



Fra presidenten: Mindre bruk av tvang i psykisk helsevern

Det er en målsetting for Legeforeningen at mest mulig av helsetjenestene innen psykisk helsevern skal skje på frivillig basis.

Frivillighet og samtykke er hovedordningen for all behandling i helsetjenesten. Det gir det beste utgangspunktet for et godt tillitsforhold og gode behandlingsresultater.

Vurderinger om bruk av tvang inneholder flere etiske og medisinske vanskelige avveininger. Tvangsbruk betyr at pasienten ikke lenger har råderett over situasjonen, og at det er den faglig ansvarlige som bestemmer behandling. I menneskerettighetskonvensjonen (EMK) er det slått fast at det er forbudt med denne type inngrep i den enkeltes frihet og privatliv. Det vi har av lovgivning om tvang er et strengt formulert unntak fra retten til å slippe inngrep i privatlivet.

Bruk av tvang skal forbeholdes de situasjonene hvor det er helt nødvendig og i henhold til de lovkriterier som gjelder. Pasientrettighetsloven gjelder også innenfor psykisk helsevern.

Bruk av tvang kan være et nødvendig onde for å sikre at pasienter som ikke er i stand til å ivareta seg selv, skal få behandling og oppfølging. Frivillige tiltak skal være prøvd først. Når det ikke er andre muligheter for å ivareta pasienten, og for å unngå alvorlige konsekvenser for pasienten og omgivelsene, er det i lovgivningen åpnet for bruk av tvang. Dette gjelder psykoselidelser (alvorlige forvirringstilstander). I situasjoner der bruk av tvang vurderes, stilles det store krav til vurdering av pasientens sykdom og situasjon, til vurdering av situasjonen opp mot lovkriteriene og til dokumentasjon. Alle tvangstiltak skal kunne etterprøves og overprøves, i første omgang av Kontrollkommisjonen.

Det er riktig og viktig at det stilles store krav til leger og annet behandlingspersonell i psykisk helsevern. Avgjørelser om bruk av tvang medfører alvorlige inngrep i en persons rett til å bestemme over seg selv. Til tross for strenge lovkriterier vil det være fare for feilvurderinger og «gråsoner» i forbindelse med bruk av tvang. Legen skal vurdere pasienten ut fra de opplysninger som foreligger og det som vurderes som symptomer. Kunnskap om, og dialog med, pasienten er grunnleggende for å kunne vurdere helheten i situasjonen. På denne bakgrunn må legen vurdere om de lovmessige kriterier for å bruke tvang er oppfylt.

Av og til vil det kunne skje feilvurderinger. Pasienten kan tolkes og vurderes feil. Det kan også være vanskelige avveininger om hvilken risiko man skal ta, og hvor lenge man skal avvente med å gripe inn med tvang, når det er fare for at pasienten skal ta sitt eget liv.

Det er en stor utfordring å få ned bruken av tvang. Antallet tvangsinnleggelses i løpet av ett år går like mye opp som antallet innleggelses totalt (1). Men oppholdene varer kortere enn før, og det er til enhver tid færre personer innlagt under tvungent psykisk helsevern

nå enn tidligere. Andelen som forblir innlagt på tvang i sykehus etter spesialistvedtak i forhold til alle innleggelses er redusert fra 30 % i 2001 til 25 % i 2006. Det er positivt at andelen av frivillige innleggelses har gått noe opp, og at antallet døgn på tvang har gått ned, men det er fortsatt behov for å forbedre situasjonen.

Legeforeningens gjennombruddsprosjekt i psykiatri i 2002 viste at det gjennom økt bevisstgjøring og valg av arbeidsmetoder, var mulig å redusere tvangsbruken. Prosjektets utgangspunkt var at man ut fra tilgjengelige data om drift av norske akuttavdelinger viste at det var store variasjoner i antall akutt plasser i forhold til innbyggertall og betydelig variasjon i forhold til andelen av frivillige innleggelses vs. tvangsinnleggelses, liggetid og diagnoser. Gjennombruddsprosjektet ga en utfordring og mulighet til å se systematisk på deler av egen praksis med målsetting om bedret kvalitet på tilbudet til pasientene.

Legeforeningen startet i 2001 en landsomfattende og tverrfaglig bevegelse – Norsk forum for akuttpsykiatri – for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang (2). Norsk psykiatrisk forening er særdeles engasjert i arbeidet om bruk av tvang, og Legeforeningen arbeider aktivt for å gjøre behandlingen frivillig. Men den må være forsvarlig og tilpasset pasientens behov.

Vi trenger gode medisinske vurderinger, etisk veloverveide holdninger, gode modeller og arbeidsmetoder for å redusere usikkerheten og dilemmaet for den enkelte lege og andre som skal ta avgjørelser om behandlingen av pasienten. Det er nødvendig å vurdere hva som kan gjøres for å redusere risikoen for feil vurderinger og ulikhetene mellom helseforetakene i tvangsbruk. Det er registrert stor geografisk ulikhet i bruken, og det er derfor nødvendig å se næyttere på hvorfor det er slik.

Det er viktig å gi personer med alvorlige psykiske lidelser riktig og tidlig behandling. Dersom tilstanden diagnostiseres tidlig, slik at behandling kan iverksettes raskt, vil også tvangsbruken kunne reduseres.

Litteratur

1. Bremnes R, Hartling T, Bjørngaard JH. Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001–2006. Sluttrapport. SINTEF Helse, avd. Psykisk helse. Trondheim: SINTEF, 2008.
2. Forum for akuttpsykiatri: www.legeforeningen.no/?id=5300 [3.11. 2008].



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president