Bruk av tvang ved spiseforstyrrelser

Tema for presentasjonen

Tvunget psykisk helsevern

- Det må også vurderes om institusjonen er **faglig** og **materielt** i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg.
- Det **må** foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et **egnet tilbud for spiseforstyrrelsen** ved institusjonen.

Vilkårene

Frivillighet

- Frivillighet skal være forsøkt eller opplagt ikke hensiktsmessig

- Har pasienten fått **adekvat** frivillig behandling?

Hovedvilkår Alvorlig sinnslidelse
Når er Anorexia Nervosa en alvorlig sinnslidelse?

- Klare kriterier?
- BMI?
- Somatikk?
- Psykose?
- Kognitiv svikt?

→Totalvurdering

- adferdsmønster, situasjonsforståelse,
- Sykdomsinnsikt, mestringsevne, andre symptomer,
- sykdomsgrad og -varighet

Tilleggsvilkår

- Behandlingsvilkår
  - Bare reernæring??
- Farevilkår
  - Kort og lengre sikt

Tvungen behandling

- Vedtak om tvungen ernæring - §4.4.-b

- Vedtak om tvungen medikamentell behandling - § 4.4.a

Forekomst
2013 - 2017

- N: 129 (M:4, F: 125)
  - + 19 som bare var på §3.2
- Alder: 24,7 år (16 – 57)
- Antall døgn på TPH (1- 1035)

Bruk av tvungen behandling og tvangsmidler									
	Helse Sør-Øst (N = 70)		Helse Vest (N = 13)		Helse Midt (N = 22)		Helse Nord (N = 24)		Totalt
Tvungen behandling	N	%	N	%	N	%	N	%	N:129
Nei (ingen vedtak § 4-4)	30	43	8	62	6	32	13	54	57(44%)
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	62(56%)
§ 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	47(36%)
Tvangstiltak (§ 4-3, § 4-8)									
Skjerming	8	11	2	15	0	0	2	8	12
Bruk av tvangsmidler	24	34	8	62	5	23	4	17	39 (30%)
Mekaniske tvangsmidler	5	7	4	40	3	14	2	8	14
Korttidsvirkende legemidler	4	6	1	8	0	0	0	0	5
Kortvarig fastholding	25	36	7	54	4	18	3	13	39
Hyppighet (mer enn 10 ganger)	17	24	4	40	3	14	0	0	24 (19)

Samtykkekompetanse

Enkelt skal det ikke være

Hva sier loven?

- Manglende samtykkekompetanse er et vilkår for bruk av tvang.
- Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
- I lovens forarbeider er det lagt til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, som hovedregel må anses å mangle samtykke-kompetanse.

- **Lovens forarbeid: (Prop 147 L):**

Når det gjelder spiseforstyrrelser, la utvalgets flertall til grunn at unnlatelse av å gi helsehjelp til personer med en:

«**spiseforstyrret motivasjon for et næringsinntak som er så lavt at det kan føre til varig somatisk skade»**,

vil føre til for store menneskelige kostnader.

På denne bakgrunn mente flertallet at en person som tar en:

«spiseforstyrret beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket ved overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes ikke beslutningskompetent.»

- Departementet legger til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å **redusere** eller **ikke øke** næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, **som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse.**

- Departementet viser også til høyesterettsdom avsagt 25. august 2015, jf. Rt-2015-913. I denne dommen la Høyesterett til grunn at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse, såfremt tilstanden kan likestilles med psykose.

Relevante vurderingsmomenter(FARV)

- •evnen til å **F**orstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
- •evnen til å **A**nerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- •evnen til å **R**esonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- •evnen til å uttrykke et **V**alg

FARV hos Pasienten med alvorlig AN

F	Forstå	Utmerket
A	Anerkjenne	Tilsynelatende god
R	Resonnere	Tilsynelatende god
V	Uttrykke valg	Tilsynelatende god

- En sultende hjerne medfører redusert kognisjon og også forstyrret realitetsoppfatning
- Pasientene blir preget av «vrangforestillinger» om matinntak og kropps-størrelse, men det er deres ærlige mening. (opplevelse, ikke persepsjon).
- Misforstått respekt for pasientens autonomi kan medføre dødsfall (Holm, Brixen & al, 2012, Danmark)
- Er tilsynelatende oppegående: Hun var «munter og pratsom» (døde 7 dager senere av delir).

Viktig

- Det stilles også spørsmål om vi ikke, fordi den kognitive forstyrrelsen forsvinner ved vektøkning, er forpliktet til å behandle dem til den kognitive forstyrrelsen er forsvunnet, slik at de er i stand til å ta rasjonelle avgjørelser i forhold til sitt liv og sin helse.

Nevropsykologiske vansker ved Anoreksi

- vansker med set-shift (skifte ståsted)
- dårlig sentral coherens (tendens til å fokusere på detaljer heller enn å ha fokus på framtidige fordeler ved å bli frisk.)
- nedsatt evne til å ta valg (ambivalens)
- Anoreksien bli en del av en personlighetsidentitet hos pasienten, der verdisettingen av liv og død i den akutte fasen er forskjellig fra det personen sto for som frisk.

Psyko-nevro-biologiske mekanismer

- Endringer i belønningssystemet spiller en rolle i hvor framtredende det er å ikke spise ved å modellere emosjonelt stress.
- I senere stadier blir denne adferden habituell, og dermed refraktær mot endring, en prosess som forsterkes ved den økte tvangstendensen vi ser ved undervekt.

Forskjell i forhold til tvang ved andre psykiske lidelser

- Ved anorexia nervosa er pasientens samtykkekompetanse bare påvirket eller (tvilsom) innenfor et smalt område, nemlig ernæring og kroppsopplevelse.
- Den medisinske alvorligheten/faren er ofte ikke ansett som nærliggende
- Disse pasientene framstår velkledd og velformulert, med en rasjonell forklaring på sine valg, og uttrykker ikke noe ønske om å dø.
- Det kan også være vanskelig å skille symptomene fra mer kulturelle normer som sunnhet mm (trening, spise sunt)

Ulike vurderinger og begrunnelser

- Dommer Jackson: **Verdien av livet trumfer antakelsen om at tvungen behandling vil mislykkes.**
- ---at dommeren skiller mellom «feeding» som bare har som hensikt å holde pasienten i live, og psykososial behandling som har fokus på å bedre livskvalitet heller enn vektøkning.
- -- argumenterte for at **tvungen ernæring som ikke er kombinert med «talking therapy»**, **ikke er behandling**, og **ikke kan forsvares**, og er **utilbørlig** hos pasienter med langvarig alvorlig anorexia.

Tidligere pasient

- Å akseptere nei til flere runder med behandling kan bare gjøres når
- 1)Pasienten er samtykkekompetent
- 2)Pasienten har en realistisk forventning til resultatet (dvs at pasienten må vite/forstå) at det å si nei til ernæring vil føre til døden
- 3)Pasientens valg om å dø må være basert på en realistisk vurdering av pasientens nåværende livskvalitet og muligheten for å lykkes med behandling.
- Mange pasienter takker for hjelp etter tvungen behandling

Forslag til kriterier for samtykkekompetanse

- **Fraværet av patologiske verdier** (som det å ønske å være tynn) (Tan et al)

- Men hvordan definere patologiske verdier?
- I en spesifikk kultur/samfunn/setting?
- Spesiell sykdom/for den enkelte pasient?

MacCAT-T

Screeninginstrument

Mental Capacity to consent to treatment in anorexia nervosa

Samtykkekompetanse og MacCAT-T

- Pasienten hadde samtykkekompetanse, de visste at de var syk, og at de kunne dø.
- Men - død og uførhet var mindre viktig enn det å være tynn.
- Noen pasienter erkjente dette i retrospekt, og takket for at de var blitt behandlet mot sin vilje.
- Dilemma: det er noen pasienter med samtykkekompetanse ifølge de formelle kriteriene der behandlingsnekt synes å være motsatt i forhold til en riktig medisinsk behandling.
- Kriteriene for samtykkekompetanse må justeres, for selv om de tilsynelatende er samtykke-kompetent, er deres psykologiske fungering avvikende i forhold til normale kontroller.

Mental Capacity to consent to treatment in anorexia nervosa

- Nedsatt mental kapasitet ble funnet hos 1/3 av pasientene
- assosiert med lav BMI
- Mindre verdsetting/anerkjenning av sykdom og behandling
- tidligere behandling av AN
- lav sosial fungering
- dårlig set-shift.

Funn i studien

- 43 % av pasientene med BMI under 15 ble vurdert å ha full mental kapasitet, mens 17 % av de med BMI over 15 hadde redusert mental kapasitet.
- Ved bruk av MacCAT-T, var resonnering og forståelse normal
- Nevrokognitiv påvirkning ved AN er subtil, og ikke direkte relatert til BMI
- Ved bruk av intervju og MacCAT-T, er det viktig å ha fokus på anerkjennelse av sykdom og behandling
- Det er fascinerende at det er en assosiasjon mellom høyt nivå av alexitymi og anerkjennelse, men at disse faktorene ikke er korrelert med BMI.

Konklusjon

- Samtykkekompetanse henger sammen med mental kapasitet
- Mange med anoreksi har redusert mental kapasitet
- Det mest sentrale punktet er **A** (Appreciation/Anerkjennelse) – dvs sykdomsinnsikt
- Mental kapasitet og samtykkekompetanse hos pasienter med anorexia nervosa må vurderes ut fra de sykdomsspesifikke trekkene som fører til at enkelte fyller kriteriene for alvorlig sinnslidelse

Tvang Uten Døgn

Ingen forskjell på AN og andre med alvorlige sinnslidelser

Unngå lange kontinuerlige døgninnleggelser –

TUD m/poliklinisk oppfølging → inn hvis vekttap

Samtykkekompetanse ved ønske om tvang

- Noen pasienter ønsker å være på §3.3 fordi «**noe i meg er sterkere enn meg selv»**
- Har de, eller mangler de samtykkekompetanse?

Pasienterfaring

10 pasienter innlagt fra 2003 – 2013

1 innlagt 2 ganger

Alder:	16.5 – 26 år
Sykdomsvarighet:	3 - 15 år
BMI:	8.2 -19,3

8 deltok i etterundersøkelse med intervju

Bruk av tvang/tvangstiltak

- Belter/holding ved sondemåltid: 4 pasienter (2-17 episoder)
- Belter/holding ved aggressivitet: 1 pasient

Funn ved oppfølging

SYMPTOMER

6: Ingen spiseforstyrrelser

1: Lette symptomer (tilbakefall etter symptomfrihet): 1

1: Alvorlig Anorexia Nervosa:

Funksjon

6: ingen behandling nå

1: poliklinisk behandling

1: kommunal oppfølging

2: Uføretrygd

5: Studenter (AAP eller studielån)

1: Ferdig utdannet (bachelor), lønnet arbeid

Faglig og juridisk utfordringer

- Tidligere bruk av TPH?
- Riktig bruk av TPH??

- Når er det forsøkt nok?
- Palliasjon?
- YouTube: *Emma Wil Leven (NL)*
    - *Emma wants to live (bl. på YouTube).*

Kilder

- Prop. 147 L (2015–2016)
- Caring for Patients with Sever and Enduring Eating Disorders (SEED): Certification, Harm Reduction, Palliative Care, and the question of futility. Westmoreland P, Mehler PS. Journal of Psychiatric Practice 2016; 22, 313-320.
- Decision-making capacity should not be decisive in emergencies. Hubbeling D: Mental Health care and Philosophy (2014) 17:229 – 238.
- Futility in Chronic Anorexia Nervosa: A Concept Whose Time Has Not Yet Come. Geppert CM: Am J Bioeth. 2015;15(7):34-43
- Mental Capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. Elzakkers I, Danner U, Hoek HW, Van Elburg A. BJPsych Open. 2016 Mar 9;2(2):147-153.
- Mental capacity to consent to treatment and the association with outcome: a longitudinal study in patients with anorexia nervosa. Elzakkers et al: BJPsych Open. 2017 May 26;3(3):147-153.
- Tan, J. et al. (2003). "Competence to refuse treatment in anorexia nervosa." Int J Law Psychiatry 26(6): 697-707.