

# Forord

Det kjennes godt å endelig kunne levere masteroppgaven. Veien hit har vært lang, tidvis ensom og tung, og iblant har jeg kjent meg usikker på om jeg noen gang skulle komme i mål. Men det har også vært gode stunder, perioder der jeg har kjent at det klør i hjernen, der jeg har kjent på vekst og utvikling. Jeg er takknemlig for at jeg er gitt denne muligheten til å dyktiggjøre meg.

Takk til veileder Steinar Krokstad for velvilje og konstruktive tilbakemeldinger. Og takk til biveileder Sigrid Bjørnelv; - og takk for hjelp med SPSS. En spesiell takk for at du hadde tro på meg, selv om jeg i en periode ikke så skogen for bare trær. Sigrid og Steinar: takk for at dere hjalp meg å finne min egen «lille skog» i jungelen av mulige vinklinger.

Jeg vil også rette en stor takk til ansatte ved de ulike institusjonene som påtok seg jobben med å besvare spørreskjemaene. Dette møysommelige arbeidet medføre for noen av dere mange arbeidstimer, og dette i en allerede presset hverdag. Takk; - uten dere kunne dette arbeidet aldri blitt gjennomført.

Takk til min leder, Hilde Ranheim. Du ga rom og formidlet optimisme. Jeg er så takknemlig for at du ga meg spillerom. Takk også til Øyvind Rø for hjelp med utforming av spørreskjema. Takk til Trine Tetlie Eik-Nes for en gode innspill og praktiske bidrag. Og til kontaktpersonene i Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser: takk for at dere gjennom deres forbindelser til ulike avdelinger bidro til å øke motivasjonen for utfylling av spørreskjema. Og takk også til alle dere som har motivert meg gjennom å påpeke viktigheten av denne studien.

Jeg vil også takke gjengen min! Blant disse er både mine glitrende kollegaer, venner og familie inkludert. En særlig takk til Henrik, Marie, Hanna og Asle. Dere har vist meg støtte og forståelse, også når jeg har vært på mitt minst tilgjengelige. Dere har bidratt på ulike, men høyt verdsatte måter. Og til Marie: det fins en egen stjerne på himmelen forbeholdt deg.

Sist, men ikke minst: en stor takk til Helsedirektoratet som har bidratt økonomisk til at kartleggingen ble mulig å gjennomføre.

# Tabeller

Tabell 1: Fordeling av innleggelser (N = 260) mellom spesialiserte og allmenpsykiatriske avdelinger

Tabell 2: Regional fordeling og fordeling av behandlingsnivå for unike pasienter på § 3-3

Tabell 3: Tvungen behandling (N = 129)

Tabell 4: Bruk av tvangsvedtak og tvangsmidler (N = 129)

Tabell 5: Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler i helseregionene for de unike pasientene (N = 129)

Tabell 6: Pasientenes traumehistorikk (N = 80)

Tabell 7: Bruk av tvang hos pasienter med og uten traumehistorikk

# Figurer

Figur 1: Oversikt over respons på utsendelse av 177 invitasjoner til deltagelse

Figur 2: Oversikt over omfanget av innleggelser der TPH ble benyttet i perioden

Figur 3: Oversikt over unike pasienter

Figur 4: Omfanget fordelt på helseregioner

Figur 5: Andel og type traumeerfaring (N = 129)

# Forkortelser

DPS	Distriktpsikiatriske senter
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
HNT	Helse Nord-Trøndelag
ICD	International Classification of Diseases
KMI	Kroppsmasseindeks (Body mass index)
NKNS	Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser
NPR	Norsk pasientregister
Phvl	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)
RASP	Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo universitetssykehus
REK	Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
RHF	Regionale helseforetak
RKSF	Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger
SEED	Severe and Enduring Eating Disorders
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TPH	Tvungent psykisk helsevern

# Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<i>English summery</i> .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<i>Forord</i> .....	<i>i</i>
<i>Tabeller</i> .....	<i>ii</i>
<i>Figurer</i> .....	<i>ii</i>
<i>Forkortelser</i> .....	<i>ii</i>
<b>1 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 <i>Avgrensing</i> .....	2
1.2 <i>Studiens hensikt</i> .....	2
1.2.1 <i>Overordnet mål</i> .....	3
1.2.2 <i>Forsknings spørsmål</i> .....	3
<b>2 Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Spiseforstyrrelser</i> .....	4
2.1.1 <i>Diagnostiske kriterier og alvorlighetsgrader</i> .....	4
2.1.2 <i>Somatiske komplikasjoner og mortalitet</i> .....	6
2.1.3 <i>Disponerende og utløsende faktorer</i> .....	6
2.1.4 <i>Traumehistorikk</i> .....	7
2.2 <i>Lovgrunnlag</i> .....	7
2.2.1 <i>Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern</i> .....	8
2.2.2 <i>Gjennomføring av psykisk helsevern</i> .....	9
2.2.3 <i>Samtykkekompetanse</i> .....	10
2.2.4 <i>Pasientrettigheter</i> .....	11
2.3 <i>Behandlingstilbudet i Norge</i> .....	11
2.3.1 <i>Bakgrunn for bruk av tvang ved spiseforstyrrelser</i> .....	12
<b>3 Materiale og metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 <i>Litteratursøk</i> .....	13
3.2 <i>Spørreskjema</i> .....	13
3.2.2 <i>Rekruttering og informanter</i> .....	14
3.3 <i>Dataanalysen</i> .....	15
3.3.1 <i>Vurdering av frafall og svarprosent</i> .....	15
3.3.2 <i>Statistiske analyser</i> .....	15
3.4 <i>Forskningsetiske hensyn</i> .....	16
<b>4 Resultater</b> .....	<b>18</b>
4.1 <i>Omfanget av TPH</i> .....	18
4.1.1 <i>Antall registrerte innleggelser</i> .....	18
4.1.2 <i>Unike pasienter i utvalget</i> .....	19
4.1.3 <i>Regional fordeling av omfanget</i> .....	20
4.2 <i>Regional variasjon i organisering av tjenestene</i> .....	21
4.2.1 <i>Regional fordeling av behandlingsnivå</i> .....	21
4.2.2 <i>Regional fordeling knyttet til unike pasienter på § 3-3</i> .....	21
4.2.3 <i>Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler</i> .....	22
4.2.3 <i>Regional fordeling i bruk av tvungen behandling og tvangsmidler</i> .....	22

4.3 Pasienter med traumehistorikk.....	23
4.3.1 Pasientenes traumeerfaring .....	24
4.3.2 Bruk av tvang hos pasienter med traumehistorikk .....	25
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>26</b>
5.1 Oppsummering av funn.....	26
5.1.1 Styrker ved studien.....	27
5.1.2 Svakheter ved studien .....	27
5.2 Drøfting av funnene .....	28
5.2.1 Omfang og oversikt over TPH .....	28
5.2.2 Regionale forskjeller .....	31
4.2.3 Pasienter med traumehistorikk .....	33
5.3 Betydningen av studien.....	35
5.3.1 For myndighetene.....	35
5.3.2 For klinisk praksis.....	35
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>37</b>
6.1 Forslag til videre forskning .....	37
6.2 Avsluttende kommentar.....	38
<b>Referanseliste .....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>45</b>

# 1 Introduksjon

Bruk av tvungent psykisk helsevern er kontroversielt, og både etiske problemstillinger og enkeltmenneskers rettigheter er gjenstand for bred debatt (Campbell & Aulizio, 2012; Westmoreland, 2017). I tillegg er tvangsbruk krevende både faglig og juridisk (Syse, 2016). En særlig etisk og klinisk utfordring er bruk av tvang hos pasienter med traumehistorie. I Norge fattes årlig rundt 8000 vedtak om tvangsinnleggelse, og til enhver tid er i underkant av 700 personer tvangstilbakeholdt på tvang (Syse, 2019).

Det politiske systemet i flere land retter fokus mot en minimering av bruken (Clausen, Larsen, Bulik & Petersen, 2018). I Norge har dette vært et tverrpolitisk mål siden 1999, men til tross for innføring av tiltak som var ment å skulle redusere bruken, viser statistikken at vi i liten grad lykkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I en proposisjon fra 2016 beskrives tvangsbruken som svakt økende, på samme tid som de geografiske forskjellene er store (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I et helsetjenesteperspektiv er det viktig med tall på forekomst. Slike tall kan i neste omgang både kan ha betydning når ressurser skal fordeles, og også som grunnlag for dimensjonering av spesifikke helsetjenester (Reneflot et al., 2018). Dersom man skal lykkes med å redusere tvangsbehandling, er det viktig å ha kunnskap både om typer, mengde og hva som predikerer bruk (Clausen & Jones, 2014). Under arbeidet med de Nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser som ble utgitt i 2017, ble det forsøkt å fremskaffe en oversikt over bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne med spiseforstyrrelser i Norge. Innhentede data fra NPR viste seg imidlertid mangelfulle, og ikke i samsvar med den kunnskap klinikere hadde om antall fattede vedtak (Helsedirektoratet, 2017a). Det er til dags dato ikke publisert studier av forekomsten av spiseforstyrrelser i Norge (Reas & Rø, 2018). Problemet med mangel på gode data for å vurdere omfanget, er kjent fra tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Ny forskning bør bygge på eksisterende forskning, og i så måte gir systematiske oversikter en samlet oversikt over forskningsstatus (Jamtvedt, Lund & Nortvedt, 2014). Når det gjelder tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler, fins det så langt bare to metaanalyser som omhandler spiseforstyrrelser (Clausen & Jones, 2014; Elzackers, Danner, Hoek, Schmidt & Elburg, 2014). Det er kjent i fagmiljøet at det generelt er begrenset litteratur på dette området, og særlig fins det få studier som ser på bruk av tvungen ernæring (Carney, 2006).

Psykisk helsevernloven (Psykisk helsevernloven, 1999) og Psykisk helsevernforskriften (Helsedirektoratet, 2012) regulerer etablering og gjennomføring av TPH. For pasienter innlagt på tvang, kan det treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (Helsedirektoratet, 2012). Mange av de juridiske spørsmålene knyttet til TPH og pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har i fagmiljøene blitt oppfattet som kompliserte (Götestam, Rosenvinge & Skårderud, 2004), men en lovrevisjon i 2006 (Endringslov til psykisk helsevernloven, 2006) bidro til større klarhet (Syse, 2016). En høyesterettsdom fra 2015 bidro til ytterligere avklaringer (Rt-2015-913, 2015).

I tillegg til å innskrenke livskvaliteten for den enkelte (Kjønstad, Syse & Kjelland, 2017), viser studier også at spiseforstyrrelser medfører betydelige samfunnsøkonomisk kostnader (Crow, 2014; Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, & Vos, 2015).

## 1.1 Avgrensning

I denne studien er det gjort tre avgrensninger, to i forhold til inklusjon og en knyttet til analyser.

Den første avgrensningen er knyttet til alder. Psykisk helsevernloven kan kun gi grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern for pasienter over den helserettslige myndighetsalder, altså over 16 år (Psykisk helsevernloven, 1999). For barn og unge under 16 år vil reglene som gjelder frivillig innleggelse komme til anvendelse (Psykisk helsevernloven, 1999), alternativt må den eller de med foreldreansvar samtykke til innleggelsen (Helsedirektoratet, 2017c). Barne- og ungdomspsykiatriske sentra ble derfor ikke inkludert i studien.

Videre ble heller ikke somatiske avdelinger inkludert, selv om tvungen ernæring *kan* gis på somatisk avdeling som ikke er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern i tilfeller der dette er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp (Psykisk helsevernloven, 1999). Somatiske avdelinger ble likevel ikke invitert, ettersom vi ønsket fokus på avdelingene som er godkjent for bruk av TPH. Fra klinisk praksis vet vi imidlertid at pasienter som behandles etter Phvl på somatiske avdelinger, gjerne overføres til psykisk helsevern når dette er tilrådelig.

Den siste avgrensningen er kjønn. Studien inkluderer 260 innleggelser, og kjønnsfordelingen viser at av disse er 7 av innleggelsene koblet til 4 unike menn. Det lave antallet menn i utvalget gjør at det ikke vil bli gjort analyser koblet mot kjønn.

## 1.2 Studiens hensikt

Studien inngår som en del av prosjektet «Bedre og redusert bruk av tvang» finansiert av Helsedirektoratet. Sigrid Bjørnelv (overlege og PhD ved RKSF) står som prosjektleder, og Helse Nord-Trøndelag (HNT) som prosjekteier. Prosjektet har to hovedmål: det ene er å kartlegge bruk av tvang ved spiseforstyrrelser i Norge i perioden 01.01.2013 til 31.12.2017, og neste mål er å arbeide med å finne forbedringsområder for bedre og redusert bruk av tvang. Masteroppgaven er knyttet til prosjektets kartleggingsmål, og vil undersøke omfang og variasjon i bruk av TPH for voksne med spiseforstyrrelser i Norge i nevnte periode.

Det vil bli presentert en oversikt over utvalget, med geografisk/regional fordeling, inkludert antall unike pasienter, kjønnsfordeling, antall pasienter innlagt på tvungen observasjon, og antall døgn på TPH. Videre vil det ses nærmere på i hvilken grad det fattes vedtak om tvungen behandling og bruk av tvangsmidler, her også med både regionale forskjeller og forskjeller mellom spesialiserte og allmennpsykiatriske avdelinger.

En særlig etisk og klinisk utfordring er knyttet til bruk av tvang hos pasienter med traumehistorie, ettersom bruk av tvang potensielt kan oppleves retraumatiserende. Bruken av TPH hos pasienter med traumehistorie vil bli spesifikt beskrevet, også fordi tidligere funn har vist at nært 20 % av pasientene med spiseforstyrrelser har opplevd minst en traumeepisode (Backholm, Isomaa & Birgegård, 2013).

### 1.2.1 Overordnet mål

Masteroppgavens overordnede mål er å kartlegge omfang og variasjon i bruk av tvungen behandling av spiseforstyrrelser i Norge. Målet knyttes til behov for tall på forekomst i et helsetjenesteperspektiv, og som presentert innledningsvis vil dette kunne gi nødvendig informasjon både knyttet til bruk av TPH, bruk av tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler. Videre vil vi se nærmere på pasienter med traumehistorikk, da tidligere funn indikerer at traumer kan knyttes til spiseforstyrrelser.

### 1.2.2 Forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i problemstillingen presenteres følgende forskningsspørsmål:

Forskingsspørsmål 1: Hva var omfanget av TPH knyttet til pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 1. januar 2013 til 31. desember 2017?

Forskingsspørsmål 2: Hvordan var den regionale variasjonen i bruk av allmennpsykiatriske og spesialiserte avdelinger, samt for bruken av tvungen behandling og tvangsmidler?

Forskingsspørsmål 3: Hvor stor andel unike pasienter som behandles på TPH for spiseforstyrrelser hadde traumehistorie, og hvordan var bruken av tvungen behandling og tvangsmidler for denne pasientgruppen?

## 2 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser med somatiske symptomer og komplikasjoner. Et fellestrekk er karakteristiske symptomer knyttet til mat, kropp og vekt, men lidelsen arter seg ulikt i både form og grad (American Psychiatric Association, 2013). Andre fellestrekk er høyt lidelsestrykk, samt at motivasjon for behandling ofte er mangelfull, og at behandlingsforløp kan ta år (Skårderud, 2000). Videre kan manglende sykdomsinnsikt føre til både etiske og juridiske utfordringer (Syse, 2016).

Ulike diagnosesystemer har ulike kriterier for differensiering av type spiseforstyrrelser. I dag er ICD-10 (WHO) det offisielle diagnosesystemet i Norge. Det amerikanske diagnosesystemet DSM (nå DSM-5) benyttes imidlertid i hovedsak både ved nasjonal og internasjonal behandlingsforskning (Helsedirektoratet 2017). Begge systemene inneholder kliniske beskrivelser og diagnosekriterier (Malt, 2018), og begge er under stadig utvikling (Nøvik, 2010). I denne studien er spiseforstyrrelser definert som lidelser som fyller de diagnostiske kriteriene i klassifikasjonssystemet ICD-10 (WHO, 1992), dette i tråd med den kliniske praksisen i Norge.

En studie har vist at rundt 50 000 norske kvinner til enhver tid antas å ha en spiseforstyrrelse (Rosenvinge, 2002). Helsedirektoratet (2017b) antar at 0,5 % av norske kvinner har anoreksi, og 1-2 % har bulimi (Helsedirektoratet, 2017b). Når det gjelder menn, kan det synes som om de utgjør 10 % av det totale antallet pasienter med spiseforstyrrelser (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Mens insidensen av anoreksi synes å holde seg stabil, øker forekomsten noe for bulimi (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Ulike internasjonale studier viser imidlertid noe variasjon, og sprik kan knyttes opp mot valgt diagnosesystem, da DSM-5-kriteriene øker andelen med anoreksi og bulimi sammenlignet med ICD-10 (Smink et al., 2012; Smink et al., 2013; Keski-Rahkonen et al., 2016; Hoek, 2016; Rosenvinge et al., 2015). Det er kjent at traumeeksponering kan gi økt risiko for spiseforstyrrelser (Trottier, 2017).

En norsk studie fant at pasienter som har hatt en ekstremt lav KMI, kan få langvarig nedsatt reduksjon i kognitiv funksjon (Weider, Indredavik, Lydersen & Hestad, 2015). Vektoppgang regnes også som en signifikant prediktor for bedring av spiseforstyrrelsespatologien, og jo tidligere en vektoppgang kan etableres, jo bedre (Accurso, 2014). Studier viser imidlertid at til tross for behandling, vil bare 50 % av pasientene med spiseforstyrrelser bli helt friske. 30 % oppnår noe bedring av symptomene, mens 20 % forblir alvorlig syke (Keel, 2010; Steinhausen, 2000; Westmoreland, 2017).

#### 2.1.1 Diagnostiske kriterier og alvorlighetsgrader

Her følger en kortfattet oversikt over de diagnostiske kriteriene for ulike typer spiseforstyrrelser. For å stille diagnosen anoreksi (F50.0) etter ICD-10, kreves følgende fem symptomer (WHO, 1992):

- a) Kroppsvekt minst 15 % under forventet vekt, eller KMI  $\leq 17,5$  (manglende vektøkning prepubertalt)



- b) Vekttapet er selvfremkalt ved at «fetende mat» unngås, eventuelt bruk av vektreducerende metoder
- c) Forstyrret kroppoppfatning, med vedvarende frykt for å bli overvektig
- d) Omfattende endokrin sykdom som omfatter hypofyse/hypothalamus akselen
- e) Ved prepubertale utbrudd fører til forsinket pubertal utvikling

Atypisk anoreksi (F 50.1) er kategorien som benyttes for individer som mangler ett eller flere av de mest sentrale symptomene, men som ellers har et ganske typisk klinisk bilde.

ICD-10 graderer ikke spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad, men komplikasjoner og behandlingsnivå ofte har en sammenheng med lidelsens alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2017a). En mye brukt målestokk er kroppsmasse indeks (KMI). KMI gir et forholdstall mellom vekt og høyde (vekt i kilo/høyde i meter x høyde i meter). Det er derfor nyttig å inkludere KMI-graderingen som beskrives i DSM-5 for anoreksi:

Vekt/høyde-forhold (KMI)	Alvorlighetsgrad
KMI > 17	Mild
KMI 16 - 16.99	Moderat
KMI 15 - 15.99	Alvorlig
KMI <15	Ekstrem

For diagnosen bulimi (F50.2) skal stilles, kreves både en vedvarende opptatthet av spising, og en uimotståelig trang til mat. De diagnostiske kriteriene i ICD 10 kreves følgende tre symptomer (WHO, 1992):

- a) Vedvarende opptatthet av spising og uimotståelig trang til mat. Episoder av overspising der store matmengder blir konsumert på kort tid.
- b) Vektkompenserende adferd i form av eksempelvis selvframkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler eller sultperioder.
- c) Sykelig frykt for overvekt.

Diagnosen atypisk bulimi (F 50.3) brukes i tilfelles der pasienten mangler en eller flere av nøkkelegenskapene ved bulimi, men som ellers viser mye av det kliniske bildet. Ofte er pasienten normalvektig eller noe overvektig. Typisk er perioder med overspising etterfulgt av oppkast eller avføring. Delvise symptomer i kombinasjon med symptomer på depresjon er heller ikke uvanlig (WHO, 1992).

Heller ikke her inneholder ICD-10 gradering av lidelsen, men DSM-5 knytter alvorlighetsgraden til antall episoder med oppkast og/eller overspising:

Antall episoder overspising/oppkast	Alvorlighetsgrad
1 - 3 episoder pr. uke	Mild
4 - 7 episoder pr. uke	Moderat
8 - 13 episoder pr. uke	Alvorlig
>14 episoder pr. uke	Ekstrem

ICD-10 mangler diagnostiske kriterier for overspisingslidelse. Denne pasientgruppen kodes pr. i dag som F 50.8 (andre spesifiserte spiseforstyrrelser), eller som F 50.9 (uspesifisert spiseforstyrrelse) (Helsedirektoratet, 2017). I sistnevnte kategori havner mange pasienter som har en spiseforstyrrelse uten å fylle diagnosekriteriene for verken anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Pasientene kan likevel ha et betydelig symptomtrykk, og derav behov for behandling (Helsedirektoratet, 2017a).

Tall viser at mellom 30 og 50 % av menneskene med spiseforstyrrelser beveger seg mellom de ulike diagnosene (Rosenvinge, 2012). I det videre vil derfor samlebetegnelsen «spiseforstyrrelser» bli benyttet.

### 2.1.2 Somatiske komplikasjoner og mortalitet

Det er kjent at alvorlige somatiske komplikasjoner kan oppstå (Bjørnelv, 2018; Elzackers, 2017; Finn Skårderud, 2000). Større vekttap påvirker ulike organsystemer, og i neste omgang kan underernæring påvirke de psykiske symptomene negativt. Behandlingen krever altså bred kompetanse på flere områder, og et godt samarbeid mellom ulike spesialister er derfor nødvendig (Bjørnelv, 2011).

På individnivå vet vi at spiseforstyrrelser ikke bare innebærer redusert livskvalitet og betydelig sykkelighet, men også betydelig økt mortalitet (Chesney, Goodwin & Fazel, 2014; Helsedirektoratet, 2017a). Spiseforstyrrelser er den psykiske lidelsen med høyest dødelighet, nest etter ruslidelser (Clausen et al., 2018; Westmoreland et al., 2017). Flere studier tyder på at jo lengre pasientene er syke, jo større er risikoen for tidlig død (Franko et al., 2013; Huas et al., 2011). Videre er også risikoen for selvmord økende i takt med sykdomsvarigheten (Fennig & Hadas, 2010). Alvorligheten understrekes ved at spiseforstyrrelser i stadig økende grad anerkjennes som en vesentlig årsak til økt sykkelighet og dødelighet (Arcelus, Mitchell, Wale & Nielsen, 2011). Dødsårsak er ofte selvmord eller medisinske komplikasjoner relatert til lidelsen, og gjennomsnittsalderen for dødsfall er 34 år (Westmoreland et al., 2017).

### 2.1.3 Disponerende og utløsende faktorer

Spiseforstyrrelser er lidelser der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er av betydning, men i ulik grad hos den enkelte pasient (Rikani et al., 2013) Murray, 2018). Man kan ofte se en kombinasjon av ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer (Culbert et al., 2015). Lav selvfølelse, perfektjonisme og rigiditet er personlighetstrekk som ses hyppigere hos personer som utvikler spiseforstyrrelser enn hos friske personer (Stice, Gau, Rohde & Shaw, 2017). Overopptatthet av mat, kropp og vekt er også risikofaktorer for å utvikle spiseforstyrrelse (Stice et al., 2017), samt at vår tids sosiokulturelle idealiseringen av tynnhet også har betydning (Culbert, Racine & Klump, 2015). Det er også funnet korrelasjoner mellom mobbing og spiseforstyrrelser (Sweetingham & Waller, 2008).

En norsk studie fant at seksuelle traumer var prognostisk faktor (Vrabel et al. 2010). Den totale traumebelastningen var knyttet til spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad, sekundær psykososial svekkelse, psykiatrisk komorbiditet og negativt selvilde (Backholm et al., 2013).

Data antyder at de ulike faktorene også virker sammen med genetisk risiko (Bulik, Kleiman & Yilmaz, 2016; Culbert, 2015). slik at bakgrunnen for utvikling av spiseforstyrrelser er altså multifaktoriell. Det skilles mellom hvilke forhold som disponerer, og hvilke forhold som kan utløse en spiseforstyrrelser (Bjørnelv, 2018; Skårderud, 2010). Dette kan oppsummeres slik:

<b>Disponerende faktorer</b>	<b>Utløsende faktorer</b>
Genetikk/biologi	Tapsopplevelser og/eller konflikter
Personlighetstrekk	Mobbing, særlig knyttet til vekt
Familiære forhold og/eller relasjonstraumer	Overopptatthet av mat, kropp og vekt
Sosiokulturelle bidrag	Store prestasjonskrav
Traumehistorikk	Endrede livsforhold

### 2.1.4 Traumehistorikk

En studie som undersøkte prevalensen av traumehistorikk hos pasienter med spiseforstyrrelser behandlet i svenske spesialavdelinger, og fant at 18,6 % av pasientene hadde opplevd minst en traumeepisode. Av disse rapporterte 24,2 % av pasientene om ytterligere minst ett traume (Backholm, Isomaa & Birgegård, 2013). En amerikansk studie (N = 5692) fant at pasienter med spiseforstyrrelser hyppigere rapporterte om traumehistorikk sammenlignet med totalbefolkningen (Wonderlich, 2012; Helsedirektoratet, 2017a). En norsk studie har også funnet at traumehistorikk kan knyttes til spiseforstyrrelser (Amstadter, 2013).

Funn har også vist at den totale mengden traumebelastninger kan knyttes til spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad, sekundær psykososial svekkelse, psykiatrisk komorbiditet og et negativt selvbylde (Backholm et al., 2013). Mange pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har altså en traumehistorie, noe som kan skape særlige utfordringer ved gjennomføring av tvungen behandling. For personalet er det en ekstra utfordring å gi god behandling uten samtidig å retraumatisere pasienten.

Når det gjelder traumer, viste en studie at seksuelle traumer var den hyppigst rapporterte formen for traume (Backholm et al., 2013). Mobbing er også anerkjent som en prognostisk faktor (Sweetingham & Waller, 2008). Relasjonstraumer omhandler traumer påført i ung alder av omsorgspersoner, og er også anerkjent som en disponerende faktor. Disse faktorene er også kjent fra klinisk praksis, og i denne studien er det traumer i form av mobbing, seksuelle traumer og/eller relasjonstraumer det vil bli sett nærmere på.

## 2.2 Lovgrunnlag

Anerkjennelsen av psykiske lidelser har en lang historie i Norge, og allerede i middelalderen fantes en lovfestet plikt om å ta vare på de som var ute av stand til å ta vare på seg selv (Brown, 1992; Syse, 2016, s. 366). I Norge er det Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999 som regulerer det psykiske helsevernet (Psykisk helsevernloven, 1999). Dagens lov avløste 1961-loven, og før den tid ble tvangsvernet regulert av 1848-loven om «Sindsyges Behandling og Forpleining» (Syse, 2016). Loven av 1848 bidro til et skifte fra synet på mennesker med psykiske lidelser

som uhelbredelige, til en forståelse av at dette var sykdommer man med behandling kunne bli frisk av (Norvoll & Husum, 2011). Loven av 1961 innebar lite nytt sett opp mot hvordan loven av 1848 fungerte i praksis, på samme måte som loven av 1999 ikke representerte et stort skifte fra forståelsen av loven av 1961 (Syse, 2019). Innholdsmessig utvikling skjer altså mens loven er virkende, enten gjennom supplerende forskrifter og/eller gjennom rettspraksis (Syse, 2016, s.27). Sett i et historisk lys vet vi at for inntil rundt 40 år siden, iverksatte helsepersonell bruk av tvang dersom de selv anså behovet som sterkt (Syse, 2013). Endringene i lovverket har gradvis kommet til, gjennom et økende fokus på pasienters rett til medvirkning og selvbestemmelse (Kjønstad & Syse, 2012).

Pasientrettighetene stadig blir mer regulert (Syse, 2016), noe som gir ulike utslag. Ikke bare får det konsekvenser for samspillet både mellom politisk og økonomisk styring, men også mellom juridisk kontroll og medisinsk skjønn (Westmoreland et al., 2017). Eksempelvis ses en praksis der juridisk kontroll tydeliggjøres gjennom klagesaker for domstolene. Flere klagesaker vedrørende behandlingstiltak havner i retten, slik at beslutninger knyttet til behandling, i økende grad avgjøres av en domstol fremfor medisinsk ekspertise (Westmoreland et al., 2017).

### 2.2.1 Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

Phvl kapittel 3 omtaler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, og i det følgende vil det bli gitt en kort gjennomgang av de områdene som er aktuelle for denne studien. Vedtak om tvang krever at flere prosessuelle og materielle vilkår var oppfylt. Hovedvilkåret for vedtak om tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse (Psykisk helsevernloven, 1999). Dette er et rettslig begrep uten henvisning til en spesifikk psykiatrisk diagnose, og omfatter i hovedsak psykotiske tilstander (Syse, 2016). I tillegg til hovedvilkåret oppstilles to tilleggsvilkår, der minst et må være oppfylt: a) behandlingstvilkåret, og b) farevilkåret. Pasienten må være undersøkt av to leger, hvorav den ene skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Pasienten skal også gis anledning til å uttale seg. Det er en forutsetning at behandlingstilbudet er tilfredsstillende både materielt og faglig. Det stilles også krav om at frivillighet har vært forsøkt, men at dette enten ikke har ført frem, eller at frivillighet opplagt ikke vil være formålstjenlig (Psykisk helsevernloven, 1999). Det skal også foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering, og TPH skal kun etableres dersom dette vurderes å være det beste for pasienten (Psykisk helsevernloven, 1999).

Bruk av tvang i psykisk helsevern hjemler både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Vilkårene for etablering er like, og tvungen observasjon kan benyttes i inntil 10 dager for å avklare om vilkårene for TPH er oppfylt. Overføring til TPH kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for dette er til stede (Helsedirektoratet, 2017c). TPH kan innebære tvangsinnleggelse på døgninstitusjon, eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) dersom dette vurderes å være et bedre alternativ for pasienten (Psykisk helsevernloven, 1999). TUD etableres gjerne som forlengelsen av tvungent døgnopphold, ofte for å sikre en kontinuitet i behandlingen etter utskrivning (Bremnes, 2019, s. 5).

Frem til innføringen av dagens Phvl i 2001, var det ikke juridisk hjemmel for tvungen behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, selv ikke i tilfeller der det var fare for alvorlig helseskade og død (Skårderud, 2010). Selv om loven av 1961 åpnet for at

alvorlige spiseforstyrrelser kunne oppfylle vilkårene for TPH, var det ingen hjemmel for tvungen behandling i form av tvungen ernæring. Etter innføring av dagens Phvl er det tydeliggjort at anoreksi kan være en alvorlig sinnslidelse når lidelsen vurderes å ha så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne, at tilstanden kan sidestilles med en psykosestilstand (Syse, 2016).

Loven praktiseres ved avdelinger for psykisk helsevern i de fire regionale helseforetakene, men gjelder også for de private institusjonene som er godkjente for bruk av tvang (Syse, 2016).

### 2.2.2 Gjennomføring av psykisk helsevern

Vedtak om TPH åpner ikke for videre behandling uten pasientens samtykke, men forutsetter et eget vedtak fattet av vedtaksansvarlige. Kapittel 4 i Phvl beskriver gjennomføring av psykisk helsevern, og her finnes paragrafene som hjemler de ulike tiltakene som kan være aktuelle ved gjennomføringen av helsevernet, inklusive tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming (Psykisk helsevernloven, 1999).

Kapittel 4-3 regulerer adgangen til å iverksette skjerming, og knyttes til pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Det er den faglig ansvarlige som vurderer om pasienten av behandlingsmessige årsaker helt eller delvis skal holdes atskilt fra medpasienter. Dersom pasienten motsetter seg dette, eller dersom skjermingen opprettholdes ut over 24 timer, skal det fattes vedtak. Vedtak skal nedtegnes uten opphold, og kan treffes for inntil to uker av gangen (Psykisk helsevernloven, 1999).

Tvungen behandling er regulert i Phvl § 4-4, og kan omhandle ulike terapiformer, inkludert eksempelvis samtaleterapi og miljøterapi (Helsedirektoratet, 2017c). I denne studien er fokuset rettet mot legemidler (§ 4-4 a) og tvungen ernæring (§ 4-4 b) (Psykisk helsevernloven, 1999). Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen, og maksimal varighet er tre uker. Vedtaket fornyes dersom vilkårene fremdeles er oppfylt. Det er en forutsetning at tvangsbehandlingen er i klar overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis (Psykisk helsevernloven, 1999). Dersom det er nødvendig å utøve tvang (fysisk holding eller mekaniske tvangsmidler) for å gjennomføre behandlingen, må det treffes særskilt vedtak om dette (IS-1/2017). I kommentaren presiseres også at hjemmelen for å iverksette behandling mot pasientens samtykke, ikke inkluderer hjemmel for å benytte fysisk makt for å få gjennomført tiltaket, men at det i tillegg må treffes et eget tvangsmiddelvedtak etter § 4-8. NICE Guidelines inneholder lite spesifikt rettet mot tvungen behandling hos pasienter med spiseforstyrrelser, men påpeker imidlertid at tvungen ernæring bare gjennomføres av tverrfaglige team som har nødvendig kompetanse (NICE Guidelines, 2017).

Kapittel 4-8 regulerer bruk av tvangsmidler, og dette inkluderer mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholdning (Psykisk helsevernloven, 1999). Pasientens samtykke skal alltid være forsøkt oppnådd, eller det skal anses som åpenbart at samtykke ikke vil bli gitt (Psykisk helsevernloven, 1999).

Norsk lovgivning skiller mellom tvungen tilbakeholdelse jf. Phvl. § 3-3, og behandling uten eget samtykke (tvungen behandling, jf. § Phvl 4-4). Det betyr at dersom en pasient under vedtak om TPH også vurderes å trenge tvangsbehandling, må det fattes et selvstendig vedtak om dette (Psykisk helsevernloven, 1999). Tidligere studier har også

rapportert at mellom 13 og 44 % av pasienter innlagt på tvang med spiseforstyrrelser, minst hadde ett vedtak om tvangsbehandling (Clausen & Jones, 2014; Clausen et al., 2018).

Tidligere forskning har vist betydelige forskjeller i bruk av tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler både mellom avdelinger og regionale områder (Husum, 2010). Dette støttes også av en nyere studie som viste store forskjeller i bruk av TPH generelt i Norge (Aasland, 2018). Aasland (2018) undersøkte mulige årsaker til dette ved hjelp av spørreskjema sendt til psykiatere, psykologer, sykepleiere og andre fagpersoner. Funn derfra viste at et flertall noen ganger ville velge tiltak som ikke er hjemlet i lov, noe som kan tyde på at egne meninger fremdeles kan overstyre lovgivningen. En studie beskriver også det de omtaler som «tvang i skyggeland», der de stiller spørsmål om det brukes mer uformell tvang, eksempelvis i form av «samarbeidsavtaler» (Carney, 2005).

### 2.2.3 Samtykkekompetanse

Fra 1. september 2017 er det et vilkår for både tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern og tvungen behandling at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er utfordrende. Lovens forarbeider legger til grunn at en pasient som fyller kriteriene for en alvorlig sinnslidelse, og som ønsker å innta minimalt med næring til tross for overhengende fare for liv og helse, som hovedregel vil anses å mangle samtykkekompetanse (Prop. 147 L (2015-16)). Dette støttes også av litteraturen, der det bekreftes at en sultende hjerne medfører redusert kognisjon og mental kapasitet (Elzakkers, Danner, Hoek & Elburg, 2016) (Schmidt et al., 2016). Reduksjonen er assosiert med lav KMI (43% av de med KMI <15), lav sosial fungering, problemer med set-shift og tidligere behandling av anoreksi (Elzakkers et al., 2016). Pasienter kan være preget av «vrangforestillingen» knyttet til matinntak og reell kroppsstørrelse, og fremviser i noen tilfeller en klart forstyrret realitetsoppfatning (Ayton, Keen & Lask, 2009).

En høyesterettsdom fra 2015, hvor en kvinne med alvorlig anoreksi begjærte seg utskrevet fra tvungent psykisk helsevern, stadfester også at vilkåret om samtykkekompetanse ikke vil stå i veien for å anvende TPH ovenfor denne pasientgruppen (Rt-2015-913, 2015). Dommen sier at saksøker grunnet sin sykdom antas å ha en *alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av eget kroppsutseende, vekt og fungering*. Videre sier høyesterettsdommen at hennes vrangforestillinger er så dominerende og styrende at hun, om hun får anledning, vil innta så lite næring at det vil være livstruende (Rt-2015-913, 2015).

Dersom man unnlater å gi nødvendig helsehjelp til denne pasientgruppen, vil dette kunne medføre store menneskelige kostnader. I tilfeller der *den anorektiske drive* er så stor at pasienten tar beslutning om å redusere næringsinntaket, og hvor dette medfører overhengende fare for helseskade, vil pasienten måtte anses å mangle samtykkekompetanse. I henhold til «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse», er det anført at dette vilkåret som regel vil være oppfylt ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser (Syse, 2019).

## 2.2.4 Pasientrettigheter

Pasientrettighetene er i hovedsak regulert av pasientrettighetsloven, og fokuser på pasienten og pasientens behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne loven virker imidlertid sammen andre lover som berører helsetjenesten, og i denne studien gjelder dette fortrinnsvis lov om psykisk helsevern. Denne presiserer at hovedregelen for psykisk helsevern, er at helsehjelp skal ytes på bakgrunn av samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999).

Pasienter underlagt TPH, kan påklage vedtak som innebærer bruk av tvang. Kontrollkommisjonen behandler klage på vedtak etter § 3-2 og § 3-3, og inkluderer tilsyn med de formelle kravene for tvangsinnleggelsen (Helsedirektoratet, 2017c). Klage på tvungen behandling behandles av fylkesmannen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Kontrollkommisjonen skal sikre den enkeltes rettssikkerhet i møtet med psykisk helsevern, og har i oppdrag å kontrollere tvangsvedtak og føre velferdskontroll (Helsedirektoratet, 2017c).

Det er altså to klageinstanser, kontrollkommisjonen som prøver om vilkårene for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og fylkesmannen som behandler klager på faglige spørsmål knyttet til behandling uten samtykke fra pasienten. Sistnevnte på bakgrunn av at klagesaker etter phvl § 4-4 bør vurderes av psykiater for å sikre tilstrekkelig faglig kompetanse for helsefaglige spørsmål (Helsedirektoratet, 2016).

## 2.3 Behandlingstilbudet i Norge

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert med fire regionale helseforetak (RHF), og hvert RHF har ansvar for å sørge for at befolkningen i egen region har tilbud om spesialiserte helsetjenester. RHF-ene kan løse dette ved hjelp av regionens sykehus, eller ved innkjøp av tjenester fra private spesialister eller sykehus. Hvert RHF består av flere helseforetak (HF), og et HF kan inkludere ett eller flere sykehus og DPS-er. De fire regionale helseforetakene er Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord (Regjeringen, 2014). Helseregionene har spesialiserte regionale avdelinger for behandling av spiseforstyrrelser for de mest alvorlig syke, og i tillegg har noen helseforetak etablert lokale spesialiserte poliklinikker og/eller sengeposter.

Behandlingstilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser kan være noe ulikt organisert innenfor de ulike RHF-ene, men alle helseregionene har regionale spesialavdelinger for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Sengekapasiteten ved de fire regionale spesialavdelingene er ulik, og i tillegg har noen helseforetak etablert lokale spesialiserte poliklinikker og/eller sengepost. Hvert RHF har ansvar for å etablere egnet organisering av spesialisert kompetanse innen arbeid med spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017a).

En studie som så på bruken av tvang ved spiseforstyrrelser, fant at forskjellene var mer relatert til avdelingens behandlingsfilosofi og personalets holdninger, enn til pasientens symptomer (Brown & Tooke, 1992).

### 2.3.1 Bakgrunn for bruk av tvang ved spiseforstyrrelser

Som hovedregel skal behandling for spiseforstyrrelser gis på frivillig grunnlag (Bjørnelv, 2018), og det er bare ved alvorlige spiseforstyrrelser det kan være aktuelt å vurdere om det er faglig og rettslig grunnlag for bruk av tvang i behandlingen (Syse, 2019).

Hovedvilkåret for etablering av TPH ved spiseforstyrrelser er at tilstanden fyller kriteriene for en alvorlig sinnslidelse, og dette vil i hovedsak vil gjelde pasienter med alvorlig undervekt. Tilleggsriteriet om alvorlig helseskade finnes også hos denne pasientgruppen på grunn av den uttalte faren for alvorlig helseskade og død (Syse, 2016). Mens tilleggsriteriet er enkelt å dokumentere, er utfordringen i klinisk praksis å vurdere om hovedkriteriet er til stede (Syse, 2018).

Etter dagens lovgivning kan altså spiseforstyrrelser fylle kriteriene for bruk av TPH dersom lidelsen har så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand (Syse, 2016). Manglende operasjonalisering av når alvorlige spiseforstyrrelser kan sidestilles med alvorlig sinnslidelse, var komplisert frem til en lovrevisjon i 2006 (Syse, 2016). Revisjonen åpnet blant annet for at pasienter innlagt på TPH kunne gis tvungen behandling i form av ernæring (Phvl § 4-4 b) ( helsevernloven, 2006). Videre bidro den tidligere nevnte Høyesterettsdommen fra 2015 til ytterligere klargjøring av rettspraksis, ved at den nettopp la til grunn at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse (Rt-2015-913, 2015).

I klinisk praksis ser man at dersom pasientens spiseforstyrrelse er så alvorlig at vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, vil ofte både tilleggsriteriet om fare for eget liv eller helse også være oppfylt, i tillegg til behandlingsvilkåret (Syse, 2016). Høyesterett vektla i den nevnte dom evnen til å realistisk vurdere eget utseende, kroppens vekt og fungering og de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn nødvendig. Retten fant at den *anorektiske drive* kan være så sterk at pasienten handler på denne, fremfor å forholde seg til kjensgjerningene. Dommen slår fast at dersom vrangforestillingene om egen kropp og dens behov gis forrang, kan tilstanden likestilles med psykose (Rt-2015-913, 2015). Det skal imidlertid alltid foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud for spiseforstyrrelsen ved institusjonen før vedtak fattes (Helsedirektoratet, 2017a).



## 3 Materiale og metode

Studien benytter kvantitativ metode med spørreskjema som datainnsamlingsmetode (Ringdal, 2001). Metoden ble valgt da målet med studien var å fremskaffe en landsomfattende oversikt.

### 3.1 Litteratursøk

Det ble innledningsvis utført systematiske og strukturerte litteratursøk i ulike databaser for å innhente relevant forskningslitteratur. Ulike databaser ble brukt, Google Scholar, MedLine, Cochrane Library, SveMed+ og PubMed. Nøkkelordene som ble benyttet var: Eating disorders, anorexia nervosa, compulsory treatment, coercion, comorbidity, involuntary treatment, involuntary admission, outcome research, mortality, spiseforstyrrelser, tvungent psykisk helsevern. Nøkkelordene ble brukt i ulike kombinasjoner, og kun engelsk- og norskspråklig litteratur ble inkludert. Relevante artikler bidro til ytterligere litteratur ved gjennomgang av referanselistene.

Lovdata ble benyttet for søk etter aktuelle lover, forskrifter, stortingsvedtak og dommer. Nøkkelordene i denne sammenheng var: spiseforstyrrelser, anoreksi, anorexia nervosa, lov om psykisk helsevern, psykisk helsevernloven og tvungent psykisk helsevern.

### 3.2 Spørreskjema

Spørreundersøkelser er den mest brukte datainnsamlingsmetoden (Hellevik, 2015), og i denne studien ble spørreskjemaet rettet mot helsepersonell ved relevante sykehus og DPS-er. Data som ble etterspurt var informasjon om enkeltpasienter som hadde vært innlagt for behandling av spiseforstyrrelser ved avdelingen i perioden. Dataene kunne hentes ut fra pasientjournaler. Spørreskjemaets 21 spørsmål fordelte seg på fem deleskalaer:

- 1) Pasientvariabler (demografiske, kjønn, alder, innleggelsessted, tidligere tvang)
- 2) Sykdomsvariabler (sykdomsvarighet, komorbiditet, traumehistorikk)
- 3) Indikasjon for innleggelse på TPH
- 4) Ulike former for tvang i behandling
- 5) Status ved opphør av TPH

For at spørreundersøkelsen ikke skulle oppleves unødig belastende for respondentene, ble det jobbet med å utarbeide relevante og meningsfulle spørsmål som kunne la seg besvare uten for mye tidsbruk (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det var også et mål at spørsmålene skulle være klare og presise, med nøytrale ordvalg (Ringdal, 2001).

For å øke responsraten, ble det benyttet ulike effektive virkemidler (Edwards, 2002): I startfasen ble studien presentert for sentrale fagpersoner et møte i Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser. Det ble vektlagt at både informasjonsbrevet og spørreskjemaet var kortfattet. Ved utsending ble det vedlagt en adressert og frankert svarkonvolutt. To av virkemidlene ble imidlertid ikke etterfulgt: det ene er personlig stiledede brev, ettersom det ikke var kjent hvem som burde stå som mottaker, og det andre er løfte om gevinst for å svare. Imidlertid ble det siste rådet om påminnelser

etterfulgt (Edwards et al., 2002; Ringdal, 2001), og det ble purret via direkte telefonkontakt.

Et førsteutkast av spørreskjemaet ble gjennomgått med biveileder og Øyvind Rø, forskningsleder ved RASP. Deretter ble det gjennomført en pilotundersøkelse (Ringdal, 2001), der fire erfarne behandlere testet erfaringene med å besvare skjemaet. Dette for å sikre at spørreskjemaet ikke inneholdt skjulte feil eller mangler. Før spørreskjemaets endelige utgave, ble det presentert for Brukerrådet ved RKSF. Det var et uttalt mål at opplysningene som etterspørres relativt enkelt skulle la seg finne i journalsystemet, og gjennomgangene førte til ytterligere konkretiseringer.

Spørreskjemaet åpner med en kort innledning som beskriver prosjektet (vedlegg 1). I utsendelsen ble det også vedlagt kopi av godkjenningen fra REK (vedlegg 2).

### 3.2.2 Rekruttering og informanter

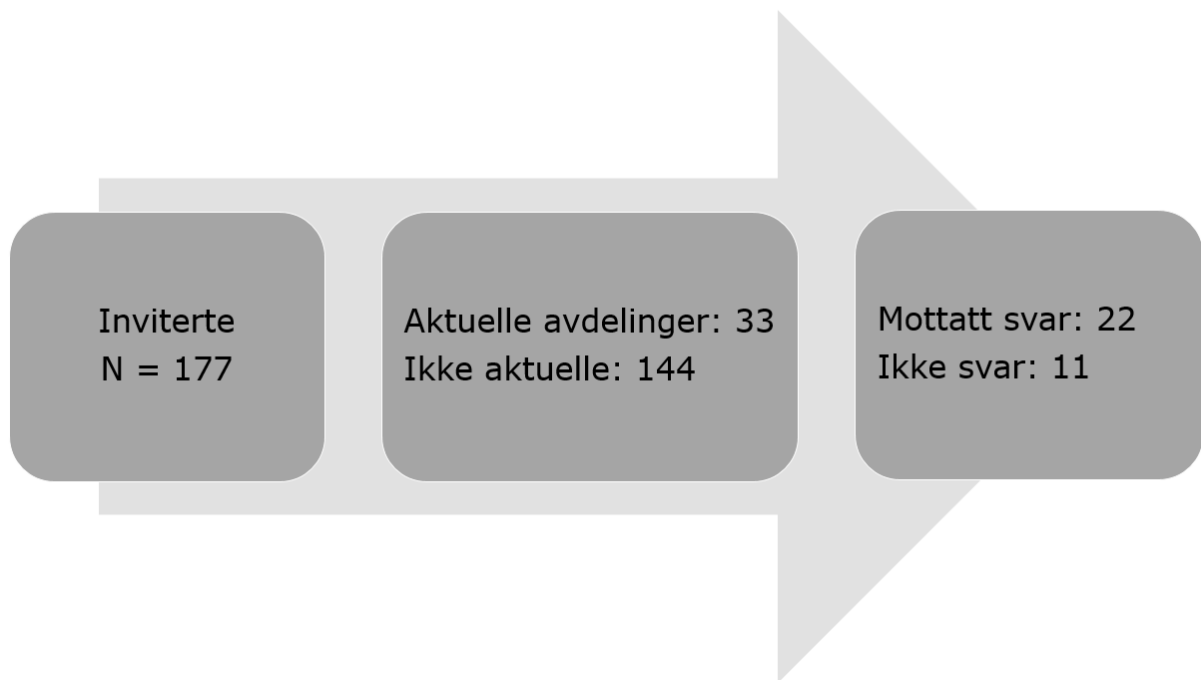
Phvl krever at institusjoner som skal ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern er spesielt godkjent for dette, og godkjenningsmyndigheten er lagt til Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017c). Imidlertid er Helsedirektoratets siste oversikt over godkjente behandlingssteder fra 2006. Med denne som utgangspunkt, ble oversikten supplert med institusjoner som listes opp fra «Velg behandlingsted» ved Helsenorge.no i 2018. Videre ble Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser og Regionalt senter for vold og traumatisk stress kontaktet, og oversiktslister ble utvekslet. Dette bidro til at en ytterligere komplementering av oversiktene på alle sider av samarbeidet. Til sist ble listen kvalitetssikret av kontaktpersoner i regionale og nasjonale kliniske nettverk.

Ved utsendelsen av spørreskjemaet til de aktuelle avdelingene, ble institusjonsnavn og adresser ført opp i en egen oversikt. Denne inkluderte telefonnummer og navn på eventuelle kontaktpersoner. Videre var det kolonner for mottatt svar, inkludert om behandlingsinstitusjonen besvarte at de ikke hadde hatt pasienter med spiseforstyrrelser på TPH i gitte periode. For å få høyest mulig deltagelse, ble det tilbudt å reise til de avdelingene det manglet data fra, dersom de ønsket bistand til utfyllingen av spørreskjema. I forkant ble en seniorkonsulent ved journalsystemet DIPS kontaktet for veiledning i fremgangsmåte for søk i systemet, konkret relatert til vårt formål. Dette arbeidet bidro til ytterligere 132 utfylte spørreskjemaer.

I denne masteroppgaven skiller det mellom to behandlingsnivå, allmennpsykiatrisk eller spesialisert. Med allmennpsykiatrisk avdeling menes DPS-avdelinger, akuttavdelinger og ikke-spesialiserte døgnavdelinger. Avdelinger med spesialiserte behandlingstilbud for spiseforstyrrelser omtales som spesialiserte avdelinger, og her inkluderes landets fire regionale avdelinger, samt en spesialisert avdeling i Arendal.

Før det fattes vedtak om TPH, skal det alltid foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud for spiseforstyrrelsen ved den respektive avdeling (Helsedirektoratet, 2017a).

**Figur 1:** Oversikt over respons på utsendelse av 177 invitasjoner til deltagelse



Figur 1 viser at det ble sendt ut invitasjon til 177 institusjoner. 144 avdelinger meldte at de ikke hadde hatt pasienter med spiseforstyrrelser på TPH i gitte periode. Av de resterende 33 avdelingene, var det 11 avdelinger det ikke kom respons fra til tross for purring, mens 22 avdelinger bidro til studien. Dette gir en svarprosent på 67 % fra de mulig aktuelle avdelingene.

### 3.3 Dataanalysen

Spørreskjemaene ble lagt inn manuelt i statistikkprogrammet SPSS 25, og analysen av dataene ble utført herfra. Deskriptiv statistikk med krysstabeller med benyttet.

#### 3.3.1 Vurdering av frafall og svarprosent

For å vurdere hvor god en spørreskjemaundersøkelse er, er det viktig å vurdere frafallsprosenten ut fra oversikten over mulige respondenter (Ringdal, 2013).

Bruttoutvalget i denne studien består av de 177 avdelinger som fikk tilsendt spørreskjema. 144 svarte altså at de enten ikke godkjente for bruk av tvang eller ikke hadde hatt pasienter med spiseforstyrrelser på TPH i den aktuelle perioden. Denne informasjonen er ment for å forklare at frafallet ikke er tilfeldig, og er i så måte viktig for å bekrefte at nettoutvalget er systematisk forskjellig fra bruttoutvalget (Psykisk helsevernloven, 1999). Nettoutvalget blir i så måte 33 avdelinger, hvorav 22 bidro med data. Dette gir en svarprosent på 67.

#### 2.3.2 Statistiske analyser

For å beskrive utvalget, ble det innledningsvis benyttet deskriptiv statistikk over demografiske data. Antall innleggelser, antall unike pasienter og antall liggedøgn ble

også rapportert. Pasienter som ble innlagt etter vedtak om tvungen observasjon (§ 3-2), og ikke overført til § 3-3 med mulighet for å fatte vedtak om tvungen behandling, ble ekskludert i analysene som gjelder bruk av tvang.

Deskriptiv statistikk ble også benyttet for å se på frekvensen av tvangsbehandling og tvangstiltak, og episodene ble sett opp mot Regionale helseforetak.

Krysstabeller brukes for å se på sammenhenger mellom eksempelvis, som i denne studien, svaralternativer i spørreskjemaet. For å etter regionale variasjoner, ble kjikvadrattest benyttet. Variablene ble analysert i krysstabeller hvor man kan studere hvordan variablene samvarierer (Ringdal, 2001). Kjikvadrattesten brukes for å teste hypoteser om statistisk sammenheng mellom to variabler basert på en krysstabell (Ringdal, 2001).

P-verdi sier noe om sannsynlighetsgraden for våre observasjoner er tilfeldig for utvalget vi studerer. Når det velges signifikansnivå for en analyse, velger man risikoen for aksept tilfeldige observasjoner. I denne studien er det valgt et signifikansnivå på fem prosent, noe som tilsvarer en p-verdi på .05 eller mindre. Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene viser reelle forskjeller, og ikke tilfeldigheter eller feil knyttet til kartleggingen. Testen kan si når vi med høy grad av sikkerhet kan komme med en bestemt påstand, og når vi må nøye oss med å konkludere at datamaterialet ikke gir grunnlag for påstanden

For å kunne se nærmere på de unike pasientene, ble innleggelser knyttet til samme pasient samlet slik at det ble mulig med analyser som omhandler antall enkeltpersoner innlagt på TPH i perioden. Alder er angitt som registrert ved første innleggelse i perioden.

### 3.4 Forskningsetiske hensyn

Forskning bør ikke gjennomføres dersom spørsmålet allerede er besvart, dette blant annet for å unngå unødvendig bruk av begrensede forskningsressurser, og for å ikke belaste helsepersonell med deltakelse i unødvendige prosjekter (Jamtvedt, 2014). Videre er troverdighet alltid en grunnleggende forpliktelse, og dette gjelder både faglig, forskningsmetodisk og etisk (Befring, 2015). Helseforskningslovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig forskning (Helseforskningsloven, 2008), og forskning reguleres av mange årsaker, ikke minst av hensynet til menneskeverdet, og for at både samfunnet og forskningsdeltakere skal ha tillit til at forskningen (NOU 2005: 1, 2005). Ettersom denne studien har en forankring ved Sykehuset Levanger, er det forskningsavdelingen ved Helse Nord-Trøndelag som har det overordnede ansvaret for kontroll av at forskning gjennomføres i tråd med lovverket. I tråd med foretakets retningslinje, ble intern godkjenning fra Data Access Committee (DAC) innhentet før REK-søknad ble sendt.

REK godkjente at personopplysninger ble behandlet uten samtykke fra den enkelte deltaker. Dette ble begrunnet med a) at det er vanskelig å innhente samtykke på grunn av studiens omfang, og b) forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Dette er også i samsvar med NOU 2005: 1, som åpner en interesseavveining mellom blant annet forskningsdeltakeres, samfunnets og forskningens særlige interesser (NOU 2005: 1, 2005). Studien ble videre godkjent av REK (vedlegg 2), som vurderte at studien oppfylte lovens krav. Komiteen

viser i sitt svarbrev til helseforskningslovens § 35, og gir dispensasjon fra taushetsplikt slik at opplysninger kunne gis av helsepersonell til bruk i denne studien. Videre konkluderte REK med at forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet, og at hensynet til deltageres velferd og integritet er ivaretatt. For utfyllende informasjon vises til vedlegg (vedlegg 2).

Gjennom spørreskjemaet ble personopplysningene gjort delvis identifiserbare gjennom pasientenes fødselsdato og initialer. Dette begrunnes både med ønsket om å kunne følge enkeltpasienter over tid, samt for å sikre at ikke samme pasient ble telt flere ganger. Det er et forskningsetisk krav at respondentene ikke skal lide overlast, og resultatene av studien publiseres slik at ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Graden av personidentifikasjon er vurdert å ikke være større enn nødvendig for å nå kartleggingens formål, og opplysningene er vurdert som relevante og nødvendige for å nå studiens formål (Helseforskningsloven, 2008). Forskning som involverer helseopplysninger utløser særlige krav både til forsvarlighet og etisk bevissthet (NOU 2005:1, 2005). Helse Midt-Norges IT-avdeling opprettet et område for lagring og behandling av våre data. Området er kun tilgjengelig for de som er inkludert i studien, i henhold til protokoll som er sendt REK. Spørreskjemaenes papirutgave ble lagret bak to låser, i låst skap på låst kontor.

## 4 Resultater

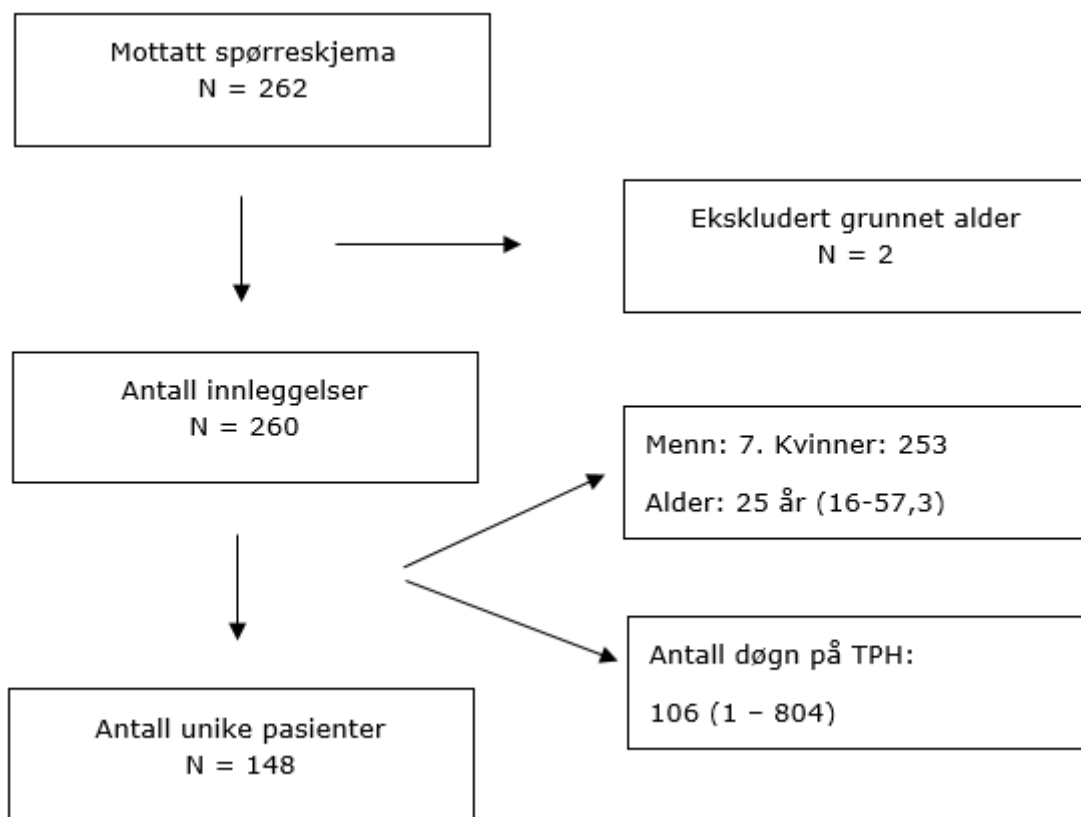
Omfang og variasjon av tvungen behandling for pasienter med spiseforstyrrelser i Norge i registreringsperioden.

### 4.1 Omfanget av TPH

Materialet stammer fra 22 avdelinger, og består av opplysninger fra 262 innleggelser.

#### 4.1.1 Antall registrerte innleggelser

**Figur 2:** Oversikt over omfanget av innleggelser der TPH ble benyttet i perioden



Figur 2 viser at to av besvarelsene ble ekskludert fra studien, ettersom pasientene var henholdsvis 14 og 15 år, og altså for ung til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Totalt antall registrerte innleggelser i perioden er derfor 260.

Videre viser figuren en uttalt skjevhet i kjønnsfordelingen, med nesten utelukkende kvinnelige pasienter.

Gjennomsnittsalder ved innleggelse var 25 år, med variasjon fra 16 til 57,3 år.

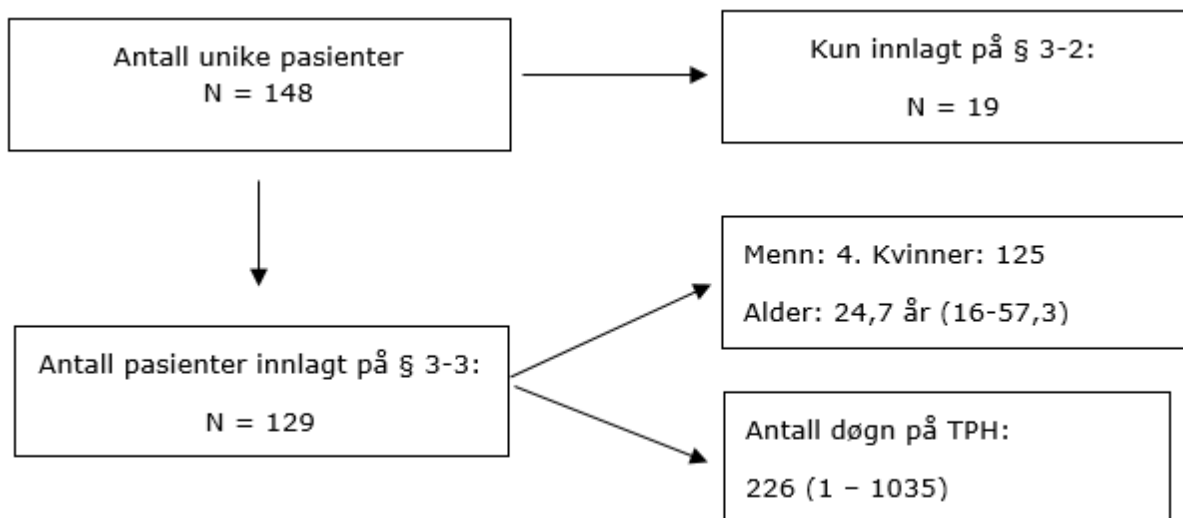
Mange pasienter hadde gjentatte innleggelser på tvang i perioden, slik at antallet unike pasienter er 148. Gjennomsnittlig innleggesvarighet var på 106 dager, med en variasjon på alt fra 1 til 804 dager.

De 260 innleggelsene fordelte seg over 5 år fra 2013 – 2017. Vi har ikke dato for innleggelsene, og kan dermed ikke si noe om fordelingen. I gjennomsnitt er det 52 innleggelser per år, eller en innleggelse i per uke i 5-årsperioden som studien omfatter.

#### 4.1.2 Unike pasienter i utvalget

Materialet består av 260 innleggelser fordelt på 148 unike pasienter.

**Figur 3:** Oversikt over unike pasienter

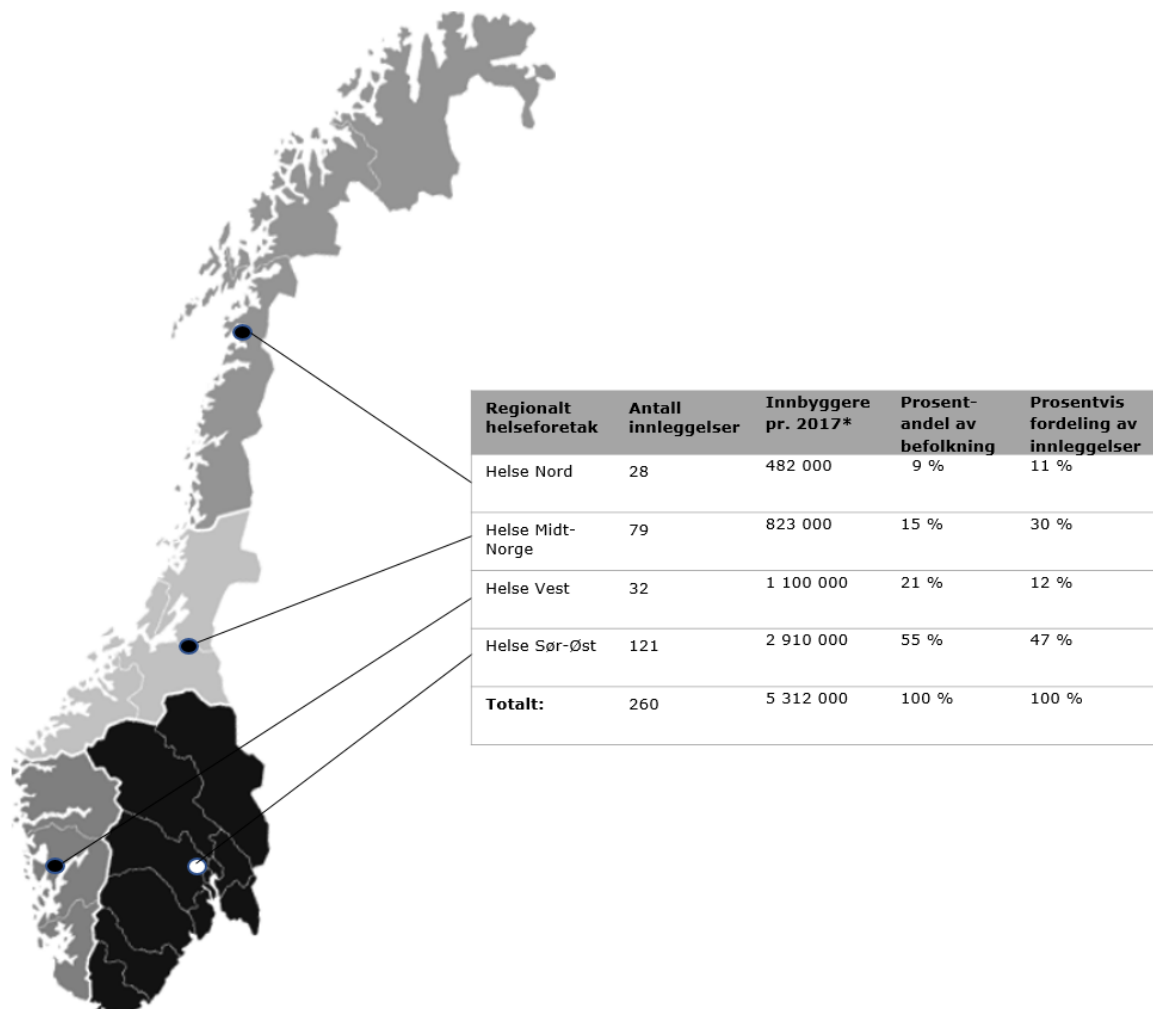


Figur 3 viser oversikt over studiens 148 unike pasienter. 19 av disse var kun innlagt til tvungen observasjon (§ 3-2). 129 pasienter var innlagt etter vedtak om TPH (§ 3-3). Av disse var 4 menn og 125 kvinner. Totalt gjennomsnittlig antall døgn på TPH var 226, med en variasjon på 1 – 1035 døgn totalt.

Av de 129 pasientene på § 3-3, hadde 66 % (N = 85) én innleggelse på TPH (§ 3-3) i perioden. 30 % (N = 39) hadde fra to til fem innleggelser, mens 4 % (N = 5) hadde fra syv til nitten innleggelser.

### 4.1.3 Regional fordeling av omfanget

**Figur 4:** Omfanget fordelt på helseregioner (N = 260)



\*Innbyggertall pr. 1. januar 2017 hentet fra Statistisk sentralbyrå (2017).

Figur 4 viser antall innleggelser på TPH i de ulike regionene sett opp mot regionens befolkningsandel. Figuren viser at Helse Sør-Øst hadde flest innleggelser sett opp mot totalen, med 47 % (N = 121) av samtlige. Helse Nord hadde minst innleggelser, med 11 % (N = 28). Begge disse helseforetakene hadde tilnærmet prosentvis lik andel innleggelser som prosentandel av befolkningen tilsier.

Helse Vest hadde 12 % av innleggelsene (N = 32), altså noe lavere enn befolkningsandelen. Helse Midt-Norge hadde 30 % (N = 79) av innleggelsene i registreringsperioden, altså omtrent dobbelt så mange som helseregionens prosentandel av befolkningen.



## 4.2 Regional variasjon i organisering av tjenestene

### 4.2.1 Regional fordeling av behandlingsnivå

Her presenteres det totale antallet innleggelser (N = 260) på TPH i perioden 2013 - 2017, inkludert fordelingene på RHF-nivå.

**Tabell 1:** Fordeling av innleggelser (M = 260) mellom spesialiserte og allmennpsykiatriske avdelinger

Type avdeling	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt		Helse Nord		Sum	
	N	% i RHF	N	% i RHF	N	% i RHF	N	% i RHF	N	%
Allmennpsykiatrisk avd.	62	51	23	72	51	65	0	0	136	52
Spesialisert avd.	59	49	9	28	28	35	28	100	124	48
Totalt	121		32		79		28		260	

Tabell 1 viser fordeling mellom spesialiserte og allmennpsykiatriske avdelinger i de fire regionale helseforetakene.

I Helse Nord er samtlige innleggelser registrert på spesialisert avdeling, mens i Helse Sør-Øst er det omtrent like mange innleggelser knyttet til allmennpsykiatriske som til spesialiserte avdelinger. Hovedvekten av pasientene i Helse Vest har sine innleggelser på TPH på allmennpsykiatriske avdelinger. Også i Helse Midt-Norge var en stor andel av innleggelsene ved allmennpsykiatriske avdelinger.

48 % (N = 124) av innleggelsene på TPH for spiseforstyrrelser i Norge skjer på spesialiserte avdelinger, mens 52 % (N = 136) av skjer på allmennpsykiatriske avdelinger.

### 4.2.2 Regional fordeling knyttet til unike pasienter på § 3-3

**Tabell 2:** Regional fordeling og fordeling av behandlingsnivå for unike pasienter på § 3-3 (N = 129)

Type avdeling	Antall	Prosent
Helse Sør-Øst	70	54
Helse Vest	13	10
Helse Midt	22	17
Helse Nord	24	19
Totalt	129	100
Allmenn	38	30
Spesialisert	69	53
Både allmenn og spesialisert	22	17
Totalt	129	100

Tabell 2 viser at 54 % (N = 70) av de unike pasientene med spiseforstyrrelser på § 3-3 behandles i Helse Sør-Øst, mens 10 % (N = 13) behandles i Helse Vest. Helse Midt-Norge og Helse Nord har henholdsvis 17 % (N = 22) og 19 % (N = 24) av pasientene.

I alt 30 % (N = 39) hadde bare innleggelser i allmennpsykiatriske avdelinger, mens

70 % (N = 70) var innlagt i spesialiserte avdelinger. 17 % (N = 21) har fått behandling både på allmennpsykiatriske og spesialiserte avdelinger.

#### 4.2.3 Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler

I analysene som omhandler bruk av tvungen behandling og tvangsmidler er pasienter som bare var innlagt til tvungen observasjon ekskludert (N = 19). Dette på bakgrunn av at formålet med observasjonen er å avklare hvorvidt vilkårene for TPH er til stede (§ 3-6 jf. § 3-4), og fordi behandling uten eget samtykke ikke kan benyttes under innleggelse for tvungen observasjon (se figur 3). I de resterende tabellene og analysene inngår derfor bare pasienter som har vært på § 3-3 (N=129).

**Tabell 3:** Tvungen behandling (N = 129)

Vedtak om tvungen behandling	N	%
Nei	57	44
§ 4-4 a (legemidler)	3	2
§ 4-4 b (tvungen ernæring)	62	48
Både § 4-4 a og § 4-4 b	7	5
Totalt	129	100

Tabell 3 viser at det ble fattet vedtak tvungen behandling etter § 4-4 a og § 4-4 b hos 55 % av pasientene (N = 72). Av disse hadde 2 % av pasientene (N = 3) bare vedtak om tvungen medikamentell behandling (§ 4-4 a). 53 % av pasientene (N = 69) hadde vedtak om tvungen ernæring (§ 4-4 b), og 5 % av disse (N = 7) hadde også vedtak om tvungen medikamentell behandling.

**Tabell 4:** Bruk av tvangsvedtak og tvangsmidler (N = 129)

Type	N	%
Sonde med tvang	47	36
§ 4.3 Skjerming	12	9
§ 4.8. Bruk av tvangsmiddel	41	32
Mekaniske	14	11
Kortvarig fastholding	39	30
Kortvarige legemidler	6	5
Tvangsmidler brukt 10 ganger eller mer	24	19

Tabell 4 viser at 36 % av pasientene (N = 47) fikk sonde med tvang minst én gang i løpet av innleggelsene i registreringsperioden. Vedtak om bruk av tvangsmidler ble fattet hos 32 % av pasientene (N = 41), og hyppigst brukte tvangsmiddel var bruk av kortvarig fastholding (N = 39) mens mekaniske tvangsmidler ble benyttet hos fjorten pasienter. For 19 % av de unike pasientene (N = 24) ble det rapportert om bruk av tvangsmidler i mer enn ti tilfeller i løpet av innleggelsen.

#### 4.2.3 Regional fordeling i bruk av tvungen behandling og tvangsmidler

**Tabell 5:** Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler i helseregionene for de unike pasientene (N = 129)

Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler								
	Helse Sør-Øst (N = 70)		Helse Vest (N = 13)		Helse Midt (N = 22)		Helse Nord (N = 24)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tvungen behandling								
Nei (ingen vedtak § 4-4)	30	43	8	62	6	32	13	54
Ja (minst ett vedtak § 4-4)	40	57	5	39	16	73	11	46
§ 4-4 a	3	4	0	0	0	0	0	0
§ 4-4 b	34	49	4	31	14	63	10	42
§ 4-4 a + b	3	4	1	8	2	8	1	4
Sonde uten samtykke	25	36	5	39	11	50	6	25
Tvangstiltak (§ 4-3, § 4-8)								
Skjerming	8	11	2	15	0	0	2	8
Bruk av tvangsmidler	24	34	8	62	5	23	4	17
Mekaniske tvangsmidler	5	7	4	40	3	14	2	8
Korttidsvirkende legemidler	4	6	1	8	0	0	0	0
Kortvarig fastholding	25	36	7	54	4	18	3	13
Hyppighet (mer enn 10 ganger)	17	24	4	40	3	14	0	0

Merk: flere av pasientene har vært innlagt på tvang i flere regionale helseforetak, og i denne tabellen er bruk av tvang registrert i forhold til det RHF-et der pasienten *først* var innlagt på tvang.

Tabell 5 viser bruk av ulike tvangsvedtak ved de fire regionale helseforetakene, og det er noen tegn på regional variasjon. Vedtak om tvungen behandling i form av legemidler (§ 4-4 a) uten samtidig vedtak om tvungen ernæring (§ 4-4 b) ble bare fattet for 3 pasienter, samtlige i Helse Sør-Øst. I Helse Midt var det prosentvis flest vedtak om tvungen ernæringsbehandling (§ 4-4 b), dette var signifikant forskjellig fra Helse Vest, men ikke signifikant forskjellig fra andelen i de andre helseregionene.

I Helse Vest var det en større prosentvis andel der det er fattet vedtak om tvangsmidler (62 %), spesielt i form av kortvarig fastholding (54 %). Dette var signifikant forskjellig i forhold til Helse Midt-Norge og Helse Nord, Bruken av mekaniske tvangsmidler var signifikant høyere i Helse Vest (40 %) enn i Helse Sør-Øst (7 %).

Det ble ikke er fattet vedtak om korttidsvirkende legemidler verken i Helse Nord eller i Helse Midt-Norge, og i sistnevnte region er det heller ikke fattet vedtak om skjerming. I Helse Nord var det ingen pasienter der det hadde vært benyttet tvangsmidler mer enn 10 ganger, mens dette skjedde hos 14-40 % av pasientene ide tre andre RHF-ene.

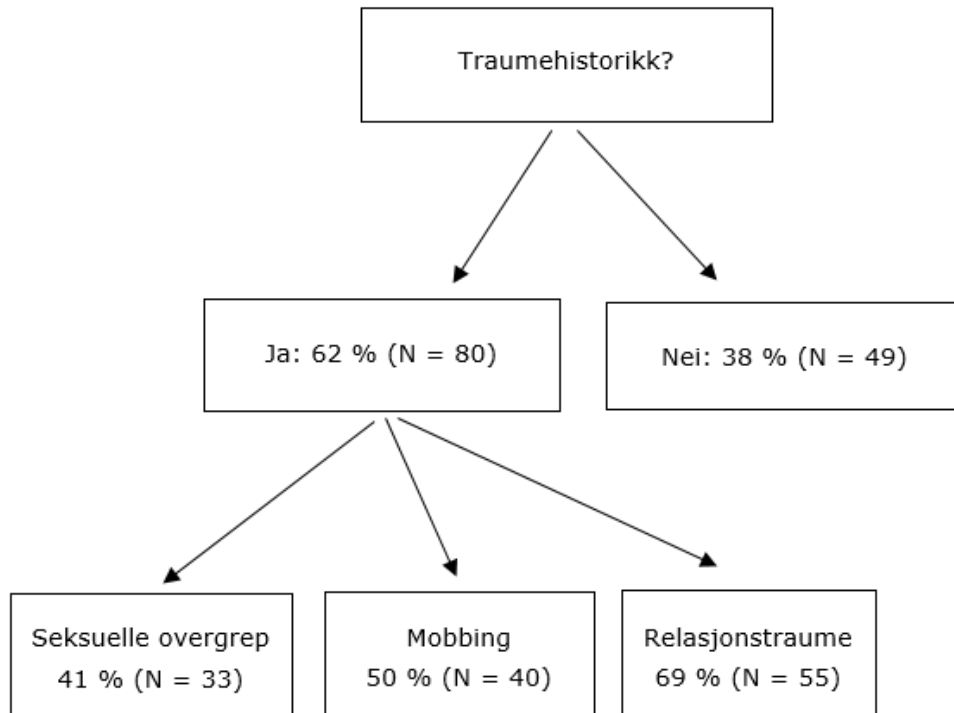
På grunn av det lave antallet N i enkelte grupper var det få statistisk signifikante forskjeller, men noen tydelige regionale forskjeller.

### 4.3 Pasienter med traumehistorikk

Som vist i figur 3, var 129 unike pasienter innlagt på § 3-3 slik at vedtak om tvungen behandling og bruk av tvangsmidler kan fattes. Det vil nå ses på andelen av disse med traumehistorikk.

### 4.3.1 Pasientenes traumeerfaring

**Figur 5:** Andel og type traumeerfaring (N = 129)



Figur 5 viser at av de 129 unike pasientene innlagt etter § 3-3, hadde 62 % (N = 80) angitt minst en traumehistorie, mens det for 38 % av pasientene (N = 49) ikke ble oppgitt traumer.

Av de 80 pasientene som hadde traumehistorikk, var relasjonstraume hyppigst rapportert. Halvparten av disse pasientene hadde vært utsatt for mobbing, mens 33 av pasientene hadde en bakgrunn med seksuelle overgrep.

**Tabell 6:** Pasientenes traumehistorikk (N = 80)

Type traume/traumer i kombinasjon	Antall	Prosent
Seksuelle traumer	8	10
Mobbing	15	19
Relasjonstraumer	21	26
-Seksuelle traumer i kombinasjon med mobbing	4	5
-Seksuelle traumer i kombinasjon med relasjonstraumer	12	15
-Mobbing i kombinasjon med relasjonstraumer	13	16
-Seksuelle traumer, mobbing og relasjonstraumer i kombinasjon	7	8
Totalt	N = 80	100

Tabell 6 viser at for de 80 pasientene der det ble angitt traumehistorie, ble det for 45 % (N = 36) angitt flere typer traumer. Videre viser tabellen fordelingen av rapporterte traumer, enten som seksuelle overgrep, mobbing eller relasjonstraumer alene, eller i kombinasjon.

Hyppigst var relasjonstraumer, som ble rapportert totalt hos 66 % (N = 53) av pasientene. Halvparten av pasientene hadde vært utsatt for mobbing (N = 39), mens 39 % (N = 31) hadde seksuelle traumer.

### 4.3.2 Bruk av tvang hos pasienter med traumehistorikk

For å se nærmere på bruken av tvungen behandling og tvangsmidler for pasienter med traumehistorie, sammenlignes pasientgruppen med pasientene som ikke har rapportert om traumer.

**Tabell 7:** Bruk av tvang hos pasienter med og uten traumehistorikk

Type tvang	Totalt (N = 129)		Uten traume (N = 49)		Med traume (N = 80)	
	N	%	N	%	N	%
§ 4-4, tvungen behandling (a + b)	74	57	25	52	49	60
§ 4-4 b, tvungen ernæring	71	56	22	46	49	60
Sondeernæring med tvang	47	36	14	29	33	40
§ 4-3, skjerming	12	9	3	7	9	11
§ 4-8, bruk av tvangsmidler:	42	32	9	19	33	40
- Mekaniske	14	11	3	6	11	13
- Kortvarig fastholding	41	32	9	19	32	39
- Kortvarig legemidler	6	5	1	3	5	6
Tvangsmidler brukt ti ganger eller mer	24	19	6	13	18	22

Tabell 7 viser at det ble fattet vedtak om tvungen behandling etter § 4-4 a og § 4-4 b hos 60 % (N = 49) av pasientene med traumehistorikk, og hos 52 % (N = 25) hos de uten.

Det var ingen signifikant forskjell i bruk av tvang mellom pasienter med og uten traumehistorie, med unntak av vedtak om bruk av tvangsmidler. 40 % av pasientene med traumehistorie (N = 32) hadde vedtak om bruk av tvangsmidler, mot 12 % (N = 9) hos de uten. Forskjellen er størst ved bruk av kortvarig fastholding, selv om denne ikke er statistisk signifikant.

# 5 Diskusjon

## 5.1 Oppsummering av funn

Kartleggingen viste at det i løpet av registreringsperioden, 2013 – 2017, var registrert 262 innleggelse på TPH. Av disse ble to av innleggelsene ekskludert. De 260 inkluderte innleggelsene er knyttet til 148 unike pasienter innlagt etter kapittel 3 i Phvl (Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern). Av de 148 unike pasientene, var 19 pasienter innlagt til tvungen observasjon (§ 3-2). 129 pasienter hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern (§ 3-3). Innleggelsene er knyttet til 22 ulike avdelinger, og inkluderer samtlige regionale spesialavdelinger i Norge. Hver innleggelse hadde en gjennomsnittlig varighet på 106 døgn, med en variasjon på 1 – 804 døgn. For hver unike pasient ble gjennomsnittlig total varighet på TPH 236 dager, med en variasjon på 1 -1035. 66 % av disse hadde en innleggelse, 30 % hadde 2-5 innleggelse, og 4 % hadde 7-19 innleggelse. Antall innleggelse sett opp mot befolkningen, viser at Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde tilnærmet lik andel innleggelse som prosentandel av befolkningen. Helse Vest hadde noe lavere innleggelsestall enn befolkningsprosenten. Helse Midt-Norge hadde omtrent dobbelt så mange innleggelse som befolkningsandelen skulle tilsi. Det er også regionale forskjeller i antall unike pasienter som behandles på TPH. 54 % er behandlet i Helse Sør-Øst, 10 % i Helse Vest. Vedrørende bruk av tvangsbehandling og tvangsmidler, viser studien at 44 % av pasientene ikke hadde vedtak om tvungen behandling, mens for over halvparten av pasientene ble det fattet vedtak om tvungen ernæring.

Studien viser videre at Helse Midt-Norge har omtrent dobbelt så mange innleggelse som befolkningsandel kunne tilsi, mens det motsatte er tilfelle for Helse Vest. Videre ses ulikheter i behandlingsnivå for pasienter med spiseforstyrrelser på TPH. I Helse Nord var ingen pasienter innlagt til TPH i allmennpsykiatrisk avdeling, men samtlige var innlagt på regionens spesialiserte avdeling. I Helse Midt-Norge var nesten dobbelt så mange pasienter innlagt på allmennpsykiatrisk som på spesialisert avdeling, mens i Helse Vest var en tredjedel flere av pasientene innlagt på allmenn. I Helse Sør-Øst fant var det like mange pasienter innlagt på spesialiserte avdelinger som på allmennpsykiatriske. Nasjonalt viser studien at fordelingen mellom andelen innleggelse i allmennpsykiatriske avdelinger og spesialiserte avdelinger er tilnærmet lik. Behandlingsnivå knyttet opp mot unike pasienter skiller seg heller ikke vesentlig fra fordelingen av det totale antallet innleggelse. Vedrørende regional fordeling i bruk av tvungen behandling og tvangsmidler, viser studien at det er få klare tegn på regional variasjon.

Av de 129 unike pasientene innlagt etter § 3-3, hadde 62 % (N = 80) angitt minst en traumehistorie, og relasjonstraumer var hyppigst oppgitt. Når det gjelder vedtak om tvungen behandling og/eller tvangsmidler for pasienter med eller uten traumehistorie, ble det ikke funnet en signifikant forskjell, med unntak av vedtak om bruk av tvangsmidler. Vedtak om tvungen ernæring var det tvangsvedtaket som ble hyppigst benyttet for pasienter både med og uten traumeerfaring, selv om studien viser at 44 % av pasientene ikke hadde vedtak om tvungen behandling.

### 5.1.1 Styrker ved studien

Det har ikke tidligere blitt gjennomført kartleggingsstudier på omfang og variasjon av TPH i Norge tidligere, og studien kan derfor ses som et viktig bidrag for økt kunnskap om dette tema. Som nevnt innledningsvis, vil forekomsttall ikke bare gi mulighet til å beregne sykdomsbyrde, men vil også på sikt kunne gi et bedre bilde av målgrupper for forebygging (Reneflot et al., 2018). Å se på regionale forskjeller, både ved prosentvis fordeling av innleggelser og prosentandel av befolkningen, bruk av allmennpsykiatriske og spesialiserte avdelinger, samt bruk av tvangsmidler og tvungen behandling, kan også gi kunnskap om bruken og tolkningen av lovverket. At det også ses nærmere på pasienter med traumehistorikk vil være særlig interessant, da tidligere forskning har vist at en stor del av pasienter med spiseforstyrrelser nettopp har et eller flere traumer, noe som kan skape ekstra utfordringer grunnet faren for retraumatisering.

Å benytte kvantitativ metode for å undersøke disse temaene er nødvendig for å få dette overblikket over TPH og spiseforstyrrelser i Norge. Det ble gjort et grundig forarbeid for å etablere oversikt over samtlige aktuelle avdelinger i Norge, og nå ut til disse og få svar på denne nasjonale kartleggingen. De innsamlede spørreskjemaene ble gjennomgått to ganger i SPSS for å kontrollere mot punchefeil. Filen er deretter kvalitetssikret av biveileder.

Ut fra kjennskap til fagmiljøet i Norge, betraktes kartleggingsundersøkelsens validitet som god. Studien har en relativt høy svarprosent på 67 %. Studien gir videre et rimelig godt overblikk over omfang, variasjon og tall på forekomst i et helsetjenesteperspektiv, som kan gi grunnlag for videre studier knyttet til denne spesifikke pasientgruppen.

Studiens hovedstyrke er Regional etisk komites vilje til å gi dispensasjon fra taushetsplikten, ved å tillate at det kunne gis opplysninger fra helsepersonell til bruk i studien. Opplysningene inkluderte pasientenes fødselsdato og initialer. Dette betyr at studien kan skille mellom antall innleggelser og antall unike pasienter. Uten denne distinksjonen, ville mange av våre funn vært misvisende, uklare eller uten mening. Komiteen begrunnet sitt vedtaket med at studiens omfang vanskeliggjorde innhenting av samtykke, samt at forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet. REK konkluderte også med at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

### 5.1.2 Svakheter ved studien

Det er vanskelig å si om antallet innleggelser på TPH er høyt, lavt eller som forventet, ettersom det ikke fins sammenlignbare studier som beskriver dette. Studien kan heller ikke si noe om hvor mange prosent av samtlige pasienter innlagt for behandling av spiseforstyrrelser som behandles på tvang, da disse tallene ikke er kjent.

144 av de 177 avdelinger som ble invitert til deltagelse i studien, svarte at de enten ikke godkjente for bruk av tvang, eller ikke hadde hatt pasienter med spiseforstyrrelser på TPH i den aktuelle perioden. En vet altså ikke hvor mange av de 144 som var godkjente, men som ikke hadde brukt tvang. Dette er en klar svakhet med dataene. Vi vet heller ikke om noen av de 11 aktuelle som ikke svarte har hatt pasienter med spiseforstyrrelser på tvang, og derfor heller ikke hvor mange pasienter dette kan dreie seg om.

En annen svakhet er knyttet til spørreskjemaets kvalitet. På skjemaets første side står det: «Dersom ditt sykehus/institusjon ikke har hatt pasienter med spiseforstyrrelser på tvang i nevnte periode, ber vi om at du snarest signerer for «ikke relevant», og returnerer i vedlagte konvolutt». Det ble mottatt tjuesyv spørreskjema som kun var signert eller merket med «X» (se vedlegg 4 for eksempler). Ni av disse lot seg ikke tyde eller spore. Det er vanskelig å si om noen av disse ni er blant de tretten avdelingene det ikke er registrert tilbakemelding fra. Skjemaene er ekskludert fra responsprosenten, men indikerer at spørreskjemaet burde vært tydeligere utformet på dette punktet.

Tre sykehus formidlet uro knyttet til om studien ville kunne få uheldige konsekvenser i form av tilsyn eller identifisering. Her ligger det muligheter for rapporteringsbias, men samtlige besvarte etter en muntlig redegjørelse av hensikten med studien, og forsikring om anonymitet.

Videre kan tvungen ernæring gis på somatisk avdeling, til tross for manglende godkjenning for bruk av tvungent psykisk helsevern, i tilfeller der dette er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp (Psykisk helsevernloven, 1999). Somatiske avdelinger er likevel ikke inkludert i studien, da studien vil kartlegge bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Dersom pasienter har vært innlagt på somatisk avdeling uten å bli overført til psykiatrisk avdeling, vil disse altså ikke være registrert i denne studien.

En annen vurdering er knyttet til hvorvidt metoden kan ha påvirket resultatet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Studien forutsetter god kvalitet på pasientens inntakjournal og epikrise. Erfaring viste at ikke alle journaler er av like god kvalitet. I disse tilfellene medførte forsøk på å besvare de ulike spørsmålene mye leting, og for en del pasienter ble opplysningene ikke funnet. Studien kunne likevel ikke vært gjennomført ved hjelp av andre datakilder eller materiale.

Hovedutfordringen med bruk av spørreskjemaundersøkelser er å lage et spørreskjema av god kvalitet, og svarmønstre kan være en trussel mot validiteten (Ringdal, 2001). I studiens spørreskjema, er det funnet et spørsmål der plasseringen av Ja/Nei-boksene hadde byttet plass. I dette tilfelle var det mulig å korrigere for dette, ettersom «Ja»-svar var koblet til en skriftlig spesifisering (gjelder spørsmål 12.4).

Oppsummert kan det sies at datamaterialet har store svakheter, men det er likevel det eneste og beste materialet som finnes i Norge for denne problemstillingen, og bidrar til tross for svakhetene med viktig informasjon.

## 5.2 Drøfting av funnene

### 5.2.1 Omfang og oversikt over TPH

Som nevnt anses svarprosenten i studien som god, noe som trolig gir en rimelig god oversikt over omfang i bruk av TPH ved spiseforstyrrelser i Norge. Det hadde vært interessant å sammenligne karleggingens funn med tilsvarende funn fra sammenlignbare land, men det ble ikke funnet studier som beskriver dette.



### 5.2.2.1 Registrerte innleggelser og unike pasienter

Studien viser det totalt har vært 260 innleggelser på TPH i perioden 01.01.2013 – 31.12.2016. Mange av pasientene hadde flere innleggelser på tvang i perioden, slik at antallet unike pasienter ble 148. Studien viser stor variasjon av antall innleggelser. Som beskrevet i kapittel 4.1.2, hadde 66 % av pasientene bare 1 innleggelse på TPH, mens 30 % hadde 2-5 innleggelser. Kun en liten andel pasienter (4 %) hadde enda flere innleggelser, alt fra 7-19 er registrert. Dette kan tyde på at for den største andelen er det tilstrekkelig med én innleggelse på TPH, og dette kan også gjenspeile variasjon i alvorlighetsgrad av sykdom hos de ulike pasientene. For noen vil en innleggelse på tvang være tilstrekkelig i et behandlingsløp, noe som kan indikere at innleggelsen kan ha hatt effekt.

Når det gjelder de få pasientene som hadde mellom 7-19 innleggelser på TPH i perioden, kan det være betimelig å stille spørsmålsteget ved effekten. Det kan være relevant å vurdere om gjentatte innleggelser på TPH gi klinisk mening, og om det er etisk og/eller juridisk forsvarlig. Som vist i kapittel 2.1, forblir 20 % alvorlig syke til tross for behandling. Det vil likevel være både etisk og klinisk krevende å sette et tak på antall innleggelser, da dette kan innebære dødsfall. På den andre siden vet en også at 50 % av pasientene blir helt friske. Dette kan eksempelvis knyttes til at behandlingen kom fort i gang, at alvorlighetsgraden var mild eller moderat i utgangspunktet, eller at pasienten tidlig fikk et egnet behandlingstilbud. Det er vanskelig å si om gjentatte innleggelser på tvang kan være nyttig for noen, samtidig som andre vil påpeke at psykiatrisk behandling for spiseforstyrrelser sjelden vil forverre lidelsen. Denne diskusjonen er krevende, og fortjener et annet format enn hva denne studien kan tilby.

Vedrørende antallet unike pasienter på TPH, er det er vanskelig å si om er høyt, lavt eller som forventet, da det eksisterer lite sammenligningsgrunnlag. Sett opp mot Rosenvinges (2002) estimat om at 50 000 kvinner til enhver tid har spiseforstyrrelser i Norge, kan det imidlertid se ut som om antallet 148 unike pasienter (0,3 %) i løpet av en femårsperiode ikke tyder på overforbruk av tvang for denne pasientgruppen, selv om antallet er underestimert på grunn av svarprosenten. Reas og Rø (2018) fant i sin studie 3356 nye pasienter med diagnosen Anoreksi (F. 50.0) registrert i NPR i perioden 2010 – 2016. I forhold til dette, er antall unike pasienter innlagt på § 3-2 og § 3-3 i denne studien ikke høyt.

Når det gjelder henvisninger av pasienter med TPH, vet vi fra vår avdeling at det ble mottatt 11 henvisninger av pasienter til behandling på TPH i løpet av tiårsperioden 2003 – 2012. I den påfølgende femårsperioden (2013 – 2017) ble det henvist 10 pasienter, altså nært en dobling. Dette er små tall, og det er ikke mulig å trekke slutninger knyttet til disse da variasjonen kan være tilfeldig. Dersom det er en økning i antallet som blir behandlet på tvang, er dette ikke i tråd med fokus på reduksjon av tvangsbruk. En eventuell økning kan ha en sammenheng med at kunnskapsnivået blant klinikerne har økt etter lovrevisjonen i 2006 (se kapittel 2.3.1), som blant annet åpnet for at pasienter innlagt på TPH kunne gis tvungen behandling i form av ernæring. Den tidligere nevnte Høyesterettsdommen (2015) bidro også til en klargjøring, ved å avklare at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. Dette kan også ha påvirket praksisen. Vi kan likevel ikke konkludere med at pasientene har fått et reelt bedre tilbud om god tvungen behandling, men dette er et spørsmål som bør belyses nærmere.

Av de nevnte 11 pasientene i perioden 2003-2012, var 4 fra andre helseregioner. Det kan tenkes at dette hadde en sammenheng med at nevnte avdeling etter hvert fikk et tilbud som ble kjent i det nasjonale miljøet gjennom NKNS. I starten av perioden var det fokus på at flere dødsfall grunnet manglende behandling, og i fagmiljøet var kompetanseheving og lovverk et fokus, noe som kan tenkes å ha medvirket til at det ble lettere å få adekvat behandling. En annen forklaring kan være at vi ser flere alvorlige syke som ikke tidligere fikk et tilbud, da de ikke nyttiggjorde seg frivillig behandling. En kan selvsagt heller ikke bort fra at dette kan ha andre forklaringer, eller være tilfeldig. Studien har ingen tall å drøfte dette ut fra, men det er viktig å følge utvikling og drøfte hvilke faktorer som virker inn.

#### *5.2.2.2 Mannlige pasienter*

Menn utgjør rundt 10 % av det totale antallet pasienter med spiseforstyrrelser (se kapittel 2.1), noe som kan ha bidratt til at lidelsen har blitt sett på som en «kvinnelidelse». Ved denne studien fant en kun 4 unike menn i pasientutvalget på 148, noe som utgjør i underkant av 3 %. Den lave andelen menn i denne studien gjorde at det ikke ble kjørt analyser på kjønn, men en kan likevel stille oss spørsmål om årsaken til den lave prosentandelen. Det kan tenkes at forestillingen om spiseforstyrrelser som en «kvinnelidelse» henger igjen. Dette kan på den få konsekvenser både ved at pasienter ikke fanges opp i primærhelsetjenesten, samtidig som mannlige pasienter selv ikke tar kontakt. Imidlertid fant Reas og Rø (2018) fant i sin studie en forekomst på 5,5 % menn i Norge registrert med spiseforstyrrelser i perioden 2010-2016.

#### *5.2.2.3 Lovforståelse*

Ved to av innleggelsene som ble registrert var pasientene henholdsvis 14 og 15 år, altså for unge til å være underlagt TPH, og derfor ekskludert fra studien. Dette kan reise spørsmål om det forekommer feil lovanvendelse ved bruk av TPH i Norge. På den andre siden kan det også skyldes en misforståelse med studiens målsetting. Pasienter under 16 år som behandles mot sin vilje, behandles på foreldresamtykke, ikke ved bruk av TPH.

Videre hadde et annet sykehus søkt opp aktuelle pasienter for studien ved hjelp av journalsystemet DIPS. Ved å søke på aktuell dato i kombinasjon med vedtak om behandling etter § 4-4b (tvungen ernæring), fant sykehuset en rekke pasienter. Under utfylling av spørreskjemaene, ble det avdekket at en rekke av disse pasientene ikke hadde en alvorlig spiseforstyrrelse, men eksempelvis rus- eller psykoselidelse. Dette kan være en indikasjon på at ikke alle med vedtaksansvar kjenner til at § 4-4 b bare kan fattes ved alvorlige spiseforstyrrelser, og ikke andre grunner til alvorlig undervekt. Dette støttes blant annet av Aaslands (2018) forskning (se kapittel 3.2.2). bety at behandlere, på bakgrunn av egne meninger, kan velge tiltak som ikke er hjemlet i loven. Dette støttes blant annet av Aaslands (2018) forskning (se kapittel 3.2.2).

Ved et annet sykehus ble det fremlagt en problemstilling, hvor det var uenighet blant ansatte om vilkårene for tvungen ernæring var oppfylt, men gjennomføring krevde tvangsmidler. Ved rådføring med kontrollkommisjonen, mistolket også de lovverket ved å svare at vedtak om tvungen ernæring åpnet for bruk av tvangsmidler uten ytterligere vedtak. Dette kan peke på at lovverket kan være krevende å forstå, både for helsepersonell og instansen som skal kontrollere bruken av TPH. For å sikre forståelsen

ble Fylkesmannen i Sør-Trøndelag forespurt, og svar derfra bekrefter at det må fattes et eget § 4-8 vedtak dersom det er nødvendig å utøve tvang ved gjennomføringen av tvungen ernæring (se vedlegg 4).

#### *5.2.2.4 Innleggelser i de ulike helseregionene*

Oversikt over antall innleggelser ved de ulike helseregionene sett opp mot regionens befolkningsandel, viste at Helse Sør-Øst hadde flest innleggelser (se figur 4). Å se antall innleggelser opp mot totalbefolkningen gir kun grove data, men gir likevel mulighet for å sammenligne regionene. Figuren viste at Helse Nord og Helse Sør-Øst har rundt like mange innleggelser som befolkningsandelen skulle tilsi. Prosentvis hadde Helse Midt-Norge over dobbelt så mange innleggelser sammenlignet med Helse Vest i forhold til befolkningsandelen. Dette kan skyldes skjevheter i utvalget, men det kan også foreligge reelle forskjeller. Variasjonen kan eksempelvis skyldes ulik forekomst av spiseforstyrrelser i regionene, eller at noen regioner har god kompetanse på frivillig behandling og rask tilgang på kompetent behandling ved avdelinger som har bygd spisskompetanse over tid.

Vi vet også at mange pasienter behandles i andre regioner enn der de har sin bostedsadresse, noe som fritt behandlingsvalg har åpnet for. Gjestepasienter kan også være et resultat av for få døgnplasser i egen region. Variasjonen kan også være knyttet til forskjeller i forståelse av lovverket, forskjeller i klinisk praksis, eller at henvisende instans er kjent med at ulike spesialavdelinger har noe ulikt behandlingstilbud, eller andre forhold.

#### *5.2.2.5 Tvungen behandling og tvangsmidler*

Vedrørende omfanget av tvungen behandling og tvangsmidler, viser tabell 3 at det ikke ble fattet vedtak om tvungen behandling for 44 % av pasientene. Størst andel vedtak er ikke overaskende knyttet til tvungen behandling i form av tvungen ernæring (§ 4-4 b), da dette er en særlov som er utviklet særlig for denne pasientgruppen. Denne studien fant at i overkant av 50 % av de unike pasientene fikk fattet vedtak om tvungen ernæring. Som nevnt innledningsvis, fins det få studier som ser på bruken av tvungen ernæring. To utenlandske studier viste imidlertid at mellom 13 og 44 % av pasienter innlagt på tvang med spiseforstyrrelser, har hatt minst ett vedtak om tvungen behandling (Clausen & Jones, 2014; Clausen et al., 2018). Studiene som fant dette, hadde imidlertid langt flere pasienter inkludert (N = 4709), og populasjonen kan også være en annen. Det er uansett komplisert å sammenligne funn på tvers av landegrensler, da også lovgrunnlaget er ulikt. Likevel kan tallene tyde på at pasienter i Norge hyppigere mottar tvungen ernæring enn i andre land. Det er også økt fokus i det kliniske fagmiljøet at pasienter med spiseforstyrrelser innlagt på TPH, ikke bare skal «være innlagt», men også få nødvendig behandling for sin tilstand (se kapittel 2.3.1).

## 5.2.2 Regionale forskjeller

### *5.2.2.1 Bruk av allmennpsykiatriske og spesialiserte avdelinger*

Som vist i tabell 1 behandler Helse Sør-Øst omtrent like mange pasienter med spiseforstyrrelser på TPH ved allmennpsykiatriske avdelinger, som ved spesialiserte. I Helse Nord var ingen pasienter innlagt til TPH i allmennpsykiatrisk avdeling, men samtlige var innlagt på regionens spesialiserte avdeling. I Helse Midt-Norge har nesten

dobbelt så mange pasienter vært innlagt på allmennpsykiatrisk avdeling, som på spesialisert avdeling, mens i Helse Vest var en tredjedel av pasientene innlagt på spesialisert avdeling. Regionalt skiller Helse Nord seg ut, ved at samtlige pasienter på TPH fikk spesialisert behandling i perioden 2013 - 2017. Dette kan bety at de allmennpsykiatriske avdelingene ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse, og at det spesialiserte tilbudet både er anerkjent og har tilstrekkelig kapasitet. Også her er tallene for lave til at det kan konkluderes.

I de øvrige regionale helseforetakene, er et er usikkert om dette tyder på at de øvrige regionale helseforetakene har etablert tilstrekkelig kompetanse også ved de ulike allmennpsykiatriske avdelingene, eller om det for noen pasienter betyr at de får et behandlingstilbud som ikke er tilstrekkelig ved spiseforstyrrelser av så alvorlig karakter at den kan likestilles med alvorlig sinnslidelse.

Variasjonene mellom de ulike regionale helseforetakene kan tenkes å ha ulike årsaker. Gjennom arbeidet med innsamling av data, ble det blant annet kjent at pasienter innlagt på TPH i allmennpsykiatriske avdelinger, har måttet vente på ledig kapasitet ved spesialisert avdeling. Videre er det kjent at en region hadde behov for TPH som eksklusjonskriteria på sin spesialiserte avdeling frem 2016, noe som ble begrunnet med avdelingens fysiske forhold og et behandlingstilbud basert på samarbeid og frivillighet. Det er også kjent at en region har mindre spesialisert sengekapasitet enn de øvrige.

Nasjonalt viser studien at fordelingen mellom andelen innleggelse i allmennpsykiatriske avdelinger og spesialiserte avdelinger er tilnærmet lik, ved at 48 % av innleggelsene var ved spesialiserte avdelinger, mens 52 % var ved allmennpsykiatriske. Behandlingsnivået for de unike pasientene skiller seg heller ikke vesentlig fra den totale fordelingen. Det er likevel vanskelig å rapportere om fordelingen på behandlingsnivå for de unike pasientene, da studien viser at flere har vært innlagt både ved allmennpsykiatriske og spesialiserte avdelinger. Her trenger vi studier som sier noe om forløp. Spørsmålet er om det er sammenlignbare grupper som er på spesialiserte og allmennpsykiatriske avdelinger, og om det kan være grunn til å tro at behandlingsnivå betyr noe for behandlingsutfall.

Som vist, i kapittel 3.2.1, er «alvorlig sinnslidende» et kriterium for at pasienten skal behandles på TPH. Studien viste at 10 allmennpsykiatriske avdelinger har hatt 1-3 innleggelse av pasienter med spiseforstyrrelser på tvang i registreringsperioden. Psykisk helsevernloven setter som vilkår at avdelingen skal være både faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende behandling og omsorg. Det kan være relevant å etterspørre om det er foretatt en konkret vurdering av om pasientene da får et egnet behandlingstilbud ved disse avdelingene. Som nevnt foreligger også en anbefaling om at tvungen ernæring kun skal gjennomføres av team med nødvendig kompetanse. Kompetanse vurderes som en kombinasjon av teoretisk kunnskap og volumkompetanse, og for en avdelingen med en eller svært få av denne pasientgruppen kan dette være krevende.

#### *5.2.2.2 Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler*

Det er viktig å understreke forskjellen mellom tvangsmidler og tvangsbehandling når tvang skal diskuteres. Mens tvangsbehandling handler om å gi pasienter behandling og omsorg, mens bruk av tvangsmidler skal gi mulighet for å iverksette tiltak når andre tiltak ikke har vist seg å være utilstrekkelige. Tvangsmidler kan bare benyttes når det er

absolutt nødvendig for å hindre eller avverge skade, og som tvangsmiddel kan anvendes mekaniske tvangsmidler, kortvarig skjerming, korttidsvirkende medisiner eller kortvarig fastholding.

Som presentert i kapittel 2.2.2, viser forskning at det er betydelige forskjeller i bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling generelt i Norge. I denne studien fant imidlertid få klare tendenser til regionale forskjeller i bruk av tvangsvedtak (se tabell 5). Resultatene viste at det i Helse Vest var en større prosentvis andel pasienter der det ble fattet vedtak om tvangsmidler, spesielt i form av kortvarig fastholding. Dette var signifikant forskjellig i forhold til Helse Midt-Norge og Helse Nord. Bruken av mekaniske tvangsmidler var også signifikant høyere i Helse Vest enn i Helse Sør-Øst. Dette kan tyde på at spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad er høyere for pasienter i Helse Vest, enn i landet for øvrig. Som vist i kapittel 2.3, har imidlertid forskning vist at forskjellene knyttet til bruk av tvang, var mer relatert til avdelingens behandlingsfilosofi og personalets holdninger, enn til pasientens symptomer. Samtidig viser tabell 5 at Helse Vest er det RHF-et med færrest pasienter, noe som gjør at mangel på volumkompetanse.

Resultatene viste videre at Helse Midt-Norge har prosentvis flere vedtak om tvungen ernæring (§4-4 b). Dette er signifikant forskjellig fra Helse Vest, men ikke signifikant forskjellig fra de andre helseregionene. Som nevnt i kapittel 4.2.3, vil det lave antallet N gjøre at en heller kan se på dette som tendenser, enn klare signifikante forskjeller.

En mulig forklaring til de regionale forskjellene på bruk av mekaniske tvangsmidler, kan være knyttet til kompetanse. For å gjennomføre tvungen ernæring på den minst belastende måten, kan man tenke at det er viktig med kunnskap og erfaring blant personalet som er satt til å administrere dette. Dette kan være et bidrag for å hindre bruk av mekaniske tvangsmidler i den grad det lar seg gjøre. NICE Guidelines (2017) inneholder få retningslinjer for tvungen behandling av spiseforstyrrelser, men påpeker at tvungen ernæring bare skal gjennomføres av tverrfaglige team som har nødvendig kompetanse. Slik peker disse retningslinjene både på at det trengs nødvendig kompetanse, og også at tvungen ernæring krever tverrfaglige team for beste gjennomføring.

En annen mulig forklaring på tendensen til de regionale forskjellene kan knyttes til de ulike avdelingens behandlingsskiltur. Når det gjelder behandlingsskilturer, er det kjent at flere av de regionale spesialavdelingene benytter «samarbeidskontrakter» i sitt behandlingstilbud. Dette kan oppfattes som en form for skjult tvang, eller som Carney et al. (2005) beskriver som «tvang i skyggeland». Det kan være et spørsmål til ettertanke om personalets holdninger og avdelingenes behandlingsskiltur kan ha innvirkning på graden av tvangsbruk som en mulig faktor for å forklare tendensen til regionale forskjeller.

## 5.2.3 Pasienter med traumehistorikk

### 5.2.3.1 Andelen unike pasienter på § 3-3 med traumehistorie

Som beskrevet i kapittel 2.1.4, har flere studier har slått fast at det er en sammenheng mellom traumeeksponering og spiseforstyrrelser. Som vist i figur 5, hadde over 60 % av pasientene i studien enten en historie med mobbing, seksuelle overgrep og/eller relasjonstraumer. For 45 % av disse pasientene, ble det angitt flere typer traumer. Dette

samsvarer med tidligere forskning gjort på området, hvor denne studien indikerer at et flertall av pasienter med spiseforstyrrelser har en traumehistorikk.

En svensk studie fra 2013, beskrevet i kapittel 2.1.4, fant at seksuelle traumer var hyppigst rapportert ved svenske spesialiserte avdelinger. I vårt materiale ble seksuelle traumer oppgitt av 41 %. Selv om tallet er høyt, er det likevel det traumet som ble oppgitt for færrest av pasientene i denne studien. Hele 50 % oppga en forhistorie med mobbing, og nært 70 % oppga relasjonelle traumer. Antallet rapporterte traumer i denne studien, er også høyere enn tallene fra Backholm et al. (2013) sin studie, hvor i underkant av 20 % pasienter oppga traumehistorikk, og nær 25 % av disse oppga flere traumer. Det vil være naturlig å anta at norske og svenske forhold er relativt like, og at traumefordelingen derfor skulle samsvart i større grad. Backholm et al. (2013) funn er imidlertid knyttet til andelen av samtlige pasienter innlagt ved spesialiserte avdelinger, mens det i denne studien er sett på andelen blant pasienter innlagt på TPH etter § 3-3. Denne vesentlige forskjellen indikerer at det er større andel traumehistorikk blant de mest alvorlig syke pasientene med spiseforstyrrelser. Dette støttes også av blant annet av studien som viste at traumebelastning kan knyttes til spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad (se kapittel 2.1.4).

#### *5.2.3.2 Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler for pasienter med traumehistorie*

I sammenligningen ved bruk av tvungen behandling og tvangsmidler for pasienter med eller uten traumehistorie, viste tabell 7 at det ble fattet vedtak om tvungen behandling for 60 % av pasientene med traumehistorikk. Tilsvarende tall for pasientene uten traumer, var 52 %. Dette indikerer at i perioden 2013 - 2017 var en større andel pasienter med traumehistorikk, enn uten, der det ble fattet vedtak om tvungen behandling. Dette støtter forskningen som har vist at pasienter med traumehistorikk kan ha en sterkere symptomtrykk (se kapittel 2.1.4). Samtidig kan det lave antallet pasienter (N = 80) i denne analysen føre til tilfeldige variasjoner, slik at det er vanskelig å trekke slutninger.

Ellers ble det ikke funnet signifikante forskjeller i bruk av tvang mellom pasienter med og uten traumehistorie i denne studien, med unntak av vedtak om bruk av tvangsmidler. Som tabell 7 viste, er det imidlertid ikke signifikante forskjeller når en ser på bruken av det enkelte tvangsmiddel. Dette indikerer at forskjellene er små, men likevel verd å merke seg. Risikoen for retraumatisering av denne pasientgruppen gjør denne problematikken særlig klinisk relevant. På den ene siden er dette er gruppe pasienter som er alvorlig syke og som trenger tvungent psykisk helsevern, da de ikke nyttiggjør seg av frivillig behandling. På den andre siden kan det være en kompliserende faktor at pasienter med traumehistorikk kan være særlig sårbare for nettopp tvangsbehandling.

Tvungen medikamentell behandling ble benyttet bare for 3 pasienter, mens 71 pasienter hadde vedtak om tvungen ernæring. De 3 pasientene som kun fikk tvungen medikamentell behandling, er samtlige fra samme RHF. Tallet er imidlertid for lavt til at det kan trekkes konklusjoner knyttet til ulik praksis.

## 5.3 Betydningen av studien

Denne studien er ment som et bidrag for til å fylle deler av et eksisterende kunnskapshull om behandling av spiseforstyrrelser med TPH i Norge. Det er derfor et ønske å se nærmere på mulige implikasjoner av studiens funn.

### 5.3.1 For myndighetene

God helse anses som både en menneskerettighet og et uttalt samfunns mål. Å få ny kunnskap på et område er ment å bidra til å danne et grunnlag for kliniske beslutninger og fremskritt. Mangelen på forekomsttall av TPH for voksne med spiseforstyrrelser i Norge, har ikke bare betydning for fordelingen av ressurser, men også for dimensjonering av det spesifikke helsetilbudet for pasientgruppen.

Som nevnt innledningsvis, skal Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser, presentere anbefalinger bygget på anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Dette for å hindre uønsket variasjon i behandlingen. Det er også viktig å påpeke at dette kan føre til økt kontroll fra et overordnet nivå, som kan sette økonomiske og politiske hensyn foran pasientenes behov og helsepersonells faglighet. Uavhengig av bekymring for kontroll, kan det synes relevant å tenke at økt kompetanse på ulike behandlingsnivå vil gjøre det lettere å oppnå effektiv helsehjelp, også utenfor de spesialiserte avdelingene. Dette innebærer kompetanseutvikling hos helsepersonell, som samtidig kan være en samfunnsutfordring både økonomisk og administrativt. På den andre siden vil økt kompetanse blant helsepersonell kunne bidra til at noen av pasientene unngår lange sykdoms- og behandlingsforløp, noe som igjen vil være gunstig for samfunnsøkonomien. I tillegg til økt kompetanse blant helsepersonell vedrørende behandling (traumebehandling inkludert), er det likeså viktig med god kompetanse knyttet til anvendelse av lovverket for TPH i Norge. Dette fordi en kan anta at færre pasienter vil motta hjelp som strider mot lovverket.

Som nevnt i kapittel 2.3, har hvert RHF ansvar for å sørge for at pasienter i egen region får tilbud om spesialisert behandling, uten at det presiseres hvordan dette skal løses. Denne studien viser at det er noen færre innleggelses knyttet til spesialiserte avdelinger, enn til allmennpsykiatriske. Dette kan tyde på en underdimensjonering av det spesialiserte tilbudet, uten at dette kan fastslås.

### 5.3.2 For klinisk praksis

Et viktig klinisk fokus for helsepersonell, bør ikke nødvendigvis være å konkretisere når TPH bør eller skal benyttes. Det er viktigere å ha fokus på hva som kan gjøres for å hjelpe flere tidligere, slik at bruk av tvang ikke blir nødvendig. Dataene i denne studien sier noe om omfang og variasjon ved bruk av tvungen behandling og tvangsmidler for pasienter med spiseforstyrrelser. Dette kan motivere til refleksjon og kritisk vurdering av gjeldende praksis.

Å behandle alvorlige spiseforstyrrelser kan være en utfordring for helsepersonell, da dette er sammensatte og komplekse lidelser med varierende symptomtrykk og fungering. I noen tilfeller kan pasientens motstand mot behandlingen forsterke belastningen ytterligere. Kunnskap om at motstanden ofte er en del av sykdomsbildet, kan bidra til økt

forståelse. Dette kan gjøre det helsepersonell finner behandling av pasientgruppen krevende. God kunnskap og kompetanse kan endre denne opplevelsen, og det er derfor viktig med fokus på kompetanseheving ved de ulike avdelingene og RHF-ene.

En nasjonal satsning for ytterligere kompetanse innen fagfeltet spiseforstyrrelser, kan være en mulig vei å gå.



## 6 Konklusjon

Det er et tverrpolitisk mål å redusere all uhensiktsmessig bruk av tvungen psykisk helsevern. Denne studien har som mål å vise omfang og variasjon av tvungen innleggelse, samt bruk av tvangsbehandling og tvangsmidler i perioden 2013-2017. Dette vil være et viktig kunnskapsgrunnlag for å forbedre kvaliteten av tvangsbruk for pasienter med spiseforstyrrelser.

Studien beskriver en pasientgruppe som både trenger klinisk oppmerksomhet og større forskningsmessig fokus. Pasienter med langvarig og alvorlige spiseforstyrrelser har den høyeste dødeligheten av alle psykiske lidelser, nest etter ruslidelser. Det er kjent at pasienter med et så høyt lidelsestrykk som denne pasientgruppen, har utfordringer både innen arbeidsliv og annen deltagelse i samfunnet. Kunnskap om forekomsttall på pasienter med spiseforstyrrelser som behandles etter lov om tvungen psykisk helsevern, kan være et bidrag både til bedre behandling, riktigere bruk av tvang, og som grunnlag for beregning av sykdomsbyrde.

Denne studien viser at relativt få pasienter legges inn til tvungen behandling for spiseforstyrrelser i Norge, men at bruk av tvungen behandling og tvangsmidler varierer mellom de ulike regionene. Det er usikkert om omfanget av tvungen behandling kan reduseres, men fokus på uansett være på riktig og ikke minst redusert bruk. I studien ble det også rapportert om traumer blant 60 % av pasientene som mottok tvungen behandling. Dette viser at pasientens traumehistorikk fortjener oppmerksomhet. Funnene kan tyde på at det er en stor andel pasienter med traumehistorikk blant de mest alvorlig syke med spiseforstyrrelser. Det er behov for mer kunnskap for å utvikle behandlingstilnærminger som kan redusere bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne med spiseforstyrrelser i Norge.

### 6.1 Forslag til videre forskning

Denne studien viser omfang og variasjon i bruk av tvungen behandling for spiseforstyrrelser i Norge. Det er svakheter i datamaterialet, og en bedre og mer systematisk datainnsamling trengs for å få full oversikt.

Det er foreløpig få studier som bekrefter hvilke tiltak som er best egnet for å redusere bruk av tvang. I neste omgang kan foreliggende data fra dette prosjektet bearbeides ytterligere, og man kan se etter tiltak som kan bidra til redusert og riktig bruk av tvang.

Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og traumehistorikk, er særlig sårbare for tvang. Dette er også en overrepresentert gruppe blant de unike pasientene på § 3-3. Dette er en pasientgruppe som trenger fokus på behandlingsmetoder som kan gi en bedre bruk av tvang.

Kartleggingen presenterer frekvensen av bruk av tvang, men sier ikke si noe om kvaliteten på tilbudet og behandlingseffekten. Vi trenger mer forskning for å utarbeide bedre behandlingstilbud til de som trenger tvungen behandling, men også bedre frivillige behandlingstilbud i tidlig fase av sykdommen slik at tilstanden ikke utvikler seg til en alvorlig sinnslidelse. Det er to viktige tema som peker seg ut hva videre forskning angår:

Hvordan går det med pasientene etter fullført tvungen behandling? Og hva kan vi gjøre for å få «riktig» og redusert bruk av tvang? Målet for regjeringens er ikke bare økt grad av frivillighet, men også fokus på riktig og redusert bruk av tvang. Det er også et ønske om å kvalitetssikre bruk av tvang, øke kunnskapen og å forbedre dokumentasjonen av tvangsbruken.

## 6.2 Avsluttende kommentar

Bruk av tvungent psykisk helsevern er stadig kontroversielt. Mens noen anser tvang som brudd på menneskerettsrettighetene, mener andre at disse rettighetene bør settes til side dersom mennesker blir så alvorlig syke at de mister forutsetningene for å ivareta eget liv og helse, og at det å ikke gjøre det som er mulig kan ha elementer av ansvarsfraskrivelse.

Det kan være vanskelig å forstå hvordan en alvorlig syk pasient kan ha så lite innsikt i egen sykdom. Likedan kan det virke uforståelig at et menneske med en så alvorlig lidelse som denne pasientgruppen har, ikke har en sterkere motivasjon til å gjøre endringer. For helsepersonell kan det oppleves vanskelig å behandle et menneske etter Lov om tvungent psykisk helsevern. På den andre siden kan det oppleves enda verre om ingenting gjøres for å hjelpe pasienten.

Som nevnt innledningsvis, er det et mål med økt frivillighet og redusert bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Mye tyder på at det likevel i enkelte tilfeller vil være riktig å bruke tvang for å unngå alvorlig helseskade eller i verste fall død. Det kan synes vanskelig å konkludere med hva som kan regnes for å være riktig frekvens for tvangsbruk, også for pasienter med spiseforstyrrelser. Fokus må ikke bare være på antallet pasienter, men også på hvordan tvungen behandling gjennomføres for å sikre riktig bruk og fjerne unødvendig bruk av tvang.

# Referanseliste

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law psychiatry*, 57, 106-112. doi:[10.1016/j.ijlp.2018.02.005](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005)
- Accurso, E. C., Ciao, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J. D. & Le Grange, D. (2014). Is weight gain really a catalyst for broader recovery? The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour research*, 56, 1-6. doi:[10.1016/j.brat.2014.02.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.006)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T. & Kendler, K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 48(2), 215-223. doi:[10.1007/s00127-012-0537-2](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0537-2)
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731. doi:[10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
- Ayton, A., Keen, C. & Lask, B. (2009). Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 14-23. doi: [10.1002/erv.887](https://doi.org/10.1002/erv.887)
- Backholm, K., Isomaa, R. & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 22482. doi:[10.3402/ejpt.v4i0.22482](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22482)
- Befring, E. (2015). Kvantitativ metode. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/>
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L. (2014). *Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4596/Alternativer-til-tvang.pdf>
- Bjørnelv, S. (2011). Kampen om kroppen på liv og død. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 131, 361. doi:[10.4045/tidsskr.10.0943](https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0943)
- Bjørnelv, S. (2018). Spiseforstyrrelser. In T. F. Aarre & A. A. Dahl (Eds.), *Praktisk psykiatri* (2 ed., pp. 237-260). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013 - 2017* (IS-2812). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%93%202017.pdf> /attachment/inline/4a97f77b-4be9-4b69-ba02-27761cf1baed:5cf5e3f022b9b2ca6548092b70f4ff062579b2c8/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Utvikling%20i%20perioden%202013%E2%80%93%202017.pdf
- Brown, J. S., & Tooke, S. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social science medicine*, 35(5), 711-721. doi:[10.1016/0277-9536\(92\)90009-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90009-F)

- Bulik, C. M., Kleiman, S. C. & Yilmaz, Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 383. doi: [10.1097/YCO.0000000000000275](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000275)
- Campbell, A. T. & Aulisio, M. P. (2012). The stigma of "mental" illness: End stage anorexia and treatment refusal. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 627-634. doi: [10.1002/eat.22002](https://doi.org/10.1002/eat.22002)
- Carney, A. O., Ingvarson, M. & Tait, D. (2005). Experiences of 'Control' in Anorexia Nervosa Treatment: Delayed Coercion, Shadow of Law, or Disseminated Power & Control? *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: New research*, 41-61. Hentet fra [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1080084](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1080084)
- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. J. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. doi: [10.1002/wps.20128](https://doi.org/10.1002/wps.20128)
- Clausen, L. & Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of eating disorders*, 2(1), 29. doi: [10.1186/s40337-014-0029-8](https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8)
- Clausen, L., Larsen, J., Bulik, C. & Petersen, L. (2018). A Danish register-based study on involuntary treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(11), 1213-1222. doi: [10.1002/eat.22968](https://doi.org/10.1002/eat.22968)
- Crow, S. (2014). The economics of eating disorder treatment. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 454. doi: [10.1007/s11920-014-0454-z](https://doi.org/10.1007/s11920-014-0454-z)
- Culbert, K. M., Racine, S. E. & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. doi: [10.1111/jcpp.12441](https://doi.org/10.1111/jcpp.12441)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 18. mai). *Spørreundersøkelser*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>
- De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(1), 34. doi: [10.1186/s40337-017-0164-0](https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0)
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*, 324(7347), 1183. doi: [10.1136/bmj.324.7347.1183](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1183)
- Elzakkars, I. F. F. M. (2017). *Weighing the options: Compulsory treatment, mental capacity and decision making in anorexia nervosa*. Oudegracht: Utrecht University.
- Elzakkars, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W. & Elburg, A. V. (2016). Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(2), 147-153. doi: [10.1192/bjpo.bp.115.002485](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002485)
- Elzakkars, I. F. F. M., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U. & Elburg, A. V. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review. *J International Journal of Eating*, 47(8), 845-852. doi: [10.1002/eat.22330](https://doi.org/10.1002/eat.22330)
- Eriksson, K. I. & Westrin, C. G. (1995). Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 225-230. doi: [10.1111/j.1600-0447.1995.tb09573.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09573.x)

- Fennig, S. & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic journal of psychiatry*, 64(1), 32-39. doi:[10.3109/08039480903265751](https://doi.org/10.3109/08039480903265751)
- Franko, D., Tabri, N., Keshaviah, A., Murray, H. B., Herzog, D. B., Thomas, J. J. & Eddy, K. T. (2018). Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of psychiatric research*, 96, 183-188. doi:[10.1016/j.jpsychires.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.008)
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K. & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. doi:[10.1176/appi.ajp.2013.12070868](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070868)
- Gøttestam, K. G., Rosenvinge, J. H. & Skårderud, F. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 124, 1938-1942. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Hellevik, O. (2015). Spørreundersøkelser. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. (Prop. 56 L (2014-2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-2014-2015/id2362875/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)* (Prop. 147 L (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec1>
- Helsedirektoratet (2012). Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet (2016, 02.11.2018). *Kontrollkomisjonens saksbehandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kontrollkomisjonens-saksbehandling/kontrollkomisjonens-ansvarsomrade>
- Helsedirektoratet (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet (2017c). *Psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. (IS-1/2017). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(1), 89. doi:[10.1186/1472-6963-10-89](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89)
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 349-361. doi:[10.1002/eat.22298](https://doi.org/10.1002/eat.22298)

- Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Hørder, K. & Støvning, R. K. (2012). Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: a review of five cases. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 93-100. doi:[10.1002/eat.20915](https://doi.org/10.1002/eat.20915)
- Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S. & Rouillon, F. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 62-70. doi:[10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x)
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. doi:[10.1016/j.biopsych.2006.03.040](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040)
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(1), 89. doi:[10.1186/1472-6963-10-89](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89)
- Jamtvedt, G., Lund, H. & Nortvedt, M. W. (2014). Kunnskapsbasert forskning? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 134, 10-1. doi:[10.4045/tidsskr.13.1324](https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1324)
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345. doi:[10.1097/YCO.0000000000000278](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278)
- Kjønstad, A., Syse, A. & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett 1: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* (6. ed.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v., LOV-2006-06-30-45 C.F.R. (2006).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63 C.F.R. (1999).
- Maguire, S., Touyz, S., Surgenor, L., Lacey, H. & Le Grange, D. (2010). Why DSM V needs to consider a staging model for anorexia nervosa. *Understanding eating disorders: Integrating culture, psychology and biology*, 15-26. New York: Nova Medical Books.
- Malt, U. (2018). *ICD 10*. Hentet fra <https://sml.snl.no/ICD-10>
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/2245/Som-natt-og-dag-3.pdf>
- NICE Guidelines. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment* (1.12.3). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#using-the-mental-health-act-and-compulsory-treatment>
- NOU 2005:1 (2005). *God forskning – bedre helse. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-01/id389605/>
- NOU 2011:9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/sec5?q=spiseforstyrrelser#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/sec5?q=spiseforstyrrelser#match_0)
- Nøvik, T. S. L. (2010). Diagnosesystemene ICD og DSM. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/>

- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, LOV-2018-06-22-76 (1999).
- Reas, D. L. & Rø, Ø. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010–2016). *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1144-1152. doi:[10.1002/eat.22949](https://doi.org/10.1002/eat.22949)
- Regjeringen. (2014, 24. november). De regionale helseforetakene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Reime, M. A. (2008). *Styring og identitet. Om identitetsprosesser i psykisk helsevern*. Hentet fra [http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATMserie%2019-2008\\_MAR.pdf](http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATMserie%2019-2008_MAR.pdf)
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra [https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- European Convention on Human Rights (1950, 1. juni 2010). Hentet fra [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf)
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D. & Mobassarrah, N.J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157. doi:[10.5214/ans.0972.7531.200409](https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409)
- Rosenvinge, J. H. (2002). Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 122(3), 285-288. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/01/aktuelt-problem/spiseforstyrrelser-hvordan-bor-behandlingen-organiseres>
- Rt-2015-913. (2015). *Norges Høyesterett - HR-2015-1752-A - Rt-2015-913*.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I., Dingemans, A., Ehrlich, S. & Harrison, A. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. doi:[10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Silber, T. J. (2011). Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. *Adolescent Medicine. State of the Art Reviews*, 22(2), 283-288. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/6195/2b0a49a087c7ccafb024a13f17a69539c9cc.pdf>
- Skårderud, F. (2010). *Sterk/svak - håndboken om spiseforstyrrelser* (3 ed.). Oslo: Aschehoug.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. doi:[10.1176/appi.ajp.159.8.1284](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284)
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology*, 126(1), 38-51. doi:[10.1037/abn0000219](https://doi.org/10.1037/abn0000219)
- Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401-407. doi:[10.1002/erv.839](https://doi.org/10.1002/erv.839)
- Swenne, I., Parling, T. & Ros, H. S. (2017). Family-based intervention in adolescent restrictive eating disorders: early treatment response and low weight suppression

- is associated with favourable one-year outcome. *BMC psychiatry*, 17 (1), 333. doi:[10.1186/s12888-017-1486-9](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1486-9)
- Syse, A. (2016). *Psykisk helsevernloven med kommentarer* (3. ed.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Syse, A. (2019, mai). *Psykisk helsevernloven - nye regler i lys av menneskerettskonvensjoner som beskytter personlig integritet*. Innlegg presentert ved Symposium om spiseforstyrrelser, Hell.
- Vall, E. & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. doi:[10.1002/eat.22411](https://doi.org/10.1002/eat.22411)
- Weider, S., Indredavik, M. S., Lydersen, S. & Hestad, K. J. (2015). Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 397-405. doi:[10.1002/eat.22283](https://doi.org/10.1002/eat.22283)
- Westmoreland, P., Johnson, C., Stafford, M., Martinez, R. & Mehler (2017). Involuntary Treatment of Patients With Life-Threatening Anorexia Nervosa. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(4), 419-425. Hentet fra <https://europepmc.org/article/med/29282231>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V. & Vos, T. J. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 10(2), e0116820. doi:[10.1371/journal.pone.0116820](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820)
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization.
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., LaHaise, K. & Dinkel, J. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 467-475. doi:[10.1002/eat.20978](https://doi.org/10.1002/eat.20978)



# Vedlegg

- 1: Spørreskjema med informasjon.
- 2: Svar fra Regional etisk komité.
- 3: Svar fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, ved Kristian Bjørnelv.
- 4: Eksempler på besvarelser.

## Vedlegg 1: Spørreskjema med informasjon



### Kartlegging av bruk av tvang ved spiseforstyrrelser

Som ledd i et prosjekt støttet av Helsedirektoratet gjennomfører Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) en kartlegging av bruk av tvang ved spiseforstyrrelser (SF) i Norge de siste fem år. Kartleggingen inkluderer hvor mange unike pasienter dette gjelder, hvor de behandles, på hvilken indikasjon, kriterier for opphør av tvang, varighet av tvang og hvilke tvangstiltak som benyttes. Prosjektet er REK-godkjent, og komiteen viser til helseforskningsloven § 35 og gir dispensasjon fra taushetsplikt. Opplysninger kan altså gis fra helsepersonell, uten hinder av taushetsplikt, til bruk i dette prosjektet. Videre har komiteen funnet at forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet, og at hensynet til deltagerens velferd og integritet er ivaretatt. For utfyllende informasjon vises til vedlagte svarbrev fra REK.

Dersom ditt sykehus/institusjon *ikke* har hatt pasienter med SF på tvang i nevnte periode, ber vi om at du snarest signerer for «Ikke relevant», og returnerer i vedlagte konvolutt.

Ikke relevant: .....

Dersom din institusjon hatt pasienter innlagt på tvang etter TPH (§ 3.3) i perioden 1. januar 2013 – 31. desember 2017, ber vi om at spørreskjemaet besvares og sendes tilbake. Frankert og adressert konvolutt er vedlagt. Besvar samtlige spørsmål, og marker svar slik: . Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik . Sett så kryss i rett felt.

Ved behov for flere skjema, ber vi om at dere selv kopierer vedlagte, eller kontakter [mia.sve@hnt.no](mailto:mia.sve@hnt.no) for tilsending av flere.

Om vi ikke får skjemaet i retur i løpet av de kommende par ukene, vil dere bli kontaktet. Om det er noe du lurer på, ta kontakt med masterstudent Mia Sve enten på telefon 482 42 070, eller på e-post: [mia.sve@hnt.no](mailto:mia.sve@hnt.no).

## PASIENT

1. Pasientens initialer: .....
2. Fødselsdato: ...../.....-.....
3. Kjønn: 1  Mann 2  Kvinne
4. Navn på sykehus/institusjon: .....

## SYKDOMSVARIABLER

5. Rapportert varighet av SF: 1  0-5 år 2  6-10 år 3  11-15 år 4  16 år eller lengre
6. Har pasienten tidligere mottatt frivillig behandling i spesialisthelsetjenesten:
  - 1  Nei
  - 2  Ja, poliklinisk
  - 3  Ja, døgntilrettelagt ved ett tilfelle
  - 4  Ja, døgntilrettelagt gjentatte ganger
7. Har pasienten tidligere blitt behandlet på tvang: 1  Nei  
2  Ja, en gang  
3  Ja, flere ganger

## STATUS VED INNLEGGELSE

8. Alder ved innleggelse: ..... år.
9. Overført fra annen institusjon på § 4-10 (overføring uten samtykke): 1  Ja 2  Nei
10. Indikasjon for bruk av tvang (grunnlaget for § 3.3):
  - 1 Lav vekt: 1  Ja 2  Nei
  - 2 Alvorlig forverret somatisk tilstand: 1  Ja 2  Nei
  - 3 Somatiske komplikasjoner, eksempelvis EKG, BT, væske/elektrolyttforstyrrelser eller andre symptomer fra hjerte/sirkulasjon: 1  Ja 2  Nei
  - 4 Suicidalitet: 1  Ja 2  Nei
  - 5 Annet: 1  Ja 2  Nei
  - 6 Hvis ønskelig, konkretiser: .....

**11. Diagnoser ved innleggelse (oppgi ICD-10 diagnosenummer):**

1 Hoveddiagnose: .....

2 Komorbide lidelser: .....

**12. Traumer:**

1 Ingen opplysninger om traumehistorikk i anamnesen:  Nei. Hvis ja, vennligst besvar:

2 Seksuelle overgrep i anamnesen: 1  Ja 2  Nei

3 Mobbing: 1  Ja 2  Nei

4 Relasjonstraumer: 1  Nei  Ja, spesifiser: .....

## BEHÅNDLING

**13. Behandling uten eget samtykke etter § 4.4 i psykisk helsevernloven:**

1  Nei

2  Ja, punkt a (behandlet med legemidler uten eget samtykke)

3  Ja, punkt b (ernæring uten eget samtykke)

**14. Hvis ja, ble det brukt sonde?** 1  Ja, ved ett tilfelle

2  Ja, flere ganger

3  Nei

**15. Bruk av tvangsmidler:** 1  Nei

2  Ja, mekaniske tvangsmidler ved ett tilfelle

3  Ja, mekaniske tvangsmidler ved flere tilfeller

4  Ja, isolering/skjerming ved ett tilfelle

5  Ja, isolering/skjerming ved flere tilfeller

6  Ja, korttidsvirkende legemidler ved ett tilfelle

7  Ja, korttidsvirkende legemidler ved flere tilfeller

8  Ja, kortvarig fastholding ved ett tilfelle

9  Ja, kortvarig fastholding ved flere tilfeller

**16. Hvis tvangsmidler ikke ble brukt, gå til punkt 17. Hvis bruk, angi hyppighet:**

1  1 gang    2  2-5 ganger    3  6-9 ganger    4  10 ganger eller mer

**17. Overført på tvang til annen institusjon:** 1  Ja    2  Nei

*Dersom pasienten ble overført videre på tvang til en annen institusjon, er skjemaet med dette ferdig utfyllt. Om ikke, vennligst besvar siste del:*

## VED OPPHØR AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

**18. BMI eller vekt/høyde på tidspunkt for opphør av TPH:**

1: .....

2: BMI/vekt/høyde ikke oppgitt i journal:

**19. Hoveddiagnose og bidiagnoser/tilleggsdiagnoser som fremgår i epikrisen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**20. Videre behandlingstilbud etter opphør av tvang:**

1  Frivillig døgntilbud

2  Overført til dagbehandling

3  Poliklinisk behandling

4  Avsluttet. Hvis avsluttet:

4.1  Ønsket ikke videre behandling

4.2  Ansett ferdig behandlet

5  Annet: .....

21. Varighet av tvungent psykisk helsevern: ..... uker, ..... måneder.

## TAKK FOR HJELPEN!



Prosjektleder, overlege PhD



Prosjektmedarbeider

## Vedlegg 2: Svar fra REK



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	25.01.2018	2017/2374/REK midt
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			05.12.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sigrid Bjørnelv  
Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser, HNT

### 2017/2374 Riktig og redusert bruk av tvang ved spiseforstyrrelser

**Forskningsansvarlig:** Helse Nord-Trøndelag HF  
**Prosjektleder:** Sigrid Bjørnelv

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 10.01.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

#### Prosjektomtale

*Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (SF) kan innlegges til tvungen behandling etter §3.3 i Psykisk Helsevernloven, og siden 2006 med mulighet for tvungen ernæring etter § 4.4 b i samme lov. Imidlertid er det lite kunnskap om hvor mange pasienter i Norge som behandles på tvang for en SF, hvem de er, og hvor de behandles. Det er mangelfull kunnskap om indikasjon for etablering av TPH (Tvinget Psykisk Helsevern), og også om kriterier for opphør, varighet av bruk av tvang og hvilke tvangstiltak som er benyttet. Data innhentet fra NPR på dette området er mangelfulle. Nasjonalt klinisk Nettverk for Spiseforstyrrelser (NKNS) har fokus på kompetanseheving, og ønsker å ha fokus på redusert og riktig bruk av tvang ved SF, og første skritt er en kartlegging av dagens praksis. Målet med dette prosjektet er derfor en nasjonal kartlegging av bruk av tvang ved SF via et spørreskjema, og i neste omgang finne fokusområder for riktig og redusert bruk av tvang.*

#### Komiteens prosjektsammendrag

Hensikten med prosjektet er å kartlegge bruk av tvang ved spiseforstyrrelser ved alle landets sykehus og distriktpsykiatriske senter (DPS) som har hatt pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (SF) de siste 5 år, inkludert hvor mange unike pasienter det er, hvor de behandles, på hvilken indikasjon, kriterier for opphør av tvang, varighet av tvang og hvilke tvangstiltak som er benyttet. Målet med prosjektet er en nasjonal kartlegging av bruk av tvang ved SF, og i neste omgang finne fokusområde for riktig og redusert bruk av tvang. Data hentes fra pasientjournaler der pasienten er blitt behandlet, via et spørreskjema som sendes ut til relevante sykehus og DPS. Ettersom flere av pasientene behandles på flere nivå og i flere institusjoner ønsker man at opplysningene som samles inn skal være personidentifiserbare, slik at man kan følge den enkelte pasient gjennom et helt pasientforløp, og man unngår å telle samme pasient flere ganger. Samtykke planlegges ikke innhentet. Prosjektet inngår som del av en master i helsevitenskap.

#### Helseforskningslovens saklige virkeområde

Komiteen vurderte først om studien faller inn under helseforskningslovens (hfl.) saklige virkeområde, jf. hfl. §2; det vil si om prosjektet er å forstå som forskning med mål om å fremskaffe ny kunnskap om helse og

sykdom. Komiteen oppfatter at studien innebærer å undersøke behandlingssimplikasjoner ved bruk av tvang for personer diagnostisert med spiseforstyrrelse. Komiteen vurderte på dette grunnlag at studien er å betrakte som forskning på sykdom og helse, og at den følgelig skal vurderes av REK.

#### **Forsvarlighet**

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

#### *Dispensasjon fra taushetsplikt*

Komiteen viser til helseforskningsloven § 35 og gir herved dispensasjon fra taushetsplikt, slik at opplysninger kan gis fra helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, til bruk i det beskrevne prosjektet. Komiteen godkjenner også at prosjektleder behandler personopplysninger uten samtykke fra den enkelte deltaker. Prosjektleder kan delegere nødvendig tilgang til de andre personene som er nevnt i søknadens liste over medarbeidere. Komiteen begrunner vedtaket med at det er vanskelig å innhente samtykke på grunn av studiens omfang. Videre finner komiteen at forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

#### *Databehandling*

Komiteen forutsetter at dataene aidentifiseres når registreringen er avsluttet, og at all videre behandling/bruk av dataene gjøres på aidentifiserte datasett.

#### **Vilkår for godkjenning**

1. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
2. Dispensasjonen fra taushetsplikt gjelder kun for de opplysningene som er relevante for studien.
3. Enhver publikasjon basert på studien må skje i en slik form at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes.
4. Registerkoblingene i prosjektet kan ikke deles med andre forskergrupper for andre forskningsformål enn det som er beskrevet i dette vedtaksbrevet.
5. Dispensasjonen fra taushetsplikt gjelder i studieperioden for de prosjektmedarbeidere som prosjektleder har delegert nødvendig tilgang til. Av mulige kontrollhensyn innvilges prosjektleder også dispensasjon i fem år etter sluttmelding er sendt REK.
6. Komiteen forutsetter at dataene aidentifiseres når registreringen er avsluttet.
7. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
8. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
9. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

#### **Vedtak**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteens beslutning var enstemmig.

#### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 30.11.2018, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

*Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm  
Professor dr.med. / Overlege  
Leder, REK Midt

Marit Hovdal Moan  
seniorrådgiver

Kopi til: [bodil.landstad@hnt.no](mailto:bodil.landstad@hnt.no)





### Vedlegg 3: Svar fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, ved Kristian Bjørnelv

From: Bjørnelv, Kristian <[fmtlkbj@fylkesmannen.no](mailto:fmtlkbj@fylkesmannen.no)>

Sent: Thursday, December 12, 2019 1:28 PM

To: Sigrid Bjørnelv <[sigrid.bjornelv@ntnu.no](mailto:sigrid.bjornelv@ntnu.no)>

Subject: §§ 4-4 og 4-8

Hei, da har jeg sjekket ut litt. Og jeg endrer svaret mitt.

Det er riktig at det må fattes særskilt vedtak etter phvl. § 4-8 dersom det er nødvendig å utøve tvang (holding eller beltelegging) for å gjennomføre behandlingen etter phvl. § 4-4 a jf. § 4-4.

Vi viser til rundskriv IS-1/2017 der det fremgår av kommentarer til § 4-4 første ledd første punktum; «Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å utøve tvang (holding eller mekaniske tvangsmidler) må det treffes særskilt vedtak om dette (§ 4-8).» og kommentar til § 4-4 a; «Bestemmelsen gir hjemmel for å iverksette undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke. Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det i tillegg treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter § 4-8.».

Vi ser av spørsmålet ditt at du har vansker med å begrunne § 4-8-vedtak i disse situasjonene. Begrunnelsen kan etter vår mening være å forhindre pasienten i å skade seg selv eller andre i medisineringsøyeblikket der mindre inngripende tiltak ikke har ført frem.

*Phvl. § 4-4: Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å utøve tvang (holding eller mekaniske tvangsmidler) må det treffes særskilt vedtak om dette (§ 4-8).*

*Phvl. § 4-4a: Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det i tillegg treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter § 4-8.*

Svaret er; ja det må fattes eget § 4-8 vedtak. Dette skal stå i pkt 2 (virkemidler) i § 4-4 a vedtaket

Så slik jeg forstår det er det litt ulik oppfatning av om dette er logisk, men det er nå slik vi praktiserer det her på huset hverfall. § 4-8 kan man jo si ikke er beregnet på disse tilfellene. Men begrunnelsen kan etter vår mening være å forhindre pasienten i å skade seg selv eller andre i medisineringsøyeblikket der mindre inngripende tiltak ikke har ført frem. Det er også for å synliggjøre all tvang som gjennomføres.

Med vennlig hilsen

**Kristian Bjørnelv**  
juridiks seniorrådgiver



**Fylkesmannen i Trøndelag**

*Trööndelagen fylhkenåлма*

Telefon: 73 19 91 81

E-post: [fmtlkbj@fylkesmannen.no](mailto:fmtlkbj@fylkesmannen.no)

Web: [www.fylkesmannen.no/tl](http://www.fylkesmannen.no/tl)



**Vedlegg 4:** Eksempler på besvarte spørreskjema

Hvem?	Sporet opp?
Ikke relevant: <i>ikke relevant A-Sundby</i>	Nei
Ikke relevant: <i>X - <del>egget</del></i>	Nei
Ikke relevant: <i>Mani R. Skovis</i>	Ja
Ikke relevant: <i>[Signature]</i>	Nei
Ikke relevant: <i>X fagfor. sp. Team Bitt Uve</i>	Nei
Ikke relevant: <i>[Signature]</i>	Nei
Ikke relevant: <i>X</i>	