

Bruk av tvang i behandling av rusmiddelavhengighet

Med grunnlag i Helse- og omsorgsloven §10-2 kan personer være i tvungent tilbakehold på institusjon. Praksisen har eksistert i årtier, og kunnskapsgrunnlaget er fortsatt tynt.

TEKST

Gro Walø-Syversen

PUBLISERT 27. mai 2022

EMNER rus og avhengighet

Psykisk helsevernloven er ikke det eneste lovverket som hjemler tvangsbruk i spesialisthelsetjenesten, det gjør også helse- og omsorgstjenesteloven. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan personer holdes tilbake uten eget samtykke; enten i tilfeller der omfattende og vedvarende rusmiddelbruk setter brukerens psykiske og fysiske helse i fare (§10-2) eller ved graviditet for å beskytte barnet mot skade (§10-3) (se f.eks. <https://www.korus-sor.no/gravide/> for mer informasjon om gravide, rusmiddelbruk og bruk av tvang).

Tvungent tilbakehold i TSB er et ukjent fenomen for de fleste psykologer utenfor feltet. Bruk av ulike former for lovregulert tvang knyttet spesifikt til håndtering av rusmiddelavhengighet er et internasjonalt fenomen (Gerdner & Berglund, 2010). I Norge kan personer være i tvungent tilbakehold på institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, gitt at visse vilkår er oppfylt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). På eget initiativ eller etter bekymringsmeldinger fra pårørende vurderer og fremmer sosialtjenesten forslag om tvungent tilbakehold. Saken legges frem i Fylkesnemda for barnevern og sosiale saker, som fatter beslutning om vedtak etter et forhandlingsmøte hvor pasienten og kommunen er representert. Saksbehandlingstiden er omtrent på en måned (Lundeberg et al., 2010). Loven gir mulighet til å fatte midlertidige vedtak, som betyr at vedtaket kan iverksettes på dagen. Alle helseregionene har TSB-institusjoner som tar imot §10-2-pasienter, og institusjonene har tverrfaglige team der psykologer er involvert og har ansvar for pasientens behandling.

**Oppsummering av helse- og omsorgstjenesteloven
§10-2 Tilbakehold på institusjon uten eget samtykke**

- psykisk og fysisk helse utsatt for fare på grunn av
- omfattende og vedvarende rusmisbruk
- frivillige hjelpetiltak er ikke tilstrekkelige
- vedtak fattes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker
- institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende hjelp sett i lys av formålet med vedtaket
- kommunen kan iverksette midlertidige vedtak hvis interessene som bestemmelsen skal ivareta blir vesentlig skadelidende når vedtaket ikke gjennomføres straks

Rokkanrapporten

Tvungent tilbakehold på institusjon har eksistert på kommunalt nivå siden 1990-tallet, og ble overført til spesialisthelsetjenesten i 2004 (Vederhus, 2013). Det er uklart hvor mange §10-2 vedtak som blir iverksatt per år (Helsedirektoratet, 2016). I 2013 skal 157 personer ha vært §10-2- innlagt, altså en svært marginal andel (under 2 %) av det totale volumet innleggelser i TSB (Kristensen et al., 2018). Jurist Karl H. Søvig fra Universitetet i Bergen (Søvig, 2007) og forskere ved Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier (Lundeberg et al., 2010) har stått for de første gjennomgående evalueringene av vedtaket. En oversikt i Rokkanrapporten (Lundeberg et al., 2010), som baserte seg på 567 §10-2-vedtak i perioden 1993–2008, fant at gjennomsnittsalderen på de innlagte var 29 år. Nærmere 40 % av dem var under 25 år. Aldersgjennomsnittet for kvinner var lavere enn hos mennene. En svak overvekt av kvinner ble innlagt (53 %), og i byene var det en stor overrepresentasjon (70 %). Blandingsmisbruk var vanlig i de fleste sakene og opiatvar representert i over halvparten av dem. Rapporten presenterer et nedslående totalbilde av §10-2 tiltaket. For spesialisthelsetjenestens del ble det pekt på dårlig samarbeid med sosialtjenesten, svikt i ivaretagelsen av pasienter med samtidig psykisk lidelse (ROP-pasienter) og mangel på rutiner og individuell tilrettelegging i behandlingen (Lundeberg et al., 2010).

Ikke tvangsbehandling

Institusjonene kan tilby behandling, men kan ikke tvinge pasienten til deltagelse eller iverksette sanksjoner hvis pasientene ikke ønsker å delta i behandlingstilbudet. Tvungen ligger først og fremst i tilbakeholdet og en del andre kontrollelementer som skal anvendes skjønnsmessig og vurderes i hvert enkelt tilfelle. Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016) regulerer institusjonenes bruk av tilbakehold og kontroll av pasientene. Det er ikke hjemmel for bruk av skjerming, mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering. Pasienten kan legges inn med bistand av politi og ved rømninger kan institusjonen varsle politi og be om at pasienten hentes inn igjen. Institusjonene har mulighet til å begrense fravær eller permisjon. Utgang utenfor institusjonen gjennomføres normalt med følge av personale (Lundeberg et al., 2010). Kontrollen foregår på andre arenaer også. Institusjonene kan kreve rusmiddeltesting og sette i

gang ransaking av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon, under visse betingelser. Forskriftene gir anledning til kommunikasjonskontroll, men hovedregelen er at pasienten skal ha tilgang til mobiltelefon og pc.

Det fins ikke samlede og systematiske oversikter over institusjonene, deres fysiske utforming, behandlingstilbud og kontrollbruk. Frem til publikasjonen av den nye veilederen i 2016 (Helsedirektoratet, 2016), var det svært begrensede føringer for oppholdenes innhold, bortsett fra den helt generelle anmodningen om at man forsøke å motivere pasientene til videre behandling og at oppholdet skal ha en positiv betydning på sikt (Helsetilsynet, 2000). Ofte var nok primærfokus på intervensjoner rettet mot alliansebygging og sikring av trivsel for å komme i posisjon til å drive motivasjonsarbeidet som vedtaket forutsetter (Lundeberg et al., 2010).

Rokkanrapporten har vist at det er betydelig variasjon når det gjelder institusjonenes fysiske utforming, tilbakeholdsbruk og kontrolltiltak. Det var og er i stor grad opp til hver enkelt institusjon. Hovedregelen er antagelig at pasientene legges inn på separate og lukkede poster, avgrenset fra frivillig innlagte medpasienter.

Ny veileder fra 2016

«Tvangsvedtaket gir ikke grunnlag for behandling uten samtykke. Institusjonen skal likevel kontinuerlig legge til rette for og gi tilbud om en individuell behandling basert på samtykke. Målet er å motivere for videre behandling.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 77)

«Fokuset i veilederen er å redusere de negative konsekvensene av tvang»

Den nye veilederen er et viktig tilskudd til feltet. Den har et omfattende kapittel om tilbakeholdsfasen og vektlegger brukarmedvirkning og individuelt tilrettelagt systematisk utredning og behandling. Fokuset er å redusere negative konsekvenser av tvang og at oppholdet innebærer tilstrekkelig aktivitet.

«Institusjonsoppholdets kvalitet er av stor betydning for å redusere negative opplevelser av tvang. Institusjonene må legge til rette for at pasientene kan delta på meningsfulle aktiviteter som kan styrke mestringsfølelsen, forebygge rømning og dempe konfliktnivået. Samtaler, aktiviteter og samvær som bidrar til en positiv opplevelse i rusfrihet kan være av stor betydning. At institusjonene bidrar til at pasientene kan delta på nye sosiale arenaer og inngå i sosiale felleskap innenfor og utenfor institusjonen, kan være avgjørende for å oppnå god rusmestring.» (Helsedirektoratet, 2016, s. 78).

Lokal forskning

Det fins få systematiske evalueringer av virkningen av tvungent tilbakehold i Norge. En forskergruppe ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus har vært i front (Christiansen, 2018) og står bak de vitenskapelige studiene som fins

(Opsal et al., 2013; Opsal et al., 2016; Opsal et al., 2019; Pasareanu et al., 2015; Pasareanu et al., 2016; Pasareanu et al., 2017). Gruppen fulgte 202 pasienter, 65 tvangsinnlagte og 137 frivillig innlagte, fra innleggelse til seks måneder etter utskrivelsen. Viktige funn var bedre livskvalitet og rusmestring, og redusert rusmiddelbruk, også for pasientene som var innlagt med tvungent tilbakehold. I ettertid var faktisk en stor andel av pasientene positive til at tvangsvedtaket ble iverksatt (Kristensen et al., 2018). I Sverige har man en tilsvarende lovhjemmel som er grundig kartlagt (Larsson & Leinio, 2012; Larsson & Segraeus, 2005; Vederhus, 2013). Undersøkelsene i Sverige antyder at det er lik dødelighet for pasienter som har vært innlagt til

«Hovedtendensen var bedre livskvalitet og rusmestring, og redusert rusmiddelbruk»

henholdsvis tvungen og frivillig behandling (Larsson & Leinio, 2012; Larsson & Segraeus, 2005). Behandlingsutfallene sammenfaller også hvis man ser på antall dager til ny avgiftning og bruk av rusmidler etter utskrivelsen (Gerdner & Berglund, 2010; Lindahl, et al., 2010; Palm & Stenius, 2002).

Utfordringer

Tvungent tilbakehold og andre kontrolltiltak forpurrer etableringen av en god arbeidsallianse. Bruk av tvang fremmer heller ikke robuste individuelle endringsprosesser (Brehm & Brehm, 1981; Ryan & Deci, 2000; Winick, 1997). Det er et paradoks at tvangstiltak skal fremme motivasjon til videre behandling. Tanken bak er vel at den reduserte rusmiddelbruken som oppnås med kontrolltiltakene vil gjenopprette en autonomi som gikk tapt i rusen, og at det skal bli lettere å ta stilling til videre behandling. Det er uklart om pasienter som har vært innlagt etter §10-2 føler seg mer motivert til frivillig behandling etter tre måneder (Opsal et al., 2019), men fra Rokkanrapporten vet vi at omtrent halvparten av de tvangsinnlagte velger å gå videre i frivillig behandling (Lundeberg et al., 2010).

Midlertidige vedtak og mangel på frivillige tilbud

Bruken av midlertidig vedtak, en unntaksbestemmelse, er stor og forekommer i langt over halvparten av sakene (Lundeberg et al., 2010). Ved midlertidige vedtak er sosialtjenestens fokus akutt livredning og stabilisering i alvorlige og kompliserte saker, uten at det nødvendigvis er tatt stilling til langsiktige tiltak som vil fungere. Det er motivasjonsarbeid og tilrettelegging for videre behandling som er hovedintensjonen med loven. Midlertidige vedtak er «motivasjonsdempende». Pasienten hentes inn til institusjonen uten å være forberedt, ofte ved hjelp av politi, noe som kan oppleves som svært krenkende (Lundeberg et al., 2010; Pasareanu et al., 2015). I perioden frem til endelig behandling i Fylkesnemda, opptil seks uker i noen tilfeller, kan pasienten bruke tiden utelukkende på venting og håp om at vedtaket oppheves, noe som nesten aldri forekommer (Lundeberg et al., 2010). Pasienten nær sagt teller ned dagene til en

forestilt utskrivelse. «Motivasjonsdempingen» kan forsterkes av et annet etisk ubehagelig faktum; i mange saker er det ikke muligheter for direkte overføring til frivillig behandling (Lundeberg et al., 2010). Det fins ikke noen rød løper inn til spesialisthelsetjenesten.

Under oppholdet tar ikke pasienten stilling til konkrete og reelle handlingsalternativer, men blir isteden pålagt å holde seg rusmiddelfri under usikre omstendigheter og fremtidsutsikter. Det er vanskelig å se for seg at det gir mening å delta i en tvungen prosess mot å bli rusmiddelfri hvis det er rett tilbake til start ved utskrivelsen. Mangel på tilbud om plass i behandling eller på andre «høyterskel»-tiltak i etterkant av tvangsvedtaket, er uheldig. I verst tenkelige scenario kan en opioidnaiv pasient skrives rett ut til hospits og en million kroner i hjelpetiltak har gått i vasken.

Rømning eller meningsfulle aktiviteter

Veilederen understreker at institusjonene skal legge til rette for meningsfylte aktiviteter som kan bidra til positive erfaringer i rusfrihet. Dette innebærer en risiko for at pasienten får lettere tilgang til rusmidler, for eksempel via rømning i forbindelse med turer ut. Samtidig kan et for sterkt tilbakehold på lukkede institusjoner uten aktiviteter også øke risikoen for rømninger med rusinntak (Lundeberg et al., 2010). Rømninger skaper uro i systemet og kan være problematiske, mest på grunn av overdosefaren. I vurdering av aktiviteter må institusjonene veie risikoen for rømning og rusmiddelinntak opp mot formålet med det spesifikke vedtaket, og mot verdien i å legge til rette for positive rusfrie erfaringer.

Passivisering

Rokkanrapporten belyser at mange pasienter beskrev oppholdene som ”ren oppbevaring” (Lundeberg, 2010, s. 236). Pasientene la vekt på at det ikke skjedde noe og at det var lite innhold i behandlingen. Pasientenes ruskonsulenter rapporterte også at tvangsoppholdene virket kjedelige og uten relevant innhold. Rapporten forteller om en langtekkelig innleggelse hvor pasientene erfarte å bli passivisert (Lundeberg et al., 2010).

”Det skjer ikke så veldig mye inne på tvangen at man på en måte bare tenker sånn” å, dette har jeg lyst til å gjøre mer av”. For det første er det veldig kjedelig å være på tvang. Det er, du er innesperra, du...du er skjerma fra omverdenen liksom. Og jeg trur at det er mere som skal til for å ville bli nykter enn bare å være innesperra. Man må på en måte få motivasjonen, få muligheten til å oppleve ting. Man må få muligheten til å kunne...gå ut og gjøre litt ting som andre nyktre folk syns er gøy.” (Lundeberg et al., 2010, s.209)

I det hele tatt gir rapporten inntrykk av pasienter som blir møtt med for mye tilbaketrukkenhet i oppholdet, som kan signalisere lav tiltro til mestring og endringsmuligheter. Føringene i den nye veilederen har forhåpentligvis bidratt til forandringer, slik at institusjonene, i tillegg til brukermedvirkning, prøver å finne en god balanse og ikke er for tilbakelent eller bruker urimelig press. Psykologen for eksempel, kan etablere kontakt og signalisere genuin interesse gjennom frekvente turer

inn på avdelingen, og informere om hva hen kan tilby av samtaler og utredning når pasienten etter hvert er åpen og tilgjengelig for informasjonen. Det koster lite og virker bedre enn å vente på kontoret.

Oppsummering

Tvunget tilbakehold på institusjon har foregått siden 90-tallet. Det er et inngripende tiltak som får lite fokus sammenlignet med bruk av tvang i andre felt.

Kunnskapsgrunnlaget for praksisen er begrenset. Sivilombudet besøker ikke disse pasientene og de har heller ingen Kontrollkommisjon. Rokkanrapporten tegner et relativt bedrøvelig bilde og pekte på flere forbedringsmuligheter for gjennomføringen av tilbakeholdet i spesialisthelsetjenesten. Rapporten gav grunnlag for forskriftsendringene og anbefalingene i den nye veilederen fra 2016. Resultatene i forskningen fra Sørlandet sykehus er heldigvis mer gledelige. Studiene finner bedring i livskvalitet og redusert rusmiddelbruk, og i ettertid var flere av pasientene positive til vedtaket. Forhåpentligvis er funnene representative for den generelle norske situasjonen, men det er uklart gitt den dokumenterte variasjonen i institusjonenes utforming og kontrollbruk. Det er et kvalitetstegn at Sørlandet sykehus har samlet et evidensgrunnlag for praksisen.

I lys av de positive resultatene kan de tre enhetene som var representert i studien kanskje være gode eksempler for spesialisthelsetjenesten. Vi vet ikke hva som er aktuell praksis i institusjonene som tar imot tvangspasientene nå. Det er 12 år siden Rokkanrapporten ble publisert, og det er på tide med en ny rapport som undersøker om anbefalingene i veilederen blir fulgt eller om det er status quo.

Anbefalt lesning

Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer - etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (Helsedirektoratet, 2016)

Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang. Ingrid Rindal Lundeberg, Kristian Mjåland og Karl Harald Søvig (2014). Gyldendal Juridisk.

§10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

- en gravid rusmiddelavhengig kan uten eget samtykke holdes tilbake på institusjon i hele svangerskapet hvis misbruket overveiende sannsynlig kan føre til et barn født med skade
- formålet er å hindre eller begrense sannsynligheten for skade på barnet
- kvinnen skal tilbys hjelp for rusmiddelmisbruk og å bli i stand til å ta vare på barnet
- tilbakeholdet revurderes hver tredje måned
- kommunen kan iverksette midlertidige vedtak
- kommunen skal gi barneverntjenesten melding om innleggelsen

I Europa er det kun Norge som har tvangsbestemmelser overfor gravide rusmiddelavhengige (<https://rop.no/aktuelt/flest-kvinner-tvangsinnlegges-til-rusbehandling>). Borgestadklinikken er en kjent institusjon som har tatt imot gravide innlagt uten eget samtykke siden 1996. Se f.eks. <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Skjermet-rapport-2015.pdf> for mer informasjon og kartlegging over innleggelser på Borgestadklinikken.

MERKNAD: Gro Walø-Syversen er medforfatter på en av studiene som teksten refererer til.

Teksten ble oppdatert 24.06.2022 kl. 13.31. Merknad og Anbefalt lesning ble lagt til. Dette ble publisert første gang i papirutgaven 1. juni 2022.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 534-539

TEKST

Gro Walø-Syversen

KONTAKT: gro@psykologtidsskriftet.no

+ Vis referanser

Christiansen, A. (2018, 8. august). Forskere mener flere rusavhengige bør tvangsinnlegges. <https://forskning.no/universitetet-i-agder-rus-og-avhengighet-partner/fo...>

Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016).

. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-26-1003?q=forskrift%20o...>

Gerdner, A. & Berglund, M. (2010).

. http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/Rapporter/Oversikt_tvangsvard_missbruk.pdf

Helsedirektoratet. (2016).

(IS-2355). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-ru...>

Helsetilsynet. (2000).

(Rapport, I-0965/2000). Oslo: Helsetilsynet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011).

. Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorg)

[q=helse+og+omsorg](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorg)

Kristensen Ø., Opsal A. & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling? Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1114>

Larsson, J. & Segraeus, V. (2005).

(SiS følger opp och utveklar, rapport nr. 1). Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Larsson, J. & Leinio, T. (2012).

(Institutionsvård i fokus, rapport nr. 3). Stockholm: Statens institutionsstyrelse

Lindahl, M.L., Ojehagen, A. & Berglund, M. (2010). Commitment to coercive care in relation to substance abuse reports to the social services: A 2-year follow-up. , , 372-376. <https://doi.org/10.3109/08039481003710204>

Lundeberg I., Mjåland K., Søvig K. H., Nilssen E. & Ravneberg, B. (2010).

(Rapport 2-

2010). Bergen: Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier

Opsal, A., Kristensen, Ø., Clausen, T. (2019). Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders.

. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0237-y>

Opsal, A., Kristensen, Ø., Larsen, T. K., Syversen, G., Rudshaug, E. A., Gerdner, A. & Clausen, T. (2013). Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. . <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-57>

Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, JKåre; Clausen, Thomas (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. BMC Health Services Research, 16 (1). s 1 - 10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>

Palm, J. & Stenius K. (2002). Sweden: integrated compulsory treatment. European Addiction Research. <https://doi.org/10.1159/000052057>

Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. , 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>

Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: Results from

compulsorily and voluntarily admitted patients. , 16.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6>

Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2017). Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions. , (5), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1936-y>

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. , , 68-78.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Søvig, K. (2007). . Sosialtjenestelovens §§ 6-2 til 6-3. Bergen: Fagbokforlaget

Vederhus, J. (2013). Tvangsinnleggelse av rusmiddelavhengige - noen etiske aspekter I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (red.), (s. 242-260). Kristiansand: Portal

Winick, B. (1997). Mandatory Treatment: An Examination of Therapeutic Jurisprudence. , , 27-34