kan føre til at pasienter blir maktesløse, da enhver form for å uttrykke seg kan bli ansett som et symptom på og som en konsekvens av anoreksi. En slik tilnærming til pasientene vil ikke bidra til empowerment eller brukermedvirkning, som er viktige prinsipper i sosialt arbeid. Empowerment innebærer at sosialarbeideren hjelper pasienten til å mobilisere, samt anvende egne styrker og ressurser til å komme ut av en utfordrende livssituasjon (Ellingsen & Skjefstad, 2019, s. 104). Ved brukermedvirkning vil sosialarbeideren legge til rette for at pasienten skal ha innflytelse på og medvirke i avgjørelser som omhandler eget liv (Ellingsen & Skjefstad, 2019, s. 106). Empowerment og brukermedvirkning kan ikke utføres uten pasientens involvering, og konstruksjonen av den anorektiske pasient som maktesløs og avhengig, vil ikke legge til rette for slik involvering. I møtet med pasienter med anoreksi, bør sosialarbeidere ha fokus på pasientens mulighet til å ta kontroll og bestemme over eget liv, noe tvunget behandling ikke vil bidra til. Det vil dermed være vesentlig at profesjonsutøvere vurderer om pasientens motstand mot behandling innebærer mangel på kompetanse, eller om det kan være motstand mot den maktesløse rollen som spiseforstyrret pasient, eller om det ligger andre årsaker til grunn.

4.3.2 Rett til å dø

Som forklart i (Kendall & Hugman, 2014, s. 632) anerkjennes bekymringen som oppstår av unnlattelse av tvangsanvendelse ved fatale tilfeller av anoreksi. Når kan en sosialarbeider påstå at et tilfelle av anoreksi vil føre til døden uansett hvilken behandling som iverksettes? Dette er et spørsmål som må vurderes ved hvert enkelt tilfelle, og som ikke besitter noe standardisert fasit. Imidlertid bør meningen til en anorektisk pasient med lang sykdomshistorikk og flere forsøk med behandling vektlegges, da pasienten har opparbeidet seg erfaring og kompetanse i forhold til egen lidelse. Dette er innsikt, kunnskap og forståelse mennesker uten anoreksi ikke fullt kan tilegne seg. Pasienter med langvarig anoreksi kan besitte rikelig informasjon om egen lidelse, og har et viktig perspektiv på sykdommen som sosialarbeidere bør respektere. Et viktig profesjonsetisk og juridisk prinsipp, er at sosialarbeidere skal forsøke å få til et samarbeid med pasienten så langt det lar seg gjøre, og at eventuell iverksatt tvang skal være minst mulig krenkende og inngripende (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 27). I tilfeller av alvorlig og kronisk anoreksi, vil det være av liten hensikt, samt stride med nevnte prinsipper, å foreta tiltak og behandling på tross av pasientens ønsker. Denne pasientgruppen behøver indre motivasjon, samt ytre støtte og kjærlighet for å begynne på en prosess mot tilfriskning, noe tvang og neglisjering av pasientens ønsker og meninger, kan tenkes å ikke bidra til.

Ryan og Callaghan viser til en sak hvor en 32 år gammel kvinne med en 20-års historie med anoreksi ble tvunget til å gjennomgå videre behandling, til tross for hennes egne, families og behandlingsteamets innvendinger. Kan en som sosialarbeider forsvare dette ut fra yrkesetiske prinsipper om pasientens beste? Giordano mener at pasienters valg om avslag på behandling, bør respekteres, da alle har rett til å utøve egen autonomi (Giordano, 2003, s. 271). Enkelte pasienter og deres mødre forteller at dersom lidelsen er kronisk og uunngåelig vil føre til død, burde en pasient med anoreksi få nekte behandling, og få lov til å dø (Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick, 2003, s. 640). I et slikt tilfelle kan det argumenteres for at valg om å ikke motta behandling bør respekteres, for å skåne pasienten og deres pårørende fra videre lidelse som anoreksien påfører. Dette krever vurdering av behandlingens effekt og potensielle nytteløshet, og det må gjøres distinksjoner mellom pasienter som lar seg behandle, og de som ikke gjør det. Hvis det foreligger høy sannsynlighet for at pasienten vil sette pris på og ha utbytte av behandling, bør sosialarbeidere strebe for at behandling iverksettes. I tilfeller hvor helsepersonell vurderer at pasienten ikke lar seg behandle, bør respekt for den enkeltes integritet vektlegges sterkt, da ingen pasient bør være tvunget til å motta nytteløs behandling.

To av pasientene som presenteres i Kendall og Humans artikkel, Alison og Emily, slet med kronisk og alvorlig anoreksi. Ingen av pasientene hadde uttrykt ønske om å dø, men begge opplevde begrenset behandling (Kendall & Hugman, 2014, s. 632). Alison og Emily kunne sies å ha en alvorlig, livstruende sykdom, og begge hadde alvorlige helsemessige komplikasjoner som følge av flere år med sult. Konteksten i disse tilfellene bidrar til å gi oss et mer komplett bilde av pasientenes fysiske og psykiske tilstand, samt hvorvidt de kunne vurderes samtykkekompetente i forhold til behandling. I begge tilfellene var flere ulike behandlingsmetoder og kombinasjoner forsøkt, og behandlere mente at det ikke eksisterte flere lovende behandlingsalternativer for Alison og Emily. Begge, samt deres pårørende, kan tenkes å ha opplevd enorm smerte og lidelse som følge av anoreksi, og det kan se ut til at denne smerten og lidelsen ikke lar seg behandle. I en slik kontekst, kan frafall av behandling og forberedelse på livets slutt være berettiget, både etisk, lovlig og klinisk.

4.3.3 Tvang og krenkelse

Både frivillige og ufrivillige pasienter ser ut til å respondere godt på vektgjenopprettende behandling (Watson, Bowers, & Andersen, 2000, s. 1808). Ifølge Watson, Bowers og Andersens (2000) artikkel, gikk frivillige pasienter i snitt opp 13,9 pund og ufrivillige 18,8 pund. Vektgjenopprettningen tok dog betydelig lengre tid for ufrivillige pasienter, men den samlede gjennomsnittlige vekten til frivillige og ufrivillige pasienter var relativt lik ved utskrivelse. Atti et al. (2020) og Kendall (2013), finner også at ufrivillige pasienter har lengre innleggelses, uten at dette har noen signifikant innvirkning på ulik endring i BMI mellom pasientgruppene. Dette kan bety at ufrivillige pasienter har mer kompleks sykdom, som kan være av større utfordring for behandling sammenlignet med frivillige pasienter. Det ser likevel ut til at tvunget behandling ikke nødvendigvis er til hinder for klinisk forbedring og god behandlingseffekt. Ufrivillige pasienter ser ut til å respondere godt på behandling, og får en like god gjenoppretning av vekt som frivillige pasienter. Selv om tvangsbehandling har positive effekter, må også de mulige negative konsekvensene anerkjennes. Tvangens inngripende karakter på pasienters autonomi kan være svært belastende og krenkende for pasienten, som kan føre til sinne, depresjon, angst, traumatisering og re-traumatisering, posttraumatisk stresslidelse, samt svekket selvbilde og selvstendighet (Norvoll & Pedersen, 2017, s. 42). Den enorme psykiske belastningen pasienter kan oppleve grunnet tvang, er ikke forenelig med det yrkesetiske prinsippet om anerkjennelse. Respekt og anerkjennelse er fundamentale verdier i sosialt arbeid, og blir tatt opp som viktige prinsipper i flere vesentlige

lover (Ellingsen & Skjefstad, 2019, s. 98). Ellingsen og Skjefstad (2019) skriver videre at krenkelser, som pasienter opplever ved bruk av tvang, gjerne blir omtalt som en motsetning til anerkjennelse og respekt. Krenkelser er alvorlige, da de kan ha konsekvenser for hvordan pasienter forstår seg selv, og sosialarbeidere bør ikke undervurdere krenkelsen pasienten kan oppleve ved iverksettelse av tvunget behandling. Et menneske som er glad i seg selv, vil ikke sulte seg og være selvdestruktiv, og derfor kan det antas at pasienter med anoreksi ofte har lav selvtillit og gjerne et stort selvhat. En kan tenke seg at pasienter med anoreksi vil påvirkes særlig av krenkelser tvungen medfører, grunnet deres allerede forvrengte kroppsbilde og lave selvtillit. Det kan dermed argumenteres for at det ikke vil være godt sosialt arbeid dersom sosialarbeidere utsetter denne pasientgruppen for slike belastende krenkelser, da det kan tenkes å føre til ytterlige psykiske og emosjonelle vansker.

5.0 Avslutning

I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i problemstillingen «*Hva er forsvarlig bruk av tvang i møte med en pasient som lider av anoreksi?*». Anvendelse av tvang overfor denne pasientgruppen er svært kompleks, og jeg finner ikke et standardisert eller entydig svar. I oppgavens avslutning vil jeg oppsummere de mest sentrale funnene som er gjort, for så å komme med en kort konklusjon basert på nevnte funn.

Anoreksi er en lidelse som kan bidra til å svekke pasienters evne til å gi informert samtykke og ta informerte valg. Helsepersonell bør dog være varsomme med å avgjøre en pasients evne til å gi informert samtykke basert på diagnose, da det kan svekke pasientens autonomi og avgjørelsen kan argumenteres for å tas på for vagt grunnlag. Ved vurdering av kapasitet, vil det være nødvendig med direkte og åpen kommunikasjon med pasienten. Slik kommunikasjon er viktig for å ivareta prinsipp om respekt for den enkeltes integritet, for å inkludere pasienten i bestemmelser som omhandler eget liv, samt ta avgjørelsen på et mer riktig og solid grunnlag. Tvangsbruk i tilfeller hvor pasienten er blitt vurdert å ha kapasitet til å gi informert samtykke, vil kunne stride mot yrkesetiske og juridiske hensyn, samt oppleves som en alvorlig krenkelse for pasienten. Dersom kliniske fakta tilsier at pasienten er i stand til å gi informert samtykke, kan det tenkes at avgjørelsen bør ligge hos pasienten.

På bakgrunn av det som er drøftet i drøftingsdelen, kan vi se at tvang kan være forsvarlig og nødvendig i noen tilfeller. Livets verdi er forankret i sosialarbeideres profesjonsetikk og verdigrunnlag, og kommer til uttrykk i relevante lover ved vurdering av tvang. Anoreksi har høy dødelighet, og det kan argumenteres for at alvorlig anoreksi i noen tilfeller kan ses på som langsomme og smertefulle selvmord. Basert på et slikt perspektiv, vil mangel på behandling kunne anses som medvirkning til at den anorektiske pasienten begår selvmord. Å ikke forhindre død lar seg også vanskelig plassere i det yrkesetiske prinsippet om å opptre omsorgsfullt. I noen tilfeller kan det være både etisk og faglig forsvarlig, samt omsorgsfullt at tvunget behandling blir utøvd. Et annet relevant yrkesetisk prinsipp, er respekt for pasientens autonomi. En pasient med anoreksi kan få sin autonomi undergravd og styrt av lidelsen, og det kan dermed være hensiktsmessig å anvende tvang for å gjenopprette pasientens autonomi. Stor vektlegging av prinsipp om autonomi, vil også kunne føre til at pasienter med alvorlig anoreksi kan dø til fordel for deres rett til å utøve autonomi. Anoreksi kan føre til enorm lidelse og mulig dysfunksjon for pasientene, noe prinsippet om sosial rettferdighet, og dermed også sosialarbeidere, har til hensikt å forhindre. Sosialarbeidere skal ivareta pasientens fysiske

og psykiske helse så langt det lar seg gjøre, noe som innebærer at sosialarbeidere skal strekke seg langt for å iverksette forsvarlig og nødvendig behandling for pasienten, selv i tilfeller hvor pasienten ikke ønsker behandling.

Selv om tvangsbehandling kan ha positive følger, kan også bruk av tvang være negativt. Ved bruk av tvang kan det se ut til at helsepersonell har stort fokus på pasientens lidelse, noe som kan føre til konstruksjonen av den anorektiske pasient. En slik konstruksjon kan føre til at pasienten blir maktesløs og avhengig, og det vil stride mot prinsipp om empowerment og brukermedvirkning. En kan tenke seg at pasienter med anoreksi trenger kjærlighet, ytre støtte og indre motivasjon fremfor tvang ved behandling og tilfriskning. I tilfeller hvor anoreksien vurderes å ikke la seg behandle, kan det være riktig å unngå videre behandling. Ingen pasient bør bli tvunget til å gjennomgå nytteløs behandling og videre lidelse som anoreksien medfører. Tvang kan også oppleves svært belastende og krenkende for pasienten, som kan føre til økte psykiske og emosjonelle plager. Slike krenkelser vil også være det motsatte av anerkjennelse, som er et vesentlig prinsipp i sosialt arbeid, og tvangsbehandling kan dermed stride med dette yrkesetiske prinsippet.

Basert på funnene som er gjort i oppgaven, bør det søkes balanse mellom respekt for pasientens egne avgjørelser og sosialarbeideres mandat til å gi forsvarlig hjelp. I stedet for generell aksept eller fordømmelse av en pasient med anoreksis rett til å nekte behandling, kan det være nyttig å ta for seg et mer nyansert og reflektert perspektiv i vurderingen av hvert enkelt tilfelle.

6.0 Referanser

- Atti, A. R., Masteralli, T., Valente, S., Speciani, M., Panariello, F., & De , D. (2020, Oktober 2020). Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Springer Link*, ss. 1037-1048.
- Berg, B. (2019). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid En grunnbok* (ss. 65-79). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2019). Hva er sosialt arbeid? I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Blok, W. (2012). *Core Social Work : International Theory, Values and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Boyle, S. (2019, Mai 15). How should the law determine capacity to refuse treatment for anorexia? *Elsevier* , ss. 250-259.
- Cambell , A. T., & Aulisio, M. P. (2012, Juni 8). The stigma of “mental” illness: End stage anorexia and treatment refusal. *John Wiley & Sons, Ltd*, ss. 627-634.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Den Norske Legeforening. (2022, April 5). *Etiske regler for leger*. Hentet fra Den Norske Legeforening: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Ellingsen, I. T., & Levin, I. (2019). Det sosiale i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid En grunnbok* (ss. 46-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I. T., & Skjefstad, N. S. (2019). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget.
- FO. (2015, April 3). *FO*. Hentet fra Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- FO. (2019, November). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra FO: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Giordano, S. (2003, Mai 13). Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: a response to Heather Draper. *Bioethics*, ss. 261-278.

- Helsedirektoratet . (2018, Januar 1). § 4-1 Hovedregel om samtykke. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/samtykke-til-helsehjelp>
- Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., & Støving, R. K. (2011, Februar 22). Reflections on Involuntary Treatment in the Prevention. *Wiley Online Library*, ss. 93-100.
- Hutchinson, G. S., & Weihe, H.-J. W. (2021, Juni 14). *Yrkesetikk (sosialt arbeid)*. Hentet fra Store Norske Leksikon: https://snl.no/yrkesetikk_-_sosialt_arbeid
- Kendall, S. (2013, Desember 24). A Postmodern Ethics Contribution to the Bioethics Debate on Involuntary. *Springer Link*, ss. 31-40.
- Kendall, S., & Hugman, R. (2014, November 21). Power Knowledge and the Ethics of Involuntary Treatment for Anorexia Nervosa in Context A Social Work Contribution to the Debate. *Oxford Academic*, ss. 686-702.
- Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland, M. (2020). *Velferdsrett 1 - Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*. Oslo: Gyldendal.
- Leer-Salvesen, P. (2021). *Etikk for profesjonelle*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Levin, I., & Ellingsen, I. T. (2019). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid En grunnbok* (ss. 112-123). Oslo: Universitetsforlaget.
- McPhate, L., McCartney, L., & Lewis, H. (2021, Mars 15). When your patient requests involuntary treatment: A case report of a collaborative approach to treatment under the mental health act in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, ss. 1210-1211.
- Norsk Helseinformatikk. (2020, Oktober 7). *Prognosen ved anoreksi*. Hentet fra NHI.
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer*. Hentet fra UiO: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parende/ressurshefte-tvang-pasienter-parende120517.pdf>
- Nussbaum, M. C. (2007). *Frontiers of Justice - Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge: The Belknap Press.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-2021-05-07-34. Lovdata. HYPERLINK "<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>" <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Ryan, C. J., & Callaghan, S. (2014, Januar 14). Treatment Refusal in Anorexia Nervosa: The Hardest of Cases. *Link Springer*, ss. 43-45.

- Stokke, O. M., Karttinen, E., Halvorsen, C. A., Vinter, C., & Skogli, E. (2022). *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforsyrrelser*. Oslo: Menon Economics.
- Straffeloven. (2005). Lov om straff. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. HYPERLINK "https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven"
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>
- Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A., & Fitzpatrick, R. (2003, November 26). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *Elsevier*, ss. 627-645.
- Universell. (2020, Oktober 27). *Funksjonsnedsettelse*. Hentet fra Universell: <https://www.universell.no/fagskoler/dysleksi-i-fagskolen-en-veileder-til-individuell-tilrettelegging/funksjonsnedsettelse/>
- Watson, T. L., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2000, November 1). Involuntary Treatment of Eating Disorders. *Psychiatry online*, ss. 1806-1810.
- World Health Organization. (2022, Februar 3). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Hentet fra 6B80 Anorexia Nervosa: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f263852475>
- World Health Organization. (2022, Februar 11). *World Health Organization*. Hentet fra WHO's new International Classification of Diseases (ICD-11) comes into effect: [https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)-comes-into-effect](https://www.who.int/news/item/11-02-2022-who-s-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)-comes-into-effect)

