

Kapittel 7

Faglige utfordringer

Tonje Lossius Husum, Rigmor R. Diseth

Hva kan gjøres – lys i tunnelen?

Hvordan redusere tvang?

Bruk av tvang innen behandling i psykisk helsevern kan true menneskerettighetene, behandlingseffekten er usikker, samt at studier viser at tvang kan påføre pasienten fysisk og psykisk skade. En gjennomgang av kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet, oppsummerte at litteraturen på feltet viser flere ulike former for skade som kan oppstå ved og etter bruk av tvang. Hele oppsummeringen kan leses i rapporten fra Paulsrud-utvalget (1), men funnene oppsummeres her:

1. Krenkelse av autonomi og psykisk og fysisk integritet, samt innskrenkelse i bevegelsesfriheten (frihetsberøvelse).
2. Fysisk skade og død.
3. Vold og overgrep.
4. Traume (i diagnostisk forstand), retraumatisering og Posttraumatisk stress syndrom (PTSD).
5. Krenkelser, tap av verdighet og opplevelser av straff.
6. Psykisk ubehag i form av skam, angst, utrygghet, sinne, avmakt, depresjon og tap av selvtillit.
7. Sosiale belastninger og skade av sosial identitet. Dette omhandler blant annet sosial isolasjon, tap av sosialt omdømme og sosial status gjennom stigmatisering og kriminalisering, samt svekkelse av den enkeltes muligheter for sosial inklusjon i det ordinære sosiale livet (blant annet som resultat av omdømmetap).
8. Tap av tilgang til egne mestringsressurser og selvutviklingsmuligheter.
9. Tap av tilgang til frivillige behandlingsformer.
10. Skade på behandlingsrelasjon samt misnøye med og mistillit til de psykiske helsetjenestene.

I tillegg bryter bruk av tvang med det grunnleggende prinsipp i helse-lovgivningen om at all helsehjelp i utgangspunktet skal utføres på et frivillig grunnlag.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang innen psykisk helsevern. Det ble gjennomført en plan for 2006–2011 (2), og vi er nå i den andre som går fra 2012–2015 (3). Planene inngår som en del av gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, hvor mest mulig frivillighet i behandlingen er et uttalt mål. Målsetting for tiltaksplanene er:

1. Økt frivillighet

Tiltaksplanen skal bidra til økt frivillighet i det psykiske helsevernet. Dette innebærer at andelen pasienter som utsettes for tvang ved innleggelse og/eller i behandlingen skal reduseres innenfor det psykiske helsevernet, både nasjonalt sett og innenfor det enkelte helseforetak. De befolkningsbaserte ratene for tvangsinnleggelse skal reduseres i de helseforetakene som i dag ligger høyt, og forskjellene skal utjevnes.

2. Kvalitetssikret bruk av tvang

Tiltaksplanen skal medvirke til at nødvendig bruk av tvang blir utøvd i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, og på en måte som innebærer minst mulig belastning for pasienten.

3. Økt kunnskap

Tiltaksplanen skal bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang.

4. Bedre dokumentasjonen av tvangsbruk

Det skal sikres at omfanget av tvangsbruk i det psykiske helsevernet gjøres synlig – både nasjonalt, i det enkelte helseforetak og ved den enkelte institusjon.

Hva kan så alternativene til dagens praksis når det gjelder tvangsinnleggelse og tvangsbehandling være, en praksis det er vanskelig å forsvare rettsikkerhetsmessig og etisk? En løsning kan være å gå inn for en prosedyre hvor personer kan få nødvendig støtte og hjelp til å anvende sin rettslige handlemåte på egne premisser uten at det truer deres selvbestemmelsesrett. Dette vil kunne gjøre brukermedvirkning til noe mer enn et honnørord. Men det er fremdeles mye begrepsavklaring og praktisk arbeid som må gjøre for å kunne utvikle disse ideer.

Geografisk variasjon

Forskning og offentlig helsestatistikk har gjentagende ganger vist at det er stor geografisk variasjon i all bruk av tvang. Dette gjelder både innenfor samme land, mellom land og til og med mellom avdelinger ved samme institusjon (4-6). Sammenligning av statistikk om bruk av tvangsinnleg-

gelses fra de nordiske landene viser også stor variasjon mellom landene. Variasjonen går fra befolkningsbaserte innleggelsesrater fra 29 personer per 100 000 innbygger i Danmark, til 195 personer per 100 000 innbyggere i Norge Island og Danmark ligger lavest, mens Norge og Finland ligger høyest (7). Det har vært hevdet at forskjellen mellom de nordiske landene kan forklares med forskjellig lovverk, blant annet forskjellen i ulik mulighet for å konvertere innleggelsesparagrafen. Siden det også er stor forskjell i bruk av tvangsinnleggelse innenfor samme land, og til og med mellom ulike avdelinger ved sammen institusjon, kan i dette i hvert fall ikke forklare hele forskjellen. Geografisk variasjon i bruk av tvang innenfor helsetjenesten og innenfor samme lovverk er etisk utfordrende, og kan foreløpig ikke forklares fullt ut. Den antyder at det er andre faktorer som påvirker hvor mye tvang som blir brukt, enn kriteriene i lovverket, og at det foreligger et rom innenfor lovverket til individuelt skjønn. Så langt antyder studier at variasjonen kan forklares dels med individuelle preferanser og forskjeller mellom legene og psykologene som fatter vedtak om bruk av tvang (8). Andre faktorer som påvirker kan være forskjeller i lokal kultur og erfaringsbasert praksis (9,10). En norsk studie intervjuet leger og psykologer som fattet vedtak om bruk av tvang innen psykisk helsevern. Studien viste at det er rom for tolkning og individuelt skjønn innenfor lovverket, og at det forelå betydelig variasjon i hvordan loven skulle forstås, tolkes og operasjonaliseres. Videre viste studien at beslutningstagerne opplevde seg som relativt autonome når det gjaldt å fatte beslutningen, og at de tok utgangspunkt i sin egen kliniske erfaring og personlige skjønn. Funnene antyder at det er behov for klarere retningslinjer i tillegg til lovverket for kriteriene for å fatte vedtak om bruk av tvang (8).

Variasjon i tjenesteutforming som den man ser ved geografiske, individuelle og lokale forskjeller i bruk av tvang, kan også følges opp på andre måter for å forsøke å samkjøre praksisen. Måter dette kan gjøres på er for eksempel ved å regelmessig gi tilbakemelding til beslutningstagerne, om deres egen praksis sammenlignet med landsgjennomsnittet. Ved store individuelle avvik, bør også tilsynsmyndighetene følge opp den enkelte beslutningstager. Bruk av tvang og frihetsberøvelse er svært alvorlige handlinger staten utfører mot enkeltindivider, vi snakker tross alt om potensielle menneskerettighetskrenkelser. Ved lite innsyn og kontroll av tjenestene og individuelle fagpersoner, kan lokal kultur og individuelle forskjeller få rom til å utvikle seg. Innsyn, kontroll, «second opinion» og feedback-mekanismer vil derfor være med på å samkjøre praksis (11).

Erfaringer fra Norge

Den norske legeförening arbeider aktivt for å forbedre den psykiske helse-tjenesten, og satte i gang i år 2000 «Gjennombruddsprosjekt psykiatri» hvor et av delprosjektene var «Måling av opplevd tvang». Gjennombrudds-prosjektet bygger på en anerkjent modell for kvalitetsforbedring, som er utviklet i USA. Modellen bidrar til å skape kultur og kompetanse for kontinu-erlig forbedring på den enkeltes arbeidsplass – noe som kommer pasientene til gode i form av bedre behandlingstilbud. Redusert bruk av tvang er det overordnede målet for Gjennombruddsprosjekt psykiatri. Reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler og færre tvangsinnleggelse er foreløpig de positive resultater i Gjennombruddsprosjektet. Resultater fra arbeidsgrupper bærer bud om at man er på rett vei.

Mange av de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) har opprettet ambu-lante akutt-team. Dette er en poliklinisk tjeneste som gir tilbud om rask hjelp til å håndtere alvorlige psykiske kriser ved hjemmebesøk eller samtaler over telefon. Formålet er å forebygge og hindre unødvendige innleggelse i sykehus, og gi støtte i krisesituasjoner gjennom samtaler som åpner for alternative løsninger i den aktuelle krisen. Akutt-teamene søker å løse kriser i den sosiale sammenheng som personer befinner seg i, slik at det kan styrke muligheten til å håndtere akutte kriser selv. Oppmerksomheten er også rettet mot familie og nettverk.

Et annet tiltak som også kan redusere tvang, er såkalte brukerstyrte plasser. Dette er et prioritert tiltak for Helsedepartementet. Brukerstyrte plasser innebærer at pasienten selv kan legge seg inn. Etter at brukeren har under-tegnet en avtale med sykehuset, kan pasienten legge seg inn uten å gå veien om primærlegen. Brukerstyrte plasser for folk som er godt kjent av psykisk helsevern, har blitt testet ut blant annet ved Jæren DPS. To av de elleve sengeplassene på en post for rehabilitering av pasienter med schizofreni ble gjort om til kriseplasser som kunne disponeres av pasientene. Alle kunne legge seg inn for opptil fem dager av gangen, og det måtte gå minst 14 dager mellom hvert opphold. Samlet liggetid for tvangsinnleggelse ble redusert til halvparten. Ifølge brukere som benyttet seg av dette tilbudet, følte de trygghet ved tilgang til disse sengene, og denne trygghet så ut til å redusere behovet fordi det ga forutsigbarhet og trygghet.

I Norge har det vært et stort fokus på å tidlig oppdage mennesker som holder på å utvikle en psykose og på medikamentell behandling som hoved-bjelken i behandlingen. Det siste på bekostning av andre terapeutiske og psykososiale behandlingsmetoder. Brukerorganisasjonene har i den samme perioden kjempet for retten til å slippe å bruke medisiner når de sliter med psykosevansker eller psykotiske kriser, og for muligheten til å kunne velge

andre behandlingstilnærming enn den tradisjonelle som er basert på medikamentell behandling. Synet på nødvendigheten av å bruke medisiner (tidlig) i et psykose utviklingsforløp er sannsynligvis kjernepunktet for bruk av tvang. Nå har helsedirektoratet bedt helseforetakene om å starte opp med medikamentfrie behandlingstilbud, og det ser ut til at det holder på å skje en utvikling innenfor tilbudet om psykosebehandling mot en større variasjon i behandlingstilbud. Dette kan også vise seg i lengden å føre til at behovet for bruk av tvang reduseres. Erfaringen fra prosjekter som har hatt som mål å redusere bruk av tvang er positive og de har gjennomgående vist svært lovende og positive resultater (12). I tillegg til fagutviklingsprosjekter innenfor eksisterende tradisjonelle psykiske helsetjenester, ser også større forskjeller i selve organiseringen og tjenesteutformingen av de psykiske helsetjenestene ut til å kunne føre til lavere bruk av tvang. Eksempler her er behandlingskonsepter som bygger på «Recovery», «Empowerment» og Nettverksprinsipper. Disse har ofte en bredere og mer sammensatt forståelse av psykiske vansker, tilstreber å bruke lite medisiner og inkluderer ofte familie og nettverk i behandlingen. Disse modellene gir svært lovende resultater, og bør utprøves og evalueres ytterligere. Disse arbeidsmodellene passer også godt inn i samtidens føringer for tjenesteutforming innen psykisk helse, med desentraliserte tjenester; lokalisert i nærmiljøet der mennesker bor.

En annen faktor som også kan komme til å påvirke dette scenarioet i lengden er at Norge i 2007 ratifiserte Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (13). På det nåværende tidspunktet er det usikkert hvilken betydning dette kommer til å få for helselovgivningen innenfor psykisk helse i Norge. Det kan hende at det kommer til å få konsekvenser, blant annet ved at muligheten til å bruke tvang i behandlingen kan komme til å bli innskrenket.

Kan bruk av tvang reduseres?

Bruk av tvang og kvalitet i behandling er to sider av samme sak. God behandling med høy grad av brukermedvirkning, forebyggende arbeid, godt utbygde kommunale tjenester og samarbeid mellom tjenestene forebygger bruk av tvang. Når bruk av tvang er blitt nødvendig, er det endeproduktet av en lang prosess, hvor potensialet for å forebygge utfallet ligger i kommunen på et tidligere tidspunkt. Når brukere blir spurt om hva de mener kunne vært gjort for å forebygge at bruk av tvang ble nødvendig, nevner de ofte faktorer som ligger utenfor helsetjenesten. Dette kan dreie seg om hjelp med bolig, økonomi, arbeid og ensomhet (14,15). Ved å gi tidlig hjelp i form av kommunalt psykisk helsearbeid og oppsøkende arbeid kan kriser sannsynligvis ofte forebygges. Likeledes vil samarbeid med pårørende og

nettverk for øvrig kunne forebygge at bruk av tvang blir nødvendig. Mange av disse prinsippene er i dag nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven og i samhandlingsreformen (16,17). Andre prosedyrer som kan virke kvalitets-sikrende på behandling og sikre høy etisk standard er opplæring i etisk refleksjon og systematisk bruk av etiske refleksjonsgrupper (18). Annen metodikk som kan påvirke den etiske vurderingen er bruk av kliniske etik-komiteer på sykehusene for refleksjon og drøfting, samt bruk av prosedyrer for fornyet vurdering. Ettersom erfaring viser stor geografisk variasjon i beslutninger om bruk av tvang, vil slike prosedyrer virke harmoniserende på beslutninger om bruk av tvang og samkjøre behandlere, praksis, lokal kultur og sikre mer lik vurdering mellom og innenfor helseforetak.

I en studie av hva mennesker som har opplevd bruk av tvang tenker om alternativer, forteller informantene at måten tvangen gjennomføres på kan redusere opplevelsen av å bli utsatt for tvang og krenkelse. Selv om man påtvinges behandling man ikke ønsker, hjelper det å oppleve å bli behandlet med respekt, verdighet, få god og nok informasjon, og at man opplever at tvangen blir utført med god intensjon (15). Dette forutsetter et ønske om en god og likeverdig dialog. Økt grad av brukermedvirkning, samt samarbeid med pårørende og nettverk er også blant det som ble nevnt av brukerne. Andre prosedyrer som kan redusere pasientens opplevelse av krenkelser etter at tvang er blitt brukt, er ettersamtaler og debrifing. Dette kan også stimulere til lærende prosesser i personalgruppen, og øke etisk kompetanse og bevissthet.

Selv om forskning på reduksjon i bruk av tvang er mangelfull, er det gjennomført studier og fagutviklingsprosjekter som har prøvd ut metoder og innfallsvinkler for å redusere bruk av tvang, både når det gjelder bruk av tvangsinnleggelse og bruk av tvang under innleggelse. En gjennomgang av denne forskningen og annen litteratur om alternativ til og reduksjon av bruk av tvang, viser at mange systematiske forsøk på å redusere bruk av tvang ser ut til å virke (19,20,12). Det trengs mer forskning for å trekke konklusjoner om hva som virker best, men erfaringer antyder at det er brede og sammensatte intervensjoner og programmer som retter seg mot flere nivåer i tjenestene som har best effekt. Det viktigste er sannsynligvis at man har god forankring i ledelsen, setter seg som mål å redusere bruk av tvang, legger en plan, og holder fast på målet over tid. Den største utfordringen fremover er muligens mer forskning og kunnskap om innføring av nye metoder i den psykiske helsetjenesten. Basert på funn fra de siste store literaturgjennomgangene på feltet er det valgt ut seks tiltak som er evaluert og som spesielt ser ut til å ha vist god effekt på å redusere bruk av tvang. Disse er:

- Bruk av verktøy for systematisk risikovurdering
- Bruk av kriseplan
- Obligatorisk evaluering etter episoder med bruk av tvang
- Økt brukerinvolvering
- God fysisk plass på avdelingen/lavere pasienttetthet
- God relasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell

Konklusjon

Denne gjennomgangen av forskning og erfaringer med å redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern har vist at mange systematiske forsøk på å redusere bruk av tvang ser ut til å virke. Vi trenger mer forskning for å kunne trekke konklusjoner om hvilke tiltak som fungerer best, men vi vet nok til å iverksette mange av de tiltak som allerede har vist seg å ha effekt. Foreliggende forskning antyder at det er brede og sammensatte intervensjoner som retter seg mot flere nivå i tjenestene som har best effekt. Det viktigste er sannsynligvis at man ha god forankring i ledelsen, setter seg klare og tydelige mål om å redusere bruk av tvang, legger en plan og holder fokus på målet over tid. Det er også en stor faglig utfordring fremover å omsette forskning til praksis, ved å implementere ny metodikk, praksis og holdninger i helsetjenesten. Større strukturelle endringer i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske vansker og lovendringer kan også føre til at bruk av tvang i Norge kommer til å bli redusert.

Litteratur

1. NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Vedlegg 5 *Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet*. Utredning for Paulsrudutvalget. Av seniorforsker Reidun Norvoll, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-WRI). Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Sosial- og helsedirektoratet. *Tiltaksplan for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang 2006–2011*.
3. Sosial- og helsedirektoratet. *Tiltaksplan for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang 2012–2015*.
4. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44: 357-364.
5. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* 2010; 6: 10- 89. doi: 10.1186/1472-6963-10-89.

6. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of compulsory placement and treatment across the European Union: Results from an EU-wide Study. *Eur Psychiatry* 2004;19: 30.
7. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjonsdottir M. et al. «Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system». *Int J Law Psychiatry* 2002;25: 93–108.
8. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:500.
9. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004;435-442.
10. Husum T. *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway.* Akademisk avhandling, Oslo: Medical Faculty, University of Oslo 2011.
11. Noon CE, Hankins CT, Côté MJ. Understanding the impact of variation in the delivery of healthcare services. *J Health Manag* 2003;48(2): 82-97.
12. Husum TL, Norvoll R. *Alternativer til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv.* Oslo; Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, 2014.
13. FN Konvensjon 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.
14. Bjørgen D, Storvold A, Norvoll R, Husum TL. *Alternativer til tvang I. Sett fra et brukerperspektiv.* Ressurshfte. Oslo: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2014.
15. Norvoll R, Husum TL. *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte som jobber med tvang.* AFI-notat. 2011; 9.
16. *Pasient- og brukerrettighetsloven 1999.* Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr 63.
17. St.meld. nr 47 (2008–2009): *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse og Omsorgsdepartementet, Oslo: 2009.
18. Austli Børslett EJ, Heilmann G, Lillemoen L, Pedersen R. *La etikken blomstre – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen.* Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo 2012.
19. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish– Norwegian Association Study. *Perspect Psychiatr Care.* 2014;50(3):155-166. doi: 10.1111/ppc.12036.
20. Dahm KT, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Hofmann B, Myrhaug HT. et al. *Tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern hos voksne.* Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 09-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.