

Færre tvangsinnleggelser – dilemmaer og utfordringer

Reduksjon av tvangsbruk i psykisk helsevern har siden 2006 vært et helsepolitisk mål. Det er store forskjeller i antall tvangsinnleggelser mellom de ulike helseforetakene, og datagrunnlaget som beskriver bruk av tvangsinnleggelser i Norge er mangelfullt. Vi ønsker å påpeke en rekke faktorer som vi mener må være til stede for å redusere antall tvangsinnleggelser.

Det er en helsepolitisk bekymring at tvangsbruken i psykisk helsevern i Norge er for høy. Helsedirektoratet har utgitt to handlingsplaner for reduksjon av tvangsbruk, hvor andelen tvangsinnleggelser er en nasjonal kvalitetsindikator (1, 2). Nyere oversikter viser at man ikke har lyktes i tilstrekkelig grad med å nå målene for reduksjon av antall tvangsinnleggelser (3, 4). Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 400 personer over 18 år ble tvangsinnlagt til sammen 7 700 ganger i 2013. 16 % av innleggelsene og 30 % av oppholdsdøgnene i psykisk helsevern for voksne var under tvang (5).

Det mangler i dag sikker kunnskap om effekten av bruk av tvangsinnleggelser i behandling (6), og pasient- og brukerorganisasjoner viser til negative erfaringer ved tvangsbruk. Norge er kritisert av ulike menneskerettighetsorganer innen FN og Europarådet for sin liberale tvangspraksis (2).

Regionale planer for reduksjon av tvangsbruk

I oppdragsdokumentet i 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ble det stilt krav om en nasjonal strategi for «redusert og riktig bruk av tvang innen psykisk helsevern» (7). Helse Sør-Øst ga det regionale fagrådet for psykisk helsevern i oppdrag å utarbeide et utkast til den regionale planen, som ble publisert i 2011 (8). Med bakgrunn i denne planen skulle alle helseforetak i regionen utarbeide lokale planer. Forfatterne av denne kommentaren satt i det regionale fagrådet for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst under utarbeidingen av planen *Økt frivillighet* (8), og vi ønsker å dele noen av våre erfaringer fra dette arbeidet. Synspunktene er ikke gjeldende for fagrådet som en helhet.

Under arbeidet med å identifisere tiltak som kunne redusere bruk av tvangsinnleggelser ble det avholdt møter med alle involverte parter i spesialisthelsetjenesten. Stikkord for arbeidet har vært bred involvering, sammenhengende føringer, ledelsesforankring, konkrete tiltak og langsiktig tenkning.

Tre viktige forutsetninger for endring

Vårt inntrykk under arbeidet i fagrådet var at ansatte i psykisk helsevern var lei av myndighetenes stadige krav om å redusere antall tvangsinnleggelser. Derfor tok vi

utgangspunkt i generell kunnskap om hva som skal til for å gjennomføre vellykkede endringer. Motivasjon er den første forutsetningen for å endre praksis, tilgang til korrekte data er den andre, mens ledelsesforankring er den tredje og viktigste forutsetningen (9).

Skal man skape motivasjon for endring, må nøkkelpersoner i virksomheten involveres tidlig i prosessen og se behovet for endring. For å undersøke hva fagmiljøene mente, inviterte fagrådet til et dialogmøte med faglige ledere ved de akuttpsykiatriske enhetene i regionen. Erfaringene og frustra-

«Bruk av tvangsinnleggelser har sammenheng med tjenestens behandlingsfilosofi og ledelsens ambisjoner»

sjonene blant de inviterte var nokså like. Lederne mente at det hadde skjedd en markant positiv holdningsendring til å redusere tvangsinnleggelser, noe som ikke samsvarte med at de nasjonale tallene for tvangsinnleggelser per 2010 var uendret. Alle var klar over problemstillingen, og de fleste hadde satt inn tiltak. Noen av helseforetakene fikk imidlertid ikke sine tall publisert pga. tekniske problemer med rapporteringen.

Korrekte og tilgjengelige virksomhetsdata er nødvendig når man evaluerer og motiverer behovet for endring. Det har lenge vært store problemer med å fremskaffe pålitelige data om tvangsinnleggelser i spesialisthelsetjenesten i Norge. I Helsedirektoratets årlige rapporter er dette problematisert gjentatte ganger (3, 4, 10). Likevel opprettholdes kravet om å redusere bruken av tvang i oppdragsbrevne år etter år (2009, 2010, 2011) – også i 2016, hvor andel tvangsinnleggelser igjen er en av styringsparameterne.

På oppfordring fra fagrådet publiserte Helse Sør-Øst fra 2011 kvartalsvise rapporter for bruk av tvangsinnleggelser i regionen. I 2014 stoppet dette opp på grunn av manglende tilgang til data fra Norsk pasientregis-

ter. Vår erfaring – så lenge rapporteringen varte – var at fagfolk var meget interessert i egne og ikke minst andres tall og at det skapte faglige diskusjoner, motivasjon og grunnlag for lokale tiltak.

For å lykkes med målet om å redusere antall tvangsinnleggelser må ledelsen sette økt frivillighet på dagsordenen. Fagrådets forslag til regional plan er blitt sendt til høring, og planen ble forankret blant fagdirektører, konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg.

Ulik lovforståelse

Fagrådets diskusjoner viste at klinikere tolker psykisk helsevernloven forskjellig. Vi mener at dette er en av hovedårsakene til ulik bruk av tvangsinnleggelser.

Loven sier at det skal være utsikt til vesentlig bedring eller helbredelse hos en pasient dersom behandlingsskriteriet skal kunne brukes. Hos noen pasienter er dette ikke tilfellet. Det kan se ut som det er stor forskjell mellom helseforetakene i bruk av tvangsinnleggelser overfor personer som er ruspåvirket eller har selvmordsproblematikk. Forskjellene i tvangsbruk diskuteres sjelden sykehusene imellom. Problemet vanskeliggjøres også av at selvmordsproblematikk ikke faller inn under en egen diagnose, men er et symptom ved flere ulike tilstander hvor det ofte ikke foreligger alvorlig sinnslidelse.

Kontrollkommisjonens rolle

På samme måte som klinikere kan ha ulik lovforståelse, kan også kontrollkommisjonene ha det. Deres oppgave er å føre tilsyn med hvordan psykisk helsevernloven praktiseres. Ulike kontrollkommisjoner har ulik lovfortolkning. Dette er særlig tydelig for avdelinger som skifter kontrollkommisjoner. Vår erfaring fra fagrådet var at disse i liten grad var opptatt av å redusere antall tvangsinnleggelser. Derfor anbefalte vi at direktoratet involverte kontrollkommisjonene i det videre arbeidet med å øke frivilligheten i psykisk helsevern på lik linje med helseforetakene.

Hva må gjøres?

Vi mener at prinsippet om høy kompetanse i front bør prege norsk spesialisthelsetjeneste, også psykisk helsevern. Spesialistvurdering bør gjøres så raskt som mulig. I dag

er kravet at dette gjøres innen 24 timer. Vi mener at det kan og bør gjøres raskere for å redusere tiden pasienten er underlagt tvang, men også for å avklare diagnose og starte behandling raskere.

God tilgjengelighet til spesialisttjenestene kan forebygge tvangsinnleggelser fordi pasienten får hjelp tidligere i et sykdomsforløp. Dette var et av hovedmålene med opptrappingsplanen for psykisk helse og noe av bakgrunnen for å opprette ambulante akutteam (AAT) og utvidede åpningstider på distriktpsikiatriske sentre (DPS) (11). Disse har likevel store forskjeller både i kapasitet og i åpningstider.

På nasjonalt nivå er det behov for et kompetanseutviklingsprogram som sikrer bedre lovforståelse på tvers av profesjoner og helseforetak, inkludert førstelinjetjenesten. Hensikten er å sikre felles lovfortolkninger nasjonalt og dermed bidra til å jevne ut de store variasjonene sykehusene imellom. Det er også behov for bedre grunnlagsdata om tvangsbruk i form av lett tilgjengelige rapporter som det enkelte helseforetaket kan benytte til eget forbedringsarbeid og som kan aggregeres til forskning nasjonalt.

Konklusjon

Tvang i psykisk helsevern bør i utgangspunktet være et unntak og ikke regelen ved innleggelse og oppfølging. En rekke tidligere forsøk på å få ned antall tvangsinnleggelser har hatt effekt, men ikke over tid. Det er derfor behov for å tenke nytt og mer helhetlig på hvordan vi behandler pasienter i psykisk helsevern. Vi trenger mer kunnskap om hva som skaper forskjeller i antall tvangsinnleggelser mellom sykehus. Bruk av tvangsinnleggelser har sammenheng med tjenestens behandlingsfilosofi og ledelsens ambisjoner, og vi trenger målrettet innsats over tid for å gi et bedre tilbud i nært samarbeid med pasientene og pårørende.

Alle forfatterne er eller har vært medlemmer av Fagrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst, og deltok i arbeidet med å lage en regional plan for reduksjon av tvang i regi av det regionale fagrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst i 2011.

Ewa Ness
ewa.ness@ous-hf.no
Björg Antonsen
Morten Grøvli
Knut-Erik Hymer
Inger Jakobsen
Kari-Venke Lindkvist
Lars Lien
Helga Skåden
Arne Thomassen
Johan L. Torper
Torgeir Vetthe
Kari Aarøen

Ewa Ness (f. 1958) er spesialist i psykiatri og seniorrådgiver i direktørens stab ved Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Björg Antonsen (f. 1958) er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og avdelingssjef i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Oppland. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Morten Grøvli (f. 1959) er psykologspesialist og avdelingssjef ved Avdeling Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut-Erik Hymer (f. 1957) er spesialist i psykiatri og avdelingssjef ved Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Jakobsen (f. 1959) er spesialist i klinisk psykologi og arbeider som avtalespesialist på Hamar. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari-Venke Lindkvist (f. 1957) er spesialsykepleier i psykiatrisk sykepleie og avdelingsleder ved Avdeling for rehabilitering, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Lien (f. 1960) er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin. Han leder Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse ved Sykehuset Innlandet og er professor II ved Avdeling for folkehelse, Høgskolen i Hedmark. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helga Skåden (f. 1940) er leder av kontrollkomisjonen i Mental Helse, brukerrepresentant i Fagrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arne Thomassen (f. 1961) er spesialsykepleier og avdelingsleder ved Distriktpsikiatrisk senter Strømme, Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Johan L. Torper (f. 1955) er spesialist i samfunnsmedisin og i allmenntilleggsmedisin og medisinsk fagsjef i Oslo kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torgeir Vetthe (f. 1954) er spesialist i psykiatri og fagsjef ved Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari Aarøen (f. 1965) er spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1370-tiltaksplan-for-reduisert-og-kval/id439524/ (16.3.2016).
2. Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012–2015. www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf (16.3.2016).
3. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne> (16.3.2016).
4. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne> (16.3.2016).
5. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne> (16.3.2016).
6. Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Vedlegg 3. www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09_behandlingsvilkar_psyk_helsevern.pdf (16.3.2016).
7. Oppdragsdokumentet 2010. Helse Sør-Øst. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2010/oppdragsdokument-helse-sor---ost.pdf (16.3.2016).
8. Helse Sør-Øst. «Økt frivillighet» – Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst. www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter/_Documents/Plan%20for%20%C3%B8kt%20frivillighet%20-%20Helse%20S%C3%B8r%20%C3%98st%20RHF%202011%20-%20sent%20til%20HOD%201%20SEPT%2013.pdf (16.3.2016).
9. Kotter JP. Leading change. Boston, MA: Harvard Business Press, 1996.
10. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/60/Bruka-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2012-IS-0410.pdf> (16.3.2016).
11. St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1> (16.3.2016).

Mottatt 30.9. 2015, første revisjon innsendt 22.10. 2015, godkjent 16.3. 2016. Redaktør: Inge Rasmus Groote.

Publisert først på nett.