

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

Flere eksemplarer av denne rapporten kan bestilles fra trykksak@shdir.no eller på telefon 810 20 050

15-1370



Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

15-1370

Rapportens tittel: Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

Utgitt: Juni 2006

Bestillingsnummer: IS-1370

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Postadresse: Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgaten 2, Oslo

Telefon: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post: trykksak@shdir.no

Telefon: 810 20 050

Telefaks: 24 16 33 69

Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1370

Forord

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Planen inngår som en viktig del av gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, hvor mest mulig frivillighet i behandlingen er et uttalt mål. Arbeidet med tiltaksplanen har foregått i tett dialog med brukerorganisasjonene og representanter for fagfeltet.

Tall fra ulike studier de siste årene har indikert at tvangsbruken i Norge har ligget stabilt høyt sammenlignet med andre land i Europa. Både i St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet og St.prp. nr. 63 (1997–1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 vektlegges brukermedvirkning og mest mulig frivillighet. Denne satsingen skal bidra til å gi mennesker med psykiske lidelser muligheten til å leve et mest mulig selvstendig liv, preget av deltagelse, uavhengighet og evne til å mestre sitt eget liv.

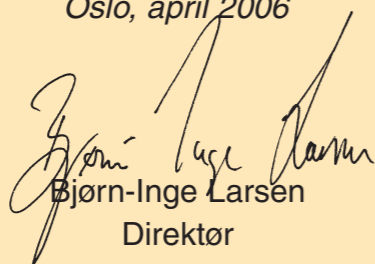
Den foreliggende tiltaksplanen fokuserer på frivillighet i behandlingen som et sentralt prinsipp. Samtidig erkjennes det at det i enkelte tilfeller vil være både nødvendig og riktig å benytte tvang, både av hensyn til pasienten selv og omgivelsene. Når bruk av tvang er nødvendig skal imidlertid denne utøves i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, og på en slik måte at pasientenes rettssikkerhet ivaretas. Planen foreslår tiltak som kan bidra til å kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern.

Tiltakene i planen har 4 hovedmålsettinger:

- Økt frivillighet
- Kvalitetssikret bruk av tvang
- Økt kunnskap
- Bedre dokumentasjon av tvangsbruk

Sosial- og helsedirektoratet vil samarbeide tett med de regionale helseforetakene, brukerorganisasjonene, Politidirektoratet og viktige kompetansemiljøer i gjennomføringen av planen.

Oslo, april 2006



Bjørn-Inge Larsen
Direktør

Innholdsfortegnelse

1. Innledning

- 1.2 Bakgrunn og utgangspunkt for tiltaksplanen 4
- 1.3 Organiseringen av arbeidet med tiltaksplanen 5

2. Bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne

– gjennomgang av typer og omfang av tvangsbruk 6

- 2.1 Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold 6
 - 2.1.1 Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse 7
 - 2.1.2 Omfanget av tvangsinnleggelser i Norge sammenliknet med andre land 9
- 2.2 Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold 10
- 2.3 Tvangsmidler 11
 - 2.3.1 Mekaniske tvangsmidler 11
 - 2.3.2 Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler 12
 - 2.3.3 Isolering 13
 - 2.3.4 Betydningen av faglig og kulturelt ståsted for bruk av tvangsmidler . . 13
- 2.4 Behandling uten eget samtykke 14
- 2.5 Skjerming 14
- 2.6 Forholdet mellom formell og opplevd tvang 15
- 2.7 Den kliniske effekten av bruk av tvang 16

3. Bruk av tvang i det psykiske helsevernet for barn og ungdom

– gjennomgang av typer og omfang av tvangsbruk 18

- 3.1 Det formelle grunnlaget for bruk av tvang overfor barn og ungdom . . 18
- 3.2 Omfang av formell tvangsbruk i det psykiske helsevernet for barn og ungdom 19
 - 3.2.1 Tvingent psykisk helsevern 19
 - 3.2.2 Innleggelser etter barnevernloven 20
 - 3.2.3 Innleggelser etter samtykke fra foreldrene 20
 - 3.2.4 Behandling uten eget samtykke, tvangsmidler og skjerming 20
- 3.3 Forholdet mellom formell og opplevd tvang 21
- 3.4 Den kliniske effekten av bruk av tvang 22

4. Mål og tiltak 23

- 4.1 Overordnede verdier 23
 - 4.1.1 Mest mulig frivillighet i behandlingen 23
 - 4.1.2 Ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet, integritet og autonomi . . 24
- 4.2 Hovedmålsettinger 25
- 4.3 Tiltak 27
 - 4.3.1 Tiltak for å øke frivilligheten ved innleggelse 27
 - 4.3.2 Tiltak for økt frivillighet i behandlingen 33
 - 4.3.3 Tiltak for å øke kunnskapsgrunnlaget 37
 - 4.3.4 Ivaretagelse pasientenes rettssikkerhet 38
 - 4.3.5 Tiltak for å bedre dokumentasjonen av tvangsbruk 39

Referanser 42

Vedlegg
Tiltaksoversikt 44



1 Innledning

1.1 Bakgrunn og utgangspunkt for tiltaksplanen

Tilgjengelig statistikk viser at en stor andel av innleggelsene i det psykiske helsevernet for voksne i Norge er tvangsinnleggelse. Andelen tvangsinnleggelse har vært stabilt høy over tid. Statistikken viser også at det er til dels store forskjeller mellom sykehus og fylker i andelen tvangsinnleggelse. Forskjellene synes stabile over tid og kan ikke fullt ut forklares.

Innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom er den registrerte tvangsbruken lav, men statistikken er mangelfull.

Frivillighet i behandlingen og respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helseretten, både innenfor somatisk og psykiatrisk behandling. I psykisk helsevernloven stilles det som vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern at frivillig vern har vært forsøkt først. Mest mulig frivillighet i behandlingen er også et uttalt mål i Opptappingsplanen for psykisk helse. En høy andel tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne er ikke forenlig med disse prinsippene og målsettingene.

Samtidig er det ikke realistisk å skulle avskaffe all tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. I en del situasjoner og overfor noen pasienter, er bruk av tvang ved innleggelse og i behandlingen uunngåelig og nødvendig. I henhold til loven er dette pasienter som på grunn av sin sinnslidelse ikke er i stand til å vurdere sin situasjon og behovet for behandling, eller som utgjør en nærliggende eller

alvorlig fare for seg selv eller andre. Tvang kan da utøves for å forhindre verre skade, enten for personen selv eller omgivelsene.

Bruk av tvang i behandlingen innenfor det psykiske helsevernet har lenge vært et viktig tema for brukerorganisasjonene. Dette var også tema for flere brev til Helseministeren fra Mental Helse Norge i 2002. I følge Mental Helse Norge «... skjer [det] en overdreven, ofte unødvendig, og etter vårt syn ulovlig bruk av tvangsinnleggelse og tiltak innenfor det psykiske helsevernet i Norge». Mental Helse pekte på at den omfattende tvangsbruken ikke er i samsvar med de overordnede prinsippene i Opptappingsplanen for psykisk helse, og krevde at årsakene til og forholdene rundt bruken av tvang i psykisk helsevern ble gjort til gjenstand for en landsomfattende granskning.

Landsforening for Pårørende innen Psykiatri (LPP) tok også opp bruken av tvang i 2002 i forbindelse med sitt innspill til statsbudsjettet for 2003. LPP pekte her på behovet for «...en kraftig og målrettet satsing på å få ned tvangsbruken», og at en slik satsing vil være en forutsetning for kvalitetssikring av behandlingen og utvikling av alternative behandlingsformer. På bakgrunn av dette ba LPP om at det ble lagt til rette for å starte opp arbeidet med en nasjonal strategi/-tiltaksplan for reduksjon av tvang.

Samlet sett er dette bakgrunnen for at Helsedepartementet i 2003 ga Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i oppgave å utarbeide et forslag til tiltaksplan for redusert bruk av tvang, som også skulle omfatte en registrering og kartlegging av omfang og typer tvangsbruk. Helsedepartementet stilte krav til at brukerorganisasjonene skulle delta i arbeidet med planen helt fra oppstarten av.

1.2 Organiseringen av arbeidet med tiltaksplanen

Brukerorganisasjonene har vært aktivt involvert i utarbeidelsen av tiltaksplanen. Ved oppstarten av arbeidet avholdt Sosial- og helsedirektoratet et eget møte med representanter fra brukerorganisasjonene Mental Helse Norge, Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien, We Shall Overcome og Organisasjonen Voksne for Barn. SHdir avholdt også et eget diskusjonsmøte med Sintef Helse omkring rapportering av data på bruk av tvang.

Et første utkast til tiltaksplan ble diskutert med brukerorganisasjoner, sentrale yrkesorganisasjoner, de regionale helseforetakene, representanter fra aktuelle universitets- og forskningsmiljøer og Sintef Helse. På bakgrunn av de tilbakemeldinger som ble gitt i dette møtet utarbeidet SHdir et endelig forslag til tiltaksplan som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD ga i januar 2006 sin tilslutning til innholdet i planen.

Bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne

– gjennomgang av typer og omfang av tvangsbruk

Tvangsbruken innenfor det psykiske helsevernet for voksne kan i hovedsak deles inn i tre hovedgrupper: etablering av tvungent psykisk helsevern, behandling uten eget samtykke og tvangsmiddelbruk. Det vil kunne være ulike begrunnelser for å benytte de enkelte tvangsformene. Det vil derfor også kunne være ulike faktorer som påvirker omfanget av bruken av den enkelte tvangsform.

I det følgende gis det en gjennomgang av hva vi per i dag vet om bruken av de ulike tvangsformene, basert på dagens registrerings- og rapporteringssystem.

2.1 Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

I følge psykisk helsevernlovens § 3–3 kan tvungent psykisk helsevern anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
- b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

I merknadene til psykisk helsevernloven er hovedkriteriet «alvorlig sinnslidelse» knyttet opp mot psykosene, men ikke utelukkende begrenset til disse. Det pekes på at det kan være hjemmel for å anvende tvungent psykisk helsevern også overfor personer med store karakteravvik hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen.

Tvungent psykisk helsevern kan i følge loven bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette fremstår som den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering, med mindre farekriteriet er oppfylt.

Det stilles også grunnleggende krav om at vedtak om tvungent psykisk helsevern bare kan treffes og gjennomføres dersom den ansvarlige institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby den konkrete pasienten et tilfredsstillende behandlingstilbud, jf lovens § 3–2. Det er også stilt generelle krav gjennom en godkjenningsordning til institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern.

Tvungent psykisk helsevern kan omfatte to alternative former for tvungent vern; enten tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold i godkjent institusjon (innleggelse) eller tvungent psykisk helsevern uten slikt døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold omtales under pkt 2.2

2.1.1 Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse

I internasjonal litteratur er det vanlig å bruke to mål på omfanget av tvangsinnleggelse; raten, dvs. hvor stor andel av befolkningen som tvangsinnlegges, og andelen, dvs. hvor stor andel av innleggelsene som skjer som tvangsinnleggelse (Hatling 2002). Andelen tvangsinnleggelse ved enkeltinstitusjoner er følsomt for forskjeller i tjenestetilbudet både når det gjelder organisering og omfang. En høy andel tvangsinnleggelse ved en enkelt institusjon eller et sykehus kan for eksempel være et resultat av at det er høye terskler til behandlingsapparatet. Ser man på antall tvangsinnleggelse i forhold til befolkningens mengde for det samme området, vil den derfor kunne være tilsvarende lav. Dette er også en av grunnene til at både fagfolk og brukere har vært misfornøyd med å bruke andel tvungen innskriving ved enkeltinstitusjoner som en nasjonal

kvalitetsindikator. Det arbeides nå med å finne frem til en eller flere indikatorer vedrørende tvangsbruk som gir mer mening både for fagfolk og brukere, for eksempel antall tvangsinnleggelses i forhold til folketallet i opptaksområdet.

Tvangsinnleggelses skjer i det alt vesentlige ved sykehusavdelingene innenfor det psykiske helsevernet. I 2003 ble 36 prosent av innleggelsene i psykiatriske sykehusavdelinger fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Dette representerte en nedgang på to prosentpoeng i forhold til 2002. Etter at henvisningen var vurdert av spesialist var 27 prosent av innleggelsene i de psykiatriske sykehusavdelingene til tvungent psykisk helsevern i 2003. Dette representerte en nedgang på fire prosentpoeng fra 2002. Nedgangen skyldes ikke en nasjonal trend, men en markert nedgang i vedtak om tvungen undersøkelse ved 2 sykehus i Helse Øst RHF (Bjørngaard & Hatling 2005).

For andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelses, hovedsaklig distriktspsykiatriske sentre, var syv prosent av innleggelsene fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Etter at henvisningen var vurdert av spesialist var andelen omtrent uendret (Bjørngaard & Hatling 2005).

Det knytter seg en viss usikkerhet til dataenes representativitet. I 2003 var kun 73 prosent av aktiviteten i det psykiske helsevernet dekket av pasientdata med opplysninger om tvang og frivillighet ved innleggelse. I enkelte regionale helseforetak var andelen nede i 58 prosent. På grunn av manglende og mangelfull rapportering fra institusjonene inneholder derfor ikke statistikken tall for samtlige institusjoner godkjent for bruk av tvang. Det kan derfor ikke med sikkerhet slås fast at den observerte nedgangen i andelen tvangsinnleggelses er reell og ikke skyldes at institusjoner med lave andeler tvangsinnleggelses er inkludert i slutten av perioden, men ikke i starten (Bjørngaard & Hatling 2005).

Hvor lenge en pasient er innlagt til tvungen observasjon eller til tvungent psykisk helsevern før statusen eventuelt endres til frivillig innleggelse, er også et viktig mål på omfanget av tvangsbruk. På grunn av mangelfull registrering/rapportering har vi per i dag ingen nasjonal oversikt over dette. Dette gjelder også for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Det er påvist betydelig og vedvarende variasjon mellom norske sykehus og fylker i andelen tvangsinnleggelses (Hatling 2002). I følge en rapport fra Samdata Psykisk helsevern (Hagen 2003) varierte den befolkningsbaserte raten for innleggelses på tvang i 2002, målt etter spesialistvedtaket, fra 39,4 per 10 000 innbyggere over 18 år i Østfold, til 8,0 i Sør-Trøndelag. Seks fylker hadde en totalrate mellom 8,0 og 12,4, mens syv fylker hadde en totalrate mellom 14,6 og 19,6. I Østfold var det særlig bruken av tvungen observasjon som ga en høy totalrate.

Det er fremsatt ulike teorier om hva som kan forklare disse forskjellene. Noen har pekt på ulik pasientsammensetning, f.eks på grunn av ulik sykdomsforekomst i befolkningen, og ulik lovforståelse som mulige forklaringer, mens andre har vært mer opptatt av ulikheter i måten tjenestene er organisert på (Hatling 2002). Det er imidlertid rapportert om liknende variasjoner i innleggelsesrater innad i flere land. Det har vært gjort forsøk på å forklare slike regionale forskjeller ved hjelp av demografiske faktorer eller struktur og tilgjengelighet til ressurser eller tjenester. Ingen av studiene har så langt greid å gi en omfattende forklaring av hovedfaktorene som bidrar til de rapporterte forskjellene (Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002).

2.1.2 Omfanget av tvangsinnleggelses i Norge sammenliknet med andre land

Det er vanskelig å sammenlikne bruk av tvang mellom ulike land på grunn av forskjeller i lovverk, offentlig statistikk, samt organisasjon og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenestene. Med dette forbeholdet kan det se ut som om Norge i internasjonal sammenheng har høy andel tvangsinnleggelses i forhold til innleggelses totalt, og også høye befolkningsbaserte rater av tvangsinnleggelses (Hatling 2002). I en studie fra 1990 som omfattet 22 land hadde de fleste en tvangsinnleggelsesandel på under 15 prosent. Bare noen få land hadde en andel på størrelse med den norske, i denne studien oppgitt til 33,6 prosent (Riecher-Rössler og Rössler gjengitt i Hatling 2002). I de få landene hvor det var gjengitt flere studier sprikte tallene betydelig og det er derfor ikke grunnlag for å feste altfor stor tillit til denne studien (Hatling 2002).

De forsøk som er gjort på å sammenlikne de nordiske landene tyder på at det er til dels store forskjeller når det gjelder bruken av tvungent psykisk helsevern. De befolkningsbaserte innleggelsesratene varierer fra 29 per 100 000 innbyggere i Danmark til 195 per 100 000 innbyggere i Norge (Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002). Island og Danmark ligger klart lavest, mens Norge og Finland ligger høyest. Både i Danmark og Sverige er det imidlertid mulig å konvertere frivillig innlagte til tvungent psykisk helsevern, noe som ikke er mulig i Norge. Det har derfor blitt hevdet at statistikken ikke gir et riktig bilde av den reelle bruken av tvungent psykisk helsevern. I Sverige gjøres det imidlertid rede for konverteringene i offentlig statistikk, mens dette ikke er tilfellet i Danmark. For Danmarks del hevdes det at konverteringer skjer langt hyppigere enn i de andre landene der dette er mulig (Høyer 2002).

Hva kan forklare at Norge tilsynelatende har så høy bruk av tvangsinnleggelses sammenliknet med andre land? Enkelte har pekt på at bestemmelser i det norske lovverket kan bidra til en høy andel tvangsinnleggelses. Hatling (2002) peker på at en betydelig andel av tvangsinnleggelsene i Norge har foregått i henhold til

observasjonsparagrafen (§ 3–8), som gir hjemmel for videre tilbakeholdelse i tilfeller der det ikke er fastslått at vilkårene for tvungent vern er oppfylt, og det er behov for videre undersøkelser for å kunne fastslå dette. I følge Hatling (2002) er det svært få andre land har en slik bestemmelse i sitt lovverk.

I følge Høyer (2002) har alle de nordiske landene både behandlingskriteriet og farekriteriet som tilleggsvilkår i sin lovgivning. Alle de nordiske landene har også mulighet for å tvangsinnlegge pasienter til observasjon, men Norge har den lengste observasjonstiden med inntil 10 dager. Norge er imidlertid det eneste av de nordiske landene som tillater tvangsbehandling utenfor institusjon (Høyer 2002).

2.2 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Psykisk helsevernlovens § 3–1 annet ledd åpner for at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan etableres gjennom en omgjøring av et eksisterende vedtak om tvungent psykisk helsevern/observasjon med døgnopphold. Pasienten flytter da til egen bolig og følges opp videre av døgninstitusjonen, en dagenhet eller poliklinisk enhet som er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fattet etter institusjonsopphold, krever at pasienten er diagnostisert og at det er klargjort hva slags behandling som er nødvendig.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan også etableres uten et forutgående døgnopphold. For å kunne fatte et slikt vedtak kreves det imidlertid at institusjonen kjenner pasienten og at det ikke er tvil knyttet til pasientens symptomer, diagnose og behandling. Et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i en forlengelse av vernet.

Det finnes i dag ingen komplett nasjonal oversikt over omfanget av bruken av tvungent psykisk helsevern/observasjon uten døgnopphold; I 2002 hadde man pasientdata av tilfredsstillende kvalitet for kun 64 prosent av utskrivningene fra døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. For poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern forelå det pasientdata for kun 54 prosent av konsultasjonene i 2002 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a). Registreringen av tvangsbruk ved poliklinikkene var åpenbart svært mangelfull.

Tallene viser at i 2002 ble 1075 pasienter utskrevet fra døgnavdelinger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og 54 personer til tvungen observasjon uten døgnopphold. I følge Sintef Helse tilsvarer dette mellom 1600 og 1700 overføringer når det justeres for manglende eller mangelfulle

pasientdata. Pasientdata fra poliklinikkene fanger imidlertid opp bare en brøkdel av disse: i 2002 er det kun registrert 58 behandlingsserier innskrevet til tvungent psykisk helsevern. Justert for mangelfulle pasientdata og manglende registrering av innskrivningsparagraf blir antallet likevel godt under 200 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

En rapport fra Helsetilsynet om bruk av tvang i psykisk helsevern har blant annet sett nærmere på pasientene som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold. Rapporten baserer seg på tall fra pasienttellingene i 2003/2004 som omfattet både døgnavdelinger og poliklinikker i psykisk helsevern. Rapporten viser at pasienter som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold hadde noen særlige kjennetegn, sammenliknet med frivillige polikliniske pasienter og pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold: Det er en høyere andel menn blant døgnpasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold; Pasientene er gjennomgående mer "middelaldrende" enn øvrige pasientgrupper, med et tyngdepunkt i aldersgruppen 30-50 år, og pasientene hadde i hovedsak diagnosene schizofreni og paranoide lidelser (81 prosent) (Rapport fra Helsetilsynet 4/2006).

Som for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold viser Helsetilsynets rapport at det er store geografiske variasjoner i omfanget av bruken av denne tvangsformen. På registreringstidspunktet varierte ratene per 10 000 innbyggere 18 år og eldre fra 0 (Finnmark HF) til 2,6 (Ullevål og Aker HF-områder) (Rapport fra Helsetilsynet 4/2006).

2.3 Tvangsmidler

Psykisk helsevernloven § 4–8 om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, omfatter tre former for tvangsmiddelbruk: mekaniske tvangsmidler (herunder belter og reimer), isolering (kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede), og korttidsvirkende legemidler (enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt). Tvangsmidler er tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Tvangsmidler kan ikke brukes i (tvangs)behandlingsøyemed.

2.3.1 Mekaniske tvangsmidler

Det har skjedd en betydelig reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler i løpet av 1980-tallet, målt i timer. Antallet pasienter det anvendes mekaniske tvangsmidler overfor var relativt stabilt i denne perioden, samtidig som pasienttallene viste en viss oppgang (Hatling 2002).

Mekaniske tvangsmidler blir nærmest utelukkende anvendt ved de psykiatriske sykehusavdelingene. Tilnærmet alle psykiatriske sykehusavdelinger benytter dette tvangsmiddelet. I perioden 2001–2003 har det skjedd en økning i antall ganger mekaniske tvangsmidler ble brukt, men en nedgang i antall timer. Dette tvangsmiddelet ble benyttet overfor noen flere pasienter i 2003 enn i 2001. Dette innebærer at omfanget av bruken ovenfor den enkelte pasient har gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble underlagt dette tvangsmidlet lengst (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

Det har skjedd en økning i antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler ble benyttet ved DPS i perioden 2001–2003, men bruken er begrenset til 2 DPS. Mekaniske tvangsmidler ble også benyttet overfor noen flere pasienter ved DPS'ene i 2001 enn i 2003 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

Det er en stor spredning i omfanget av bruken av dette tvangsmiddelet mellom sykehusene. I 2003 var det en gruppe på 7 institusjoner som skilte seg ut i forhold til resten. Disse institusjonene lå høyt også i 2001, noe som kan indikere at forskjellene ikke utelukkende skyldes tilfeldigheter i pasientsammensetningen (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

2.3.2 Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler

Det finnes per i dag ikke publiserte undersøkelser om utviklingen over tid når det gjelder omfanget av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel i norsk psykisk helsevern (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002). Som en del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse har imidlertid Sintef Helse foretatt egne kartlegginger av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet, herunder korttidsvirkende legemidler, både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

Korttidsvirkende legemidler benyttes av tilnærmet alle psykiatriske sykehusavdelinger. Kartleggingen for 2003 viser at det i perioden 2001–2003 har skjedd en tilnærmet halvering i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet. Samtidig var antallet pasienter det ble benyttet ovenfor tilnærmet uendret. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient har dermed gått ned i denne perioden.

Det har samtidig skjedd en viss økning i bruken av korttidsvirkende legemidler ved DPS både mht. antall ganger og pasienter. Bruken var imidlertid begrenset til 2 institusjoner.

Kartleggingen fra Sintef Helse viser at det er institusjonsvise variasjoner også når det gjelder bruken av korttidsvirkende legemidler. En lav korrelasjonskoeffi-

sient fra 2001 til 2003 kan imidlertid tyde på at variasjonene er knyttet til enkelt-pasienter snarere enn til praksis ved institusjonene (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

2.3.3 Isolering

Isolering vil si kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede. Bruken av isolering var stabil i perioden 1980–1990, med en sterk nedgang i timetallet i siste del av perioden. Isolering er den minst anvendte tvangsformen, og fra rundt 1980 har man gradvis gått over fra isolering til skjerming, jfr. kapittel 2.5 (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002).

Kartlegginger av bruken av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 viser at bruken av isolering er begrenset til noen psykiatriske sykehus; Ingen distriktpspsykiatriske senter benyttet dette tvangsmiddel verken i 2001 eller i 2003.

I perioden 2001–2003 har det skjedd en sterk nedgang i antall ganger og timer isolering ble benyttet, samtidig som det har skjedd en svak økning i antallet pasienter det ble benyttet ovenfor. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient synes dermed å ha gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble hyppigst utsatt for isolering (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

Isolering ble benyttet ved 14 sykehus i 2003, men kun 3 sykehus hadde et visst omfang. To av disse sykehusene har hatt en vesentlig reduksjon i antall ganger og timer isolasjon ble benyttet. Det tredje sykehuset har hatt en vesentlig reduksjon i antall timer (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

2.3.4 Betydningen av faglig og kulturelt ståsted for bruk av tvangsmidler

Hvilke tvangsmidler som anvendes kan til en viss grad være kulturelt betinget, både for den enkelte institusjon og for det enkelte land. I Norge og Sverige anvendes i hovedsak mekaniske tvangsmidler, mens isolasjon anses som et lite egnet virkemiddel både ut fra faglige og menneskelige hensyn. I England oppfattes imidlertid beltebruk som en «arv fra middelalderen», og det foretrekkes derfor å benytte isolasjon (Hatling 2002).

Forskning har også vist at det finnes kjønns- og utdanningsforskjeller blant personalet i forhold til bruken av tvangsmidler, hvor de med høy utdanning tenderer til å mene at tvangsmidler anvendes for mye (Hatling 2002).

2.4 Behandling uten eget samtykke

I følge psykisk helsevernloven § 4–4 kan en pasient under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke underlegges slik undersøkelse og behandling for sin psykiske lidelse som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Dette omfatter også behandling med legemidler.

Opplysninger om vedtak om tvangsbehandling skal registreres i godkjente protokoller ved sykehusene. Disse opplysningene blir imidlertid i liten grad rapportert videre til Norsk Pasientregister (NPR), og vi mangler derfor nasjonal statistikk på omfanget av tvangsbehandling. I følge tall fra siste pasienttelling (20 november 2003) hadde 20 prosent av pasientene i døgnavdelingene innenfor det psykiske helsevernet for voksne fått vedtak om tvangsbehandling med legemidler, mens 7 prosent hadde fått vedtak om annen tvangsbehandling (Hagen & Ruud 2005).

2.5 Skjerming

Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktiviteten i avdelingens fellesmiljø på vanlig måte, men holdes helt eller delvis avskjermet fra resten av pasientene. Vilkårene for skjermingstiltak er at pasienten lider av sterk uro eller har utagerende atferd, og at tiltaket er nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Loven definerer ikke skjerming som et tvangsmiddel, og det skal følgelig ikke brukes for å få kontroll over en nødrettslignende situasjon.

Ved å benytte skjerming får pasienten mer ro og man oppnår en reduksjon av alle inntrykk og stimuli som virker uheldig inn på pasientens aktuelle sinnstilstand. Skjerming kan derfor i mange tilfeller forebygge at det oppstår en nødsituasjon som nødvendiggjør bruk av tvangsmidler. Rent praktisk gjennomføres skjerming ved at pasienten anvises til opphold i det rom pasienten blir tildelt ved institusjonen, eller til en enhet spesielt tiltenkt slik bruk.

Statistikken viser at fra rundt 1980 har det psykiske helsevernet gradvis gått over fra å bruke isolering til å bruke skjerming (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002). Ved innføringen av ny psykisk helsevernlov fra 2001 ble bruken av det som i psykiatrien gikk under betegnelsen skjerming søkt regulert. I henhold til § 4–3 skal det fattes egne vedtak om skjerming over 48 timer, og disse skal nedtegnes uten opphold.

Som en del av kartleggingene av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet har Sintef Helse også kartlagt bruken av skjerming både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b). Den siste kartleggingen viser at det i perioden 2001–2003 har skjedd en sterk økning i bruken av skjerming over 48 timer, målt både i antall vedtak (65 prosent) og antall pasienter som har blitt berørt (72 prosent). Akuttavdelingene, langtidsavdelingene og sterkavdelingene var de største brukerne. Det er en viss grad av institusjonsvise forskjeller i bruken av skjerming over 48 timer. Sykehus med hyppige skjermingsvedtak i 2001 hadde det også i 2003.

Økningen i bruken av skjerming over 48 timer har vært påfallende sterk i perioden 2001–2003. Noe av dette kan muligens skyldes økt registrering heller enn økt bruk; Kartleggingen i 2001 falt sammen med innføringen av ny psykisk helsevernlov, hvor kravet om registrering av skjerming over 48 timer ble innført. Økningen kan imidlertid også være knyttet til nedgangen i bruken av tvangsmidler, dvs. korttidsvirkende legemidler og isolasjon.

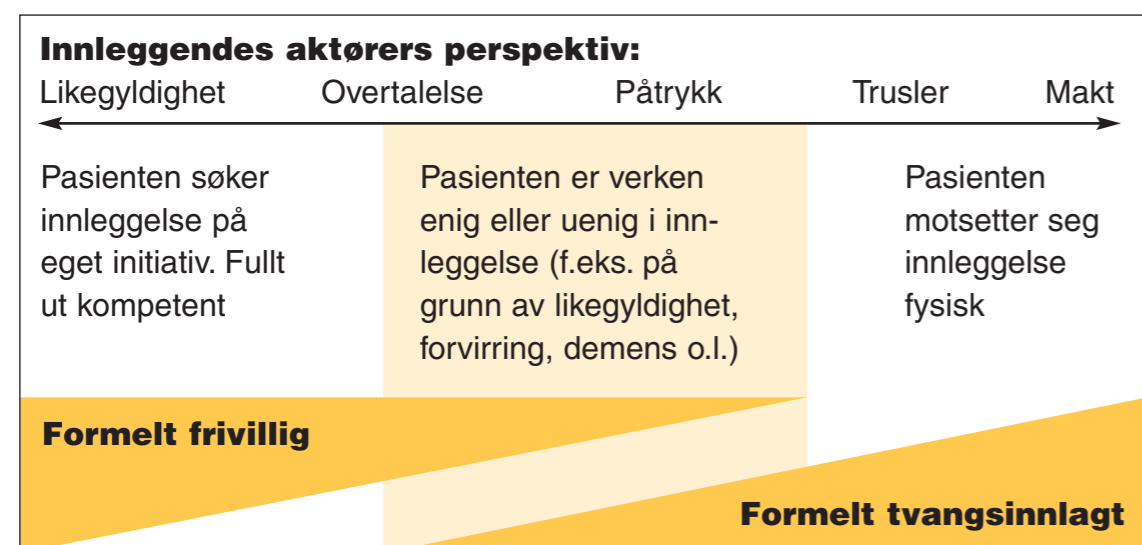
Når det gjelder skjerming under 48 timer er det ikke formelle krav til vedtak og nedtegnelse. På grunn av dette kunne ikke institusjonene fremlegge oversikt over bruken av skjerming under 48 timer, verken i 2001 eller 2003.

2.6 Forholdet mellom formell og opplevd tvang

Kapitlene foran har konsentrert seg om den formelle bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Tidligere konsentrerte studier av tvang seg også utelukkende om den formelle tvangen, dvs. pasientens legale status. Disse studiene baserte seg på en antakelse om at de som tvangsinnlegges er underlagt tvang, mens de pasientene som legges inn frivillig ikke er det. Nyere forskning har imidlertid vist at pasientenes formelle status ikke nødvendigvis korresponderer med pasientenes opplevelse av å være utsatt for tvang. I en studie opplevde for eksempel 65 prosent av pasientene som ble tvangsinnlagt dette som tvang, mot 29 prosent av de som var frivillig innlagt (Westrin & Nilstun 2000). Slike funn har blitt bekreftet gjennom flere tilsvarende studier som for eksempel MacArthur studiene i USA (Monahan et al. 1999).

Sett fra pasientens ståsted og i den daglige praktiseringen av lovverket, vil skillet mellom frivillighet og tvang ofte ikke være entydig og klart. Flere har for eksempel pekt på at mange innleggelser vil foregå i en gråsoner mellom frivillighet og tvang, og at de færreste innleggelser derfor enten er klart frivillige eller klart ufrivillige (Monahan et al. 1999; Syse 1999). Pasienten kan, som en del av sin sykdom, være svært ambivalent til behovet for behandling. Pasienten kan imidlertid også være utsatt for ulike grader av press, overtalelse og eventuelt

trusler fra pårørende og fra helsetjenesten til å godta innleggelse og behandling. Denne problemstillingen er forsøkt illustrert i figuren under.



Beslutninger angående en psykiatrisk pasients formelle status: frivillig innlagt eller tvangsinnlagt (hentet fra Syse 1999)

Politiet skal etter psykisk helsevernloven og politilovens bestemmelser ved behov bistå helsevesenet i gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern. Det finnes i dag ingen samlet oversikt over hvor ofte dette skjer. Tilbakemeldinger fra politiet selv og fra brukere tyder imidlertid på at det dreier seg om et stort antall tilfeller, og at politiet ikke bare bistår det psykiske helsevernet men også ofte opptrer på egenhånd uten støtte fra helsepersonell. Dette kan bidra til å forsterke pasientenes opplevelse av å være underlagt tvang i innleggelsessituasjonen, uavhengig av hva som blir den formelle innleggelsesstatusen. Det kan også medføre en alvorlig tilleggsbelastning for pasienter og pårørende, jfr. kapittel 4.3.1.

2.7 Den kliniske effekten av bruk av tvang

Vi har i dag lite sikker kunnskap om hvilken effekt tvangsinnleggelse eller bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har på utfallet av behandlingen for den enkelte pasient. Flere har pekt på at dette blant annet har sammenheng med at begrepet «tvang» er for dårlig definert (Monahan et al 1999; Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002). I følge Monahan et al. (1999) må man først forstå hva som bestemmer eller påvirker folks opplevelse av å være underlagt tvang, før man kan forstå om og hvordan tvang har en positiv effekt på det kliniske utfallet av behandlingen.

Når det gjelder tvangsinnleggelse er de eksisterende studiene heftet med flere metodologiske svakheter. Med forbehold om dette viser fem av seks studier av pasientholdninger at et stort flertall av pasientene (fra 64 til 86 prosent) rapporterte forbedring, eller at de var blitt hjulpet av innleggelsen. I fire av fem av disse studiene erkjente 57 til 75 prosent av respondentene at tvangsinnleggelsen hadde vært nødvendig eller hensiktsmessig (Nicholson 1999). I flere av disse studiene var det imidlertid en betydelig minoritet av pasientene som hadde negative følelser i forhold til tvangsinnleggelsen; Mellom 20 og 34 prosent av pasientene i tre av disse studiene oppga å ha blitt skadet av innleggelsen (Nicholson 1999). I en finsk studie konkluderes det med at tvungen behandling resulterer i negative følelser hos pasienten og skaper negative forventninger i forhold til utfallet av behandlingen. Bruk av tvungen behandling gjør det vanskelig å etablere et tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell, og er negativt korrelert med pasientens personlige oppfatning og endringer i hans eller hennes psykiske tilstand. Bruk av tvang kan også medvirke til å skyve pasienten bort fra tjenester (Kaltiala-Heino et al.1997).

I følge Sailas og Fenton (2003) finnes det ingen kontrollerte og systematiske studier som evaluerer verdien av bruk av isolering og mekaniske tvangsmidler (seclusion and restraint) overfor alvorlig sinnslidende. I en litteraturgjennomgang fra USA av studier på bruk av mekaniske tvangsmidler og isolering, konkluderes det med at disse virkemidlene er effektive når det gjelder å forhindre skade og redusere utagering. Det pekes på at det vil være tilnærmet umulig å behandle pasienter med alvorlig symptomer uten bruk av noen form for isolering eller mekaniske tvangsmidler. Samtidig konkluderer studien med at disse virkemidlene kan ha alvorlige negative konsekvenser for pasientene både fysisk og psykisk (Fisher 1994).

Studier av utfallet av behandlingen blant pasienter som har blitt tvangsmedisinert rapporterer positive funn, inkludert reduksjon i symptombelastning. Pasientene rapporterer tilfredshet med og utbytte av behandlingen. Disse studiene er imidlertid ukontrollerte og den interne validiteten er usikker (Nicholson 1999). Studier som sammenlikner tvangsmedisinerte pasienter med frivillig medisinerte pasienter har kun hatt oppholdslengde som resultatmål. I de fleste, men ikke alle, av disse studiene har tvangsmedisinerte pasienter opphold av lengre varighet enn frivillig medisinerte pasienter (Nicholson 1999).

Bruk av tvang i det psykiske helsevernet for barn og ungdom

– gjennomgang av typer og omfang av tvangsbruk

3.1 Det formelle grunnlaget for bruk av tvang overfor barn og ungdom

I henhold til psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven må pasienten være over 16 år for å kunne samtykke til frivillig psykisk helsevern. Pasienter mellom 16 og 18 år kan tvangsinnlegges eller tas under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på linje med voksne, men de skal i prinsippet innlegges i og behandles i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. I henhold til tvangsbestemmelsene vil foreldrene bare ha begjæringskompetanse (være tutor) når ungdommen har fylt 16 år.

Barn under 16 år er i følge loven ikke kompetente til å samtykke til frivillig psykisk helsevern. Samtykkekompetansen er derfor tillagt foreldrene eller den eller de som har foreldreansvaret for barnet. Barn og ungdom under 16 år kan ikke innlegges i det psykiske helsevernet uten at den eller de som har foreldreansvaret samtykker. For ungdom mellom 12 og 16 år skal tiltaket bringes inn for kontrollkommisjonen, dersom ungdommen selv ikke er enig. Barn under 12 år er ikke gitt en slik klageadgang. Alle innleggelser regnes derfor formelt som frivillige på bakgrunn av foreldrenes samtykke.

Barn og ungdom kan også innlegges mot sin egen og foreldrenes vilje i institusjonene innen psykisk helsevern for barn og ungdom etter barnevernloven (bvl.). Slik plassering vil da bli gjort på bakgrunn av en omsorgsovertakelse og tilhørende vurdering av barnets behandlingsbehov, jfr. bvl. § 4–4, 4–12 og 4–14, eller ved at foreldrene i sin helhet fratras foreldreansvaret, jfr. bvl. § 4–20. Alternativt vil grunnlaget for en slik plassering være at barnet har vist alvorlige atferdsvansker som alvorlig eller gjentatt kriminalitet, vedvarende misbruk av rusmidler eller annet, jfr. § 4–24. Tvangsvedtak etter lov om barneverntjenester fattes av fylkesnemnda for sosiale saker.

Når det gjelder tvangsmidler og tvangsbehandling kan dette i prinsippet benyttes overfor ungdom over 16 år etter de regler som gjelder for voksne. Bruk av tvangsmidler og isolering er ikke tillatt brukt overfor barn og ungdom under 16 år. Tvangsbehandling og bruk av korttidsvirkende legemidler er i prinsippet tillatt.

3.2 Omfang av formell tvangsbruk i det psykiske helsevernet for barn og ungdom

3.2.1 Tvungent psykisk helsevern

Ettersom pasienten må være over 16 år for å kunne samtykke til frivillig psykisk helsevern, er det kun innleggelser av ungdom over 16 år som klassifiseres som tvangsinnleggelser i statistikken. Innleggelser etter samtykke fra foreldrene for barn og ungdom under 16 år klassifiseres som frivillige innleggelser, men for ungdom mellom 12 og 16 år registreres de tilfellene hvor ungdommen er uenig i innleggelsen.

Statistikken for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold innen psykisk helsevern for barn og ungdom er meget mangelfull. Det skilles blant annet ikke klart mellom henvisningsformalitet (den paragraf pasienten er søkt innlagt etter) og vedtaket til lege/psykolog ved institusjonen (innleggelsesformalitet). Med forbehold på grunn av den mangelfulle statistikken, ble det registrert ca 60 tvangsinnleggelser av ungdom 16–18 år etter psykisk helsevernloven i psykisk helsevern for barn og ungdom i 2002, inkludert innleggelser til tvungen observasjon. Dette utgjorde under 4 prosent av det totale antall innleggelser.

Pasienter mellom 16 og 18 år skal i prinsippet innlegges og behandles i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. På grunn av manglende tilbud innlegges imidlertid fortsatt noen ungdommer i psykisk helsevern for voksne. I 2002 var det 21 tvangsinnleggelser av 16- og 17-åringer i psykisk helsevern for voksne.

Det ble bare registrert ett tilfelle av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i psykisk helsevern for barn og ungdom i 2002.

3.2.2 Innleggelse etter barnevernloven

I følge statistikken ble det i 2002 gjennomført 12 innleggelse etter barnevernloven i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Dette tilsvarer 0,7 prosent av alle innleggelse.

3.2.3 Innleggelse etter samtykke fra foreldrene

I 2002 ble det registrert 35 tilfeller der en ungdom mellom 12 og 16 år var uenig med den eller de som hadde foreldreansvaret om en innleggelse, der spørsmålet om etablering av psykisk helsevern ble avgjort av kontrollkommisjonen. Det finnes ikke statistikk som viser hvor mange barn under 12 år som var uenige i foreldrenes beslutning om innleggelse.

3.2.4 Behandling uten eget samtykke, tvangsmidler og skjerming

Psykisk helsevernloven kan gi hjemmel for at barn mellom 16 og 18 år som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan behandles uten eget samtykke. Uavhengig av om det er etablert tvungent psykisk helsevern kan loven gi hjemmel for skjerming og bruk av tvangsmidler.

For barn under 16 år forutsetter bruk av medikamentell behandling samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Bruk av mekaniske tvangsmidler og isolering (kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede) er ikke tillatt brukt for ungdom under 16 år. Psykisk helsevernloven kan imidlertid gi hjemmel for bruk av korttidsvirkende legemidler. Det samme gjelder skjerming.

Statistikken for psykisk helsevern for barn og ungdom inneholder ikke opplysninger om bruk av medikamentell behandling, bruk av tvangsmidler eller skjerming. Mange barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger protokollfører holding, skjerming, fotfølging og grensesetting.

Holding, polstret rom eller kuledyne benyttes som alternativer til mekaniske tvangsmidler. Klinikere innenfor feltet er svært opptatt av holding i barne- og ungdomspsykiatrisk institusjonsbehandling og problematiserer tvangspaspektet ved praksisen.

I Ot.prp nr 65 (2005 – 2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. er fastholding foreslått lovregulert. Forslaget er ikke ment å omfatte enhver holdning i omsorgs- og grensesettingssituasjoner. Det vil være en glidende overgang mot situasjoner der elementet av tvang blir mer fremtredende på grunn av pasientens motstand eller graden av inngripen.

3.3 Forholdet mellom formell og opplevd tvang

Problemene knyttet til forholdet mellom formell og opplevd tvang er i høyeste grad aktuelle også innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Fordi barn og ungdom formelt kan legges inn frivillig på grunnlag av foreldresamtykke selv om barnet/ungdommen selv er imot innleggelsen, vil det ofte ikke være sammenfall mellom den formelle tvangen og barnet eller ungdommens opplevelse av å være underlagt tvang.

Barn og ungdom som har behov for innleggelse i en døgninstitusjon i det psykiske helsevernet, har i utgangspunktet en alvorlig psykisk lidelse. Det kan dreie seg om en alvorlig og vedvarende psykisk lidelse i form av gjentatte depressive episoder med suicidal problematikk, alvorlige former av spiseforstyrrelser, eller betydelige utadrettede atferdsproblemer. En alvorlig atferdsforstyrrelse vil innebære at barnet eller ungdommen begår alvorlige og vedvarende brudd på formelle og/eller uformelle samfunnsnormer. Eksempler på dette er at barnet eller ungdommen trår over andres grenser på en uakseptabel måte eller utviser en vedvarende sosialt selvdestruktiv atferd i form av for eksempel mobbing, slåssing, hærverk, brannstifting, uvanlig sterke og hyppige raserianfall, provoserende atferd osv. (Mørch, Snoek & Syse 1998). I slike tilfeller vil et viktig siktemål med behandlingen være å hjelpe barnet eller ungdommen til å finne en bedre løsning på konflikten mellom «selv» og «andre», gjennom å få hjelp til å utvikle mer effektiv affekt- og atferdsregulering. Dette innebærer blant annet systematisert bruk av vanlige oppdragelsesmetoder i form av ulike typer grensesetting.

Bruk av oppdragelsesmetoder i behandlingen av barn og ungdom reiser imidlertid en viktig og vanskelig etisk-juridisk problemstilling: hva er å anse som vanlige oppdragelsesformer og hva er å anse som tvangstiltak som burde vært regulert i lovverket? Er det mulig å trekke opp et skille som gir mening både for pasienter og fagfolk? Antakelig vil måten oppdragelsen utøves på være av betydning for hvorvidt barnet eller ungdommen opplever det som tvang. En felles forståelse mellom ungdom og behandler vil for eksempel kunne være avgjørende for hvorvidt grensesettende tiltak oppfattes som utilbørlig tvang eller ikke. For mange atferdsforstyrrede ungdommer vil imidlertid enhver inngripen i deres selvbestemmelse oppleves som tvang (Mørch, Snoek & Syse 1998).

For å oppnå et positivt behandlingsresultat innenfor den polikliniske behandlingen forutsettes at barnet/ungdommen er motivert til og deltar aktivt i behandlingsopplegget. I aldersgruppen 12–16 av henviste pasienter er ikke dette alltid tilfellet. Mange poliklinikker løser problemet gjennom å gi pasienten et indirekte behandlingstilbud ved å inkludere resten av familien i form av samtaler med en eller flere av de pårørende. Noen ganger arbeides det også med andre deler av

nettverket, for eksempel mot skolen. Gjennom slike metodiske valg unngår en å rapportere ungdommens vegring mot behandlingen til Kontrollkommissjonen.

3.4 Den kliniske effekten av bruk av tvang

Formelt sett er bruken av tvang i det psykiske helsevernet for barn og ungdom lav. Dette kan være en av grunnene til at det har vært forsket lite på dette. Vi har derfor pr i dag lite kunnskap om hvilken effekt tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler har på utfallet av behandlingen for den enkelte pasient innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er grunn til å tro at konsekvensene av å bruke tvang overfor barn og ungdom vil være forskjellig avhengig av barnets/ungdommens psykiske status, evne og mulighet til selvkontroll og autonomi, samt tidligere erfaringer når det gjelder opplevde krenkelser eller traumer. Måten tvangstiltakene iverksettes på vil også kunne være av betydning. Situasjoner der bruk av tvang anses som nødvendig vil ofte ha et akutt preg. Godt implementerte rutiner hos de ansvarlige – voksne, behandlere etc. – er avgjørende for å skape mest mulig forutsigbarhet i en i utgangspunktet uforutsigbar situasjon. Eventuelle skadevirkninger av tvangsbruk kan også søkes redusert ved at personalet hjelper barnet eller ungdommen til å bearbeide opplevelsen i etterkant.



4

Mål og tiltak

4.1 Overordnede verdier

4.1.1 Mest mulig frivillighet i behandlingen

Mest mulig frivillighet i behandlingen innenfor det psykiske helsevernet er et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette henger nøye sammen med planens overordnede målsetting: å gi mennesker med psykiske lidelser muligheten til å leve et mest mulig selvstendig liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv.

I de siste årene har lovgiver, dvs. Stortinget, ønsket å styrke pasientrollen i norsk helsevesen, blant annet gjennom innføringen av pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven vektlegger pasientens selvbestemmelse (autonomi) i forhold til eget liv og helse, og søker å begrense helsetjenestens mulighet til å ta avgjørelser uten pasientens samtykke. Loven pålegger helsetjenesten en informasjonsplikt ovenfor pasientene, og pasientene skal i større grad enn tidligere tas med på råd. I den grad lovverket blir fulgt opp skal pasientene derfor ha fått en større innflytelse på utformingen av sin egen behandling enn tidligere.

Pasientrettighetsloven gjelder, med visse begrensninger, også innenfor det psykiske helsevernet. Det menneskesynet som er nedfelt i pasientrettighetsloven kommer imidlertid også til uttrykk i psykisk helsevernloven. Utgangspunktet i loven er at psykisk helsevern skal etableres på frivillig grunnlag, basert på pasientens samtykke. Dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse kan det imidlertid innebære at han eller hun helt eller delvis mister evnen til å vurdere sin egen situasjon på en realistisk måte. Dersom vedkommende er behandlingstrengende eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, gir derfor psykisk helsevernloven det psykiske helsevernet myndighet til å etablere psykisk helsevern uten pasientens samtykke. I psykisk helsevernlovens § 3–3 annet ledd slås det likevel fast at tvungent psykisk helsevern bare kan anvendes når frivillig helsevern har vært forsøkt uten at dette har ført frem, eller det åpenbart er formålsløst å forsøke dette. Loven krever også at tvungent vern fremtrer som den klart beste løsningen for vedkommende på bakgrunn av en helhetsvurdering.

En pasient vil kunne oppleve bruk av tvungent psykisk helsevern og tvang i behandlingen som en voldsom og urettmessig inngripen i eget liv, og som et angrep på egen autonomi og integritet. Det kan i verste fall oppleves som et overgrep og virke negativt inn på utfallet av selve behandlingen, i tillegg til å gi negative tilleggsproblemer for pasienten. Bruk av tvang kan også være direkte skadelig for tillitsforholdet mellom tjenesteyter og pasient, og bidra til å skyve pasienten bort fra helsetjenestene, jfr. kapittel 2.7. Nettopp fordi bruk av tvang ved innleggelse og i behandlingen vil kunne ha alvorlige og langvarige negative konsekvenser, skal alle muligheter for å oppnå samtykke fra pasienten være prøvd før det blir anvendt tvang.

Forskning har vist at en vesentlig del av de pasientene som formelt sett er frivillig innlagte, selv opplever å være innlagt under tvang. For å oppnå en størst mulig grad av reell frivillighet ved innleggelse og i behandlingen er det derfor nødvendig med en helhetlig tilnærming, hvor man også tar hensyn til den uformelle, opplevde tvangen som utøves og ser på måter å redusere denne på.

4.1.2 Ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet, integritet og autonomi

I en del situasjoner og ovenfor noen pasienter, er bruk av tvang ved innleggelse og i behandlingen uunngåelig og nødvendig. I henhold til loven er dette pasienter som på grunn av sin sinnslidelse ikke er i stand til å vurdere sin situasjon og behovet for behandling, eller som utgjør en nærliggende eller alvorlig fare for seg selv eller andre. Tvang kan da utøves for å forhindre verre skade, enten for personen selv eller omgivelsene.

Institusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern er ansvarlige for at nødvendig bruk av tvang blir utøvd i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, og på en slik måte at pasientens rettsikkerhet blir ivaretatt. Dette innebærer blant annet at pasienten, og eventuelt dennes pårørende, skal gis tilstrekkelig informasjon om sine klagerettigheter og muligheter for innsyn i journal, rett til informasjon, medvirkning osv.

Når en person må legges inn og eventuelt behandles mot sin vilje, vil vedkommende være i en svært sårbar tilstand. Svekkelsen som sykdommen medfører, kombinert med det å være underlagt tvungen behandling, vil naturlig medføre en følelse av avmakt hos pasienten. Det psykiske helsevernet har et stort ansvar når det gjelder å redusere avmaktsfølelsen hos disse pasientene og beskytte dem mot overgrep: «Jo større avmakten er, desto mer forsterkes personalets makt og etiske ansvar» (Norvoll 2002). Avmakt har også nær sammenheng med følelser som aggresjon og frykt. En avmektig stilling kan oppleves som nedverdiggende og angstprovoserende og fremkalle aggresjon og utagering hos pasienten (Norvoll 2002).

Måten personalet utøver sin makt på er antakelig av sentral betydning for pasientens opplevelse av å være underlagt tvang. Det endrer ikke det grunnleggende maktforholdet mellom pasient og personale, men kan redusere belastningen for den som utsettes for maktbruken (Norvoll 2002). Personalets opptreden kan motvirke eventuelle negative langtidsvirkninger av tvangsbruk, og det er derfor viktig at institusjonene sørger for at tvangen blir utøvd med respekt for pasientens integritet og autonomi.

4.2 Hovedmålsettinger

Denne tiltaksplanen har ikke som mål å redusere andelen/antallet tvangsinnleggelse eller bruken av tvang i behandlingen, ned til et bestemt nivå. Hovedårsaken til dette er at det verken er mulig eller ønskelig å fastsette en klar standard for hvor stort eller lite omfanget av tvang i psykisk helsevern bør være. Frivillighet skal tilstrebes, men i en del tilfeller vil bruk av tvang være nødvendig og riktig, både av hensyn til pasienten selv og til omgivelsene.

Bruk av tvang vil henge nøye sammen med hvordan helsetjenestene og da særlig det psykiske helsevernet, til enhver tid er organisert. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse skal tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsevernet omstruktureres og bygges ut. I det psykiske helsevernet for voksne skal allmennpsykiatrien flyttes ut til distriktpsikiatriske sentre, mens de psykiatriske sykehusavdelingene skal spesialiseres. I det psykiske helsevernet for barn og ungdom satses det på å bygge ut barne- og ungdomspsykiatriske

poliklinikker og spesialiserte døgnbehandlingstilbud i form av egne klinikkavdelinger. Både for voksne og barn og unge er målet at flertallet av pasientene skal gis et poliklinisk tilbud i en eller annen form. Døgnbehandling skal benyttes minst mulig, og da kun for kortere perioder.

I det psykiske helsevernet for voksne innebærer denne omstruktureringen at flertallet av pasientene skal gis et tilbud ved DPS. Akuttavdelingene skal fremdeles ligge ved sykehusene som for øvrig skal konsentrere seg om å behandle særlig alvorlige og kompliserte sykdomstilfeller. Samlet sett vil dette kunne føre til at bruken av tvang ved de psykiatriske sykehusavdelingene, både ved innleggelse og i behandlingen, øker. Endringer i diagnosesammensetningen blant pasientene kan bidra til å forsterke en slik utvikling: Den siste pasienttellingen fra 2003 viser at det har skjedd en viss endring i diagnoseforekomsten ved døgnavdelingene i psykisk helsevern siden 1999, først og fremst gjennom en økning i rusdiagnoser (Hagen & Ruud 2005).

På den andre siden kan desentraliseringen av allmennpsykiatrien og muligheten for å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, medføre en desentralisering av tvangsbruken. Dette gir nye utfordringer i forhold til å overvåke omfanget av tvangsbruken i det psykiske helsevernet, og når det gjelder å ivareta pasientenes rettssikkerhet, integritet og autonomi.

Hovedmålsettingene i planen kan oppsummeres slik:

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 kunnskapsgrunnet 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.

4.3 Tiltak

4.3.1 Tiltak for å øke frivilligheten ved innleggelse

Økt tilgjengelighet til det psykiske helsevernet i akutte situasjoner

For å skape gode tjenester til mennesker med psykiske lidelser må det etableres en helhetlig behandlingsskjede. Dette er et sentralt element i Opptrappingsplanen for psykisk helse. For å oppnå dette må oppgaver og behandlingsansvar være tydelig fordelt både innad i det psykiske helsevernet, og i forhold til kommunehelsetjenesten. Etableringen av velfungerende DPS'er som samarbeider tett både med de kommunale helse- og sosialtjenestene og de psykiatriske sykehusene, er en forutsetning for å få dette til.

I veilederen «Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder», utgitt av Statens Helsetilsyn i 2001, anbefales det at DPS'ene tar sin del av akutt- og krisetjenestene innenfor det psykiske helsevernet. Dette begrunnes med at mange i krise ikke trenger innleggelse, men har behov for rask kriseintervensjon i form av tett poliklinisk kontakt, dagtilbud, oppfølging hjemme ved ambulant team og/eller tett samarbeid med kommunale primærhelsetjenester. Det pekes på at pasienter, pårørende og ansatte i primærhelsetjenesten må kunne få nødvendig bistand i akutsituasjoner, enten behovet gjelder vurdering, kriseintervensjon eller rådgivning.

Tilbakemeldinger fra brukere, politi og fra tjenesten selv tyder på at DPS'ene per i dag ikke har kommet langt nok i å fylle sin tiltenkte rolle innenfor det psykiske helsevernet, heller ikke når det gjelder akutt- og krisetjenester. Tilgjengeligheten er ikke god nok, og særlig på kveld og natt og i helger finnes det de fleste steder derfor ikke alternativer til akuttavdelingene ved sykehusene. Mangelen på tilgjengelighet viser seg også ved at det psykiske helsevernet ofte ikke har organisert sine tjenester på en måte som reelt sett gjør det mulig å oppfylle lovens krav om at frivillighet skal ha vært forsøkt før tvungent psykisk helsevern etableres. En reell oppfyllelse av dette kravet ville forutsette en mulighet for å forsøke å etablere frivillig vern en tid i forveien, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og eventuelle pårørende.

I statsbudsjettet for 2005 går Stortinget inn for å øke tilgjengeligheten til DPS'ene og tydeliggjøre deres ansvar og oppgaver ved akutte kriser. Ambulante team med øyeblikkelig hjelpfunksjoner skulle utprøves i løpet av 2005, og helseforetakene forutsettes å prøve ut lengre åpningstider ved poliklinikkene og 24 timers akuttberedskap. Disse tiltakene er i stor grad inspirert av erfaringene fra England, hvor man siden 1999 har arbeidet systematisk for å øke tilgjengeligheten til tjenestene for personer i en akutt krise. Et viktig virkemiddel i forhold til dette har vært etableringen av egne akutt-/kriseteam (Crisis

Resolution Teams) som rykker ut og gir behandling i hjemmet ved alvorlige kriser, som et alternativ til innleggelse i akuttavdeling. Bakgrunnen for denne satsningen har mange likhetstrekk med den situasjonen vi i dag opplever mange steder i Norge: problemer med å få adekvat hjelp i akutte krisesituasjoner og problemer med overbelegg ved akuttavdelingene (Helsetilsynet 2003,2004). Erfaringene med bruk av akutt/kriseteam i England viser at en lokalbasert akuttberedskap 24 timer i døgnet som kan intervensere i hjemmet, kan forhindre innleggelse i akuttavdeling i opptil 2/3 av tilfellene. Brukertilfredsheten er dessuten høyere enn ved tradisjonell sykehusbehandling. Det vises til rapport IS-1358 «Du er kommet til rett sted...» – ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet.

Når det gjelder tjenestetilbudet til barn og ungdom satses det i Norge på å bygge ut og styrke tjenestene i kommunene og videreutvikle et desentralisert, poliklinisk tilbud. Nære og tilgjengelige tjenester er viktige for å forebygge bruk av tvang. Nye utadvendte arbeidsformer som innebærer et nært samarbeid med familiene og førstelinjetjenesten (Multisystemisk Terapi (MST) og Parent Management Training (PMT)), gjør det mulig å gi hjelp på et tidligere tidspunkt. Lett tilgjengelige og kvalitativt gode tilbud som settes inn tidlig vil kunne forebygge senere tvangsinnleggelse og institusjonsopphold. Enkelte steder er det opprettet ambulante team for ungdom som har vist seg meget effektive for å redusere behovet for innleggelse.

Tiltak

Samtlige helseforetak skal etablere tjenester og systemer som sikrer pasienter, pårørende og primærhelsetjeneste nødvendig bistand i akutte situasjoner i form av vurdering, kriseintervensjon og rådgivning. Tjenestene må være hensiktsmessig oppbygd i forhold til geografi og størrelse på det aktuelle opptaksområdet.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider faglige anbefalinger for funksjonsfordelingen mellom sykehus og DPS som også inkluderer akutt- og krisetjenestene i det psykiske helsevernet.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider faglige anbefalinger for etableringen av ambulante akutteam for voksne basert på erfaringene med slike team nasjonalt og internasjonalt. Anbefalingene vil omfatte teamenes funksjon, organisering og innhold.

Erfaringene med ambulante team for ungdom i Norge og internasjonalt skal evalueres og systematiseres som grunnlag for en mer systematisk implementering av slike team over hele landet.

Systematisk oppfølging av personer med en langvarig og sammensatt psykisk lidelse

Opptrappingsplanen for psykisk helse går inn for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et selvstendig og verdig liv på egne premisser; de skal kunne bo i sin hjemkommune og motta de kommunale tjenestene de trenger i form av bolig, meningsfylte daglige aktiviteter, kultur og fritidstilbud og gode allmennhelsetjenester og sosialtjenester. Det psykiske helsevernet har ansvaret for å yte spesialisert behandling til de som trenger det, og for øvrig gi nødvendig veiledning og støtte til kommunenes helse- og sosialtjenester.

Erfaringene både fra Norge og andre vestlige land hvor en slik desentralisering og deinstitusjonalisering av behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser har vært gjennomført, viser at oppfølgingen av personer med en langvarig og sammensatt psykisk lidelse (hovedsakelig schizofrene og personer med bipolar lidelse, mange med et samtidig alvorlig rusmisbruk) som er bosatt i kommunene, ofte ikke har vært god. De blir i for stor grad overlatt til seg selv, og kommunen og det psykiske helsevernet har ofte ikke greid å etablere et helhetlig og tilrettelagt tilbud for den enkelte. Denne gruppen består i stor grad av personer som ikke selv ønsker eller greier å møte til behandling ved en psykiatrisk poliklinikk, og de blir derfor stående uten et spesialisert behandlingstilbud. Dette har medført uverdige levekår for en del, og da særlig for de personene som trenger tett oppfølging for å kunne bo i egen bolig. Når sykdomstilstanden og boforholdene for disse personene til slutt har blitt så dårlig at de utgjør en trussel mot sin egen og kanskje også andres helse, vil en tvangsinnleggelse ofte være uunngåelig.

I England har man de siste årene hatt gode erfaringer med å etablere egne ambulante team, kalt Assertive Outreach Teams (ACT), som følger opp disse pasientene i kommunene. En gjennomgang av erfaringene med slike team i flere vestlige land viser at de gir en effektiv behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser som bor i kommunene. Når slike team brukes målrettet mot høyforbrukere av sykehus kan de redusere sykehuskostnader og gi positive utfall og økt brukertilfredshet (Marshall 2004).

I Norge er det etablert ambulerende team ved ca. halvparten av de distriktpsikiatriske sentrene. De fleste av teamene er såkalte psykoseteam/rehabiliteringsteam eller rusteam. Rehabiliteringsteam er hovedsakelig for pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Det synes å være noe ulik praksis om slike team regnes som polikliniske eller ambulante (Ruud, Lidal, Røhme, Sitter & Hagen 2004). Vi vet lite om målgrupper, funksjon og arbeidsmåter for disse teamene.

Basert på bl.a. erfaringene fra England har Stortinget i statsbudsjettet for 2005 gått inn for at det skal etableres ambulante funksjoner for oppfølging, behand-

ling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser ved samtlige DPS innen utløpet av 2008. Gjennom statsbudsjettet for 2005 og bestillerdokumentet er de regionale helseforetakene også pålagt å sørge for at samtlige DPS-områder har etablert et fast strukturert samarbeid med kommunene, som blant annet inkluderer forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for utarbeiding av individuell plan m.m.

Tiltak

Alle DPS-områder skal være dekket av ambulante funksjoner for oppfølging, behandling og rehabilitering av personer med en langvarig og alvorlig psykisk lidelse.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider faglige anbefalinger for etableringen av ambulante funksjoner for oppfølging av personer med en langvarig og alvorlig psykisk lidelse, med utgangspunkt i erfaringene med slike team nasjonalt og internasjonalt. Anbefalingene vil omfatte teamenes oppgaver, organisering og innhold.

Mindre bruk av politi

Helsetjenesten, dvs. kommunene og helseforetakene, har ansvaret for å yte øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp til personer med psykiske lidelser. Personer som politiet er i befatning med og som antas å ha behov for bistand og hjelp fra det psykiske helsevernet, skal så snart som mulig bli vurdert av helsetjenesten for videre oppfølging. Utover dette har politiet etter psykisk helsevernloven og politilovens bestemmelser plikt til å bistå helsevesenet under gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.

Tilbakemeldinger fra politi og brukere tyder på at politiet i dag håndterer et større antall personer med psykiske lidelser enn det som er både ønskelig og nødvendig. Problemene synes å være knyttet både til politiets håndtering av personer med psykiske lidelser som sådan, og til at politiet i for mange tilfeller opptrer alene ovenfor personer med psykiske lidelser. En slik praksis er i strid med lovverket, jfr. ovenfor, ettersom politiet som hovedregel kun skal bistå helsepersonell ved behov, og dermed ikke inneha hovedansvaret ved avhenting og transport av psykisk syke personer.

Mange brukere og pårørende har vært opptatt av at bruk av politi ved innleggelser oppleves som skremmende og truende i tillegg til at det har en stigmatiserende effekt i forhold til nærmiljøet. Når personer med psykiske lidelser blir hentet av politiet hjemme kan det gi omgivelsene et inntrykk av at vedkommende er farlig, og slik bidra til å forsterke isoleringen og den sosiale eksklusjonen som personer med psykiske lidelser ofte opplever.

Ved å etablere en akutt- og kriseberedskap ved DPS'ene, for eksempel i form av egne akutteam som kan rykke ut, vil det psykiske helsevernet selv bli i stand til å håndtere mange av de utrykningene og transportene som politiet i dag utfører. Dette vil gi pasientene den helsefaglige oppfølgingen den trenger og har krav på, og samtidig frigjøre viktige politiressurser til annet arbeid. En slik akutt- og kriseberedskap vil også gjøre det mulig for politiet å få en rask vurdering av det psykiatriske behandlingsbehovet hos de personene som de er i befatning med.

I en del situasjoner vil imidlertid det psykiske helsevernet være avhengig av bistand fra politiet, av hensyn til egen og pasientens sikkerhet. I en del land (bl.a. England og USA) har man valgt å etablere en liaisonvirksomhet mellom politiet og det psykiske helsevernet. Dette innebærer at politibetjenter med særlig trening i å håndtere personer med psykiske lidelser bistår helsetjenesten ved avhenting. Dette gir økt trygghet både for pasientene og for helsearbeiderne, og kan bidra til å forhindre unødig maktbruk.

Tiltak

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider i samarbeid med Politidirektoratet et rundskriv til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som gir retningslinjer for samarbeid med og bistand fra politiet i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.

Ordninger med liaisonvirksomhet prøves ut mellom politi og psykiatriske akuttjenester i de største byene.

Kvalitetssikring ved etablering av tvungent psykisk helsevern

De store variasjonene i andel tvangsinnleggelser mellom sykehus og fylker, jfr. kapittel 2.1.1, kan tyde på at det eksisterer forskjeller i pasientbehandlingen innenfor det psykiske helsevernet som ikke er faglig begrunnet eller som kan tilskrives tilfeldige variasjoner i pasientsammensetningen. Slike forskjeller er ikke særegne for Norge men er påvist i flere andre land. Forskjellene kan henge sammen med ulik



organisering av tjenestene eller ulik tilgjengelighet til ressurser eller tjenester. Forskjellene kan imidlertid også skyldes ulik praktisering av lovverket. For å sikre lik praksis og forhindre unødig bruk av tvangsinnleggelse er det derfor behov for å tydeliggjøre hvordan loven skal forstås og praktiseres.

Mange personer med psykiske lidelser har den daglige omsorgen for barn. I forbindelse med en innleggelse til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, eller ved avhenting hjemme til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, må politi og helsepersonell være bevisst på dette. Ved avhenting hjemme må helsepersonell og politi opptre på en måte som ivaretar barna på en god måte. Samtidig må det psykiske helsevernet sørge for å vurdere barnas omsorgssituasjon og hjelpebehov slik at ansvarlige tjenester kan trekkes inn så tidlig som mulig. Det vises i den forbindelse til tiltak 41 i strategiplanen for barn og unges psykiske helse, hvor Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utarbeide veiledende retningslinjer for hjelp til barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelmissbruk.

Tiltak

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en veileder for etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern som omfatter både juridiske og faglige spørsmål.

Økt brukerinvolvering

For å redusere behovet for å benytte press og tvang for å få personer med psykiske lidelser til å godta behandling, anbefaler Szmukler & Appelbaum (2001) å øke brukernes involvering i planleggingen av sin egen behandling. En måte å gjøre dette på er for eksempel å sørge for at brukere som har/har krav på å få utarbeidet en individuell plan, også har en «kriseplan» som inngår i denne. På denne måten kan den enkelte bruker få mulighet til å uttrykke hvordan han eller hun ønsker å bli møtt og behandlet ved en akutt krise. En slik «kriseplan» kan være et hjelpemiddel for å endre måten en krisesituasjon vanligvis håndteres på, og slik bidra til et bedre samarbeid mellom tjenester og pasient når en akutt krisesituasjon oppstår.

Både brukeren selv og de som skal yte hjelp vil ved hjelp av en slik plan kunne være bedre forberedt på å håndtere en akutt krise uten bruk av tvang. Brukeren selv (eventuelt pårørende) og psykisk helsearbeiderne i kommunen bør ha en kopi av kriseplanen, i tillegg til det lokale DPS'et og eventuelt nærmeste akuttavdeling. Planen kan inneholde nyttig informasjon om tegn på tilbakefall som gir behov for innleggelse, hvilke personer som ønskes kontaktet, pasientens behandlingsplan og behandlingsønsker ved kriser. En slik plan kan utformes av pasienten alene eller i samarbeid med psykisk helsearbeidere i kommunen og det nærmeste DPS'et. I den grad helsetjenesten deltar i utarbeidelsen vil planen ta form som en felles kriseplan.

En slik kriseplan vil ha status som uformelt dokument og er i utgangspunktet ikke juridisk bindende. Slike kriseplaner har vært prøvd ut i Storbritannia, og både brukere og helsepersonell har gitt tilbakemeldinger om at kriseplanene oppleves som nyttige (Szmukler & Appelbaum 2001).

Tiltak

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en mal for kriseplaner som kan inngå som en del av en individuell plan.

Det bør gjennomføres systematiske forsøk med bruk av kriseplaner.

4.3.2 Tiltak for økt frivillighet i behandlingen

Økt vektlegging av brukernes kompetanse i utformingen av behandlingen

Brukerperspektivet står sentralt i Opptappingsplanen for psykisk helse. Dette perspektivet bygger på prinsippet om at pasienten eller brukeren er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys. Dette er det førende prinsippet i lov om pasientrettigheter.

Når brukeren/pasienten skal være utgangspunktet for de tjenestene som tilbys, vil det ha konsekvenser for hvordan tjenestene er utformet både med hensyn til struktur og innhold:

- På individnivå innebærer det at den enkeltes rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål, skal vektlegges.
- På systemnivå innebærer brukerperspektivet at pasienten/brukeren skal tas med i en løpende vurdering og kvalitetssikring av tjenestene.

En forutsetning for å øke frivilligheten både ved innleggelse og i behandlingen, er at pasientene vurderes som samtykkekompetente. Både pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven overlater til helsepersonellet å vurdere om en pasient besitter nødvendig samtykkekompetanse ved innleggelse eller ikke. Vurderingen vil da være basert på skjønn og kan derfor gjenspeile forskjeller i kultur og holdninger ved de enkelte sykehusene. Flere samfunnsforskere mener det eksisterer en «diagnostisk kultur» innenfor det psykiske helsevernet, som blant annet innebærer at pasientenes kredibilitet trekkes i tvil ved at protester tilskrives mangel på sykdomsinnsikt og lignende (Norvoll 2002). En slik holdning kan medføre at tjenestene undervurderer pasientens evne til å gjøre fornuftige vurderinger i forhold til eget liv og valg av behandling, og at de ikke får tilstrekkelig med informasjon.

Undersøkelser har vist at selv personer med maniske tilstander eller psykoser kan motta informasjon og gjøre adekvate og realistiske vurderinger tross noen virkelighetsbrister (Norvoll 2002). Forskning utført av The MacArthur Research

Network i USA har også vist dette. Her har man også utarbeidet et eget scoringsinstrument til bruk i klinisk praksis (The MacArthur Competence Assessment Tool – Treatment).

Informasjon om egen helsetilstand og om innholdet i og konsekvensene av behandlingen er en forutsetning for at pasienten, i den grad han/hun evner, skal ha mulighet til å kunne forstå rasjonalet bak et vedtak, og dermed ha anledning til å utøve innflytelse på videre behandlingsvedtak og forløp. Dette er også en forutsetning for at pasienten skal kunne treffe et informert samtykke i henhold til pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven tilkjenner også pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon, og til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. Ved frivillig psykisk helsevern, og dersom pasienten er over 16 år, må pasienten samtykke til dette. Ved etablering av tvungent psykisk helsevern har imidlertid både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon. Det er rimelig å anta at god informasjon om helsehjelpen til pasient og/eller pårørende vil kunne redusere den opplevde tvangen hos pasienten, og motvirke negative effekter av tvang, og også bidra til økt frivillighet ved innleggelse og i behandlingen.

På systemnivå må brukernes kompetanse sikres gjennom en systematisk innhenting av brukererfaringer. Brukererfaringer bør legges til grunn for institusjonenes kvalitetsforbedringsarbeid, sammen med øvrige pasientdata. Som en del av et slikt datagrunnlag bør det sørges for å kartlegge pasientenes opplevelse av tvang, både innenfor det psykiske helsevernet for voksne og barn og unge. Det finnes en del erfaringer med slike kartlegginger i det psykiske helsevernet for voksne, eksempelvis fra Gjennombruddsprosjektet (Mathisen & Føyn 2002) og fra en egen nordisk studie (Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002).

Tiltak

Det bør gjøres systematiske forsøk med et verktøy for kartlegging og scoring av pasientenes samtykkekompetanse som grunnlag for en bredere implementering i det psykiske helsevernet.

Institusjoner som er godkjent for bruk av tvang bør ha etablert rutiner som sikrer at pasienten gis nødvendig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, før det fattes et tvangsvedtak, jfr. pasientrettighetsloven § 3–2. Det bør i hvert enkelt tilfelle være dokumentert i journal hvilken informasjon som er gitt pasienten i forkant av et tvangsvedtak.

Det bør gjøres systematiske forsøk med et verktøy som måler den enkelte pasients opplevelse av bruk av tvang på ulike stadier i innleggelses-/behandlingsforløpet. Forsøket skal omfatte både det psykiske helsevernet for voksne og barn og ungdom.

Institusjoner godkjent for bruk av tvang bør sørge for systematisk innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende, eksempelvis gjennom etablering av egne fora ved den enkelte institusjon og/eller innenfor helseforetaket, hvor brukere, pårørende, helsepersonell og ansvarlige ledere kan møtes for å diskutere bruken av tvang.

Kvalitetssikring av behandlingen ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern

Det er av avgjørende betydning for kvaliteten på det behandlingstilbudet som gis at institusjonen har etablert visse systemer, rutiner og normer for pasientbehandlingen fra inntak til utskrivning. Dette er ekstra viktig ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, og ved bruk av tvang i behandlingen, for å sikre at pasientens rettigheter, integritet og autonomi blir ivaretatt.

Systematisk evaluering av egen virksomhet er en annen viktig forutsetning for å sikre kvaliteten på det behandlingstilbudet som gis, jfr. helsetjenestens lovfestede plikt til å føre internkontroll. Bruk av tvang innebærer et alvorlig inngrep i pasientens liv, og konsekvensene av en eventuell svikt i behandlingen kan derfor være alvorlig. Helsetilsynets tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer (Rapport 4/2004) viser imidlertid at det innenfor det psykiske helsevernet er lite tradisjon for å samle, systematisere og bruke erfaringer og tilgjengelig kunnskap for å evaluere og forbedre egen praksis. Den mangelfulle rapporteringen av pasientdata til Norsk Pasientregister understøtter dette inntrykket, jfr. kapittel 2.

I perioden 2000–2001 ble «Gjennombruddsprosjektet» i regi av Den norske lægeforening anvendt ved en rekke psykiatriske sykehusavdelinger for å redusere bruken av tvang. I prosjektperioden ble det arbeidet målrettet og systematisk for å redusere bruken av tvang, og flere steder oppnådde man svært gode resultater (Mathisen & Føyn 2002)

Skjerming er ikke definert som et tvangsmiddel i psykisk helsevernloven, men kan benyttes dersom det er nødvendig av behandlingmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, jfr. kapittel 2.5. De siste årene synes det å ha skjedd en kraftig økning i bruken av skjerming innenfor det psykiske helsevernet, jfr. kapittel 2.5. Samtidig tyder tilbakemeldinger fra tjenestene på at det eksisterer uklarheter rundt hva skjerming egentlig består i, når dette kan benyttes og overfor hvilke pasienter.

Problemstillingen er omtalt i Ot.prp 65 (2005 – 2006) Om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v., der det foreslås å endre lovteksten for å motvirke ovennevnte uklarheter. Det vurderes også å regulere skjerming i en egen forskrift.

Innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom er det ikke tillatt å benytte mekaniske tvangsmidler og isolering overfor barn og unge under 16 år. Fra deler av fagmiljøene har det vært ytret et ønske om å lovregulere en adgang til å benytte mekaniske tvangsmidler. Det har også blitt fremmet argumenter for å lovregulere holding. Sosial- og helsedirektoratet har gjennom kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge rundt om i landet ikke funnet en entydig holdning blant de ulike institusjonene når det gjelder forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge under 16 år, samt holding som skadeavvergende tiltak. Spørsmålet om hvorvidt det skal åpnes for adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge under 16 år vil bli vurdert i forbindelse med revisjonen av psykisk helsevernloven.

Tiltak

Alle institusjoner godkjent for bruk av tvang bør ha utarbeidet skriftlige rutiner for bruk av mekaniske tvangsmidler. Det vil bli vurdert om det skal stilles krav til slike rutiner i lov- og forskriftsverk.

Alle institusjoner godkjent for bruk av tvang bør ha utarbeidet skriftlige rutiner for bruk av tvangsmedisinering. Det vil bli vurdert om det skal stilles krav til slike rutiner i lov- og forskriftsverk.

Alle kliniske enheter innenfor psykisk helsevern bør ha et gjennomtenkt forhold til gjennomføringen av medikamentell behandling og ha utarbeidet rutiner/prosedyrer som reflekterer dette. Blant annet for å unngå at pasienter føler seg presset/overtalt til å godta medikamentell behandling som de i utgangspunktet ikke ønsker.

Sosial- og helsedirektoratet foretar en erfaringsinnhenting fra psykisk helsevern når det gjelder praktiseringen av skjerming, som grunnlag for en presisering av intensjonen og formålet med skjerming.

Økt kompetanse hos ansatte i psykisk helsevern

I en gjennomgang av litteraturen på mekaniske tvangsmidler og isolasjon fra USA, konkluderes det med at lokale ikke-kliniske faktorer som kulturelle fordommer, personalets rolleoppfatning og holdninger hos sykehusadministrasjonen, har større innvirkning på omfanget av bruken av disse tvangsmidlene enn demografiske og kliniske faktorer. Forskning har også påvist kjønns- og utdanningsforskjeller når det gjelder personalets holdninger til bruk av tvangsmidler, jfr. kapittel 2.3.4. Samtidig synes opplæring og trening i vurdering og forebygging av vold, og opplæring i selvforsvar og bruk av tvangsmidler å ha stor verdi i forhold til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler og isolering, og effekten av dette (Fisher 1994).

Den faglige ledelsen vil ha avgjørende innflytelse på hvordan pasientbehandlingen legges opp og drives ved den enkelte enhet. Det er derfor viktig at de som besitter lederstillinger ved institusjoner godkjent for bruk av tvang, og som vil være faglig ansvarlige for tvangsvedtak, har nødvendig skolering i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven, og er kjent med sentrale problemstillinger knyttet til bruk av tvang som for eksempel forskjellen på formell og opplevd tvang og de mulige skadeeffektene av tvang. De bør også være kjent med de etiske dilemmaene som er forbundet med å bruke tvang i behandlingen. Menneskerettighetstenkningen og innholdet i brukerperspektivet bør utgjøre et sentralt element både i spesialistutdanningene og i utdanningen av helsepersonell generelt.

Tiltak

For å bevisstgjøre ansatte når det gjelder bruk av tvang, skal det vurderes å etablere egne opplæringsprogrammer/kurs for personell som arbeider innen tvungent psykisk helsevern. Slike programmer/kurs bør utarbeides i regi av sentrale helsemyndigheter og bygge på dokumenterte og kunnskapsbaserte metoder.

Innholdet i spesialistutdanningene bør gjennomgås og vurderes for å sikre at det gis tilstrekkelig opplæring når det gjelder problemstillinger og etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang, samt innholdet i psykiske helsevernloven og pasientrettighetsloven.

4.3.3 Tiltak for å øke kunnskapsgrunnlaget

Vi vet i dag lite om hvilken effekt henholdsvis tvungen innleggelse eller bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har på utfallet av behandlingen. Eksisterende forskning er for eksempel ikke entydig i sine konklusjoner rundt den kliniske effekten av bruk av tvang, jfr. kapittel 2.7. Vi har derfor også lite kunnskap om hvorvidt bruk av tvang ovenfor enkelte pasienter, for eksempel pasienter som har vært utsatt for fysiske eller psykiske overgrep eller pasienter som er traumatiserte av andre årsaker, vil kunne være direkte skadelig. Vi har heller ingen systematisk kunnskap om hvordan ulike tvangsmidler eller måten de brukes på eventuelt virker på pasienten, verken på kortere eller lengre sikt.

Gjennombruddsprosjektet i regi av Den norske lægeforening viste hvordan man ved hjelp av enkle virkemidler kunne redusere bruken av tvang ved den enkelte avdeling. Når det gjelder omfanget av tvangsinnleggelse vil utformingen og organiseringen av akuttjenestene være av avgjørende betydning, jfr. kapittel 4.2.1. Sintef Helse har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet etablert et nettverk for forskning og evaluering av akuttpsykiatriske tilbud, som skal fremskaffe kunnskap om hvordan ulike typer akuttpsykiatriske tilbud fungerer og

hvilken effekt de har. Dette skal danne grunnlag for en systematisk forbedring av akuttjenestene. Innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom har det de siste årene vært etablert flere prosjekter for å redusere behovet for bruk av tvang både ved innleggelse og i behandlingen.

Det er behov for en systematisk innhenting av erfaring og kunnskap vedrørende alternative handlingsmåter når det gjelder fysisk utagering og uro i avdelinger, både innenfor det psykiske helsevernet for voksne og for barn og ungdom. Det er også behov for å fremskaffe en oversikt over internasjonal litteratur på dette feltet.

Tiltak

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en plan for å øke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder de ulike sidene ved bruk av tvang som omfatter både voksne og barn og unge. Planen skal stimulere til forskning omkring:

- Den kliniske effekten av bruk av tvang, tvangsmidler og skjerming, og tiltak for å forhindre eller redusere skadelige virkninger;
- Pasientenes opplevelse av tvang generelt og av de ulike tvangsmidlene,
- Årsaker til variasjonene i bruk av tvang mellom institusjoner/helseforetak
- Juridiske problemstillinger.

Sosial- og helsedirektoratet foretar en systematisering av kunnskap og erfaringer når det gjelder handlingsalternativer til tvang, både i Norge og internasjonalt.

For å innhente mer kunnskap om bruken av tvang ved institusjonene innenfor det psykiske helsevernet bør det etableres et system for registrering av pasientinformasjon som gjør det mulig å følge en pasient fra henvisning til utskrivning innenfor ett helseforetak.

4.3.4 Ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet

Rettsikkerhet innebærer en størst mulig grad av sikkerhet for at riktige avgjørelser blir truffet av forvaltningen på riktig måte og til riktig tidspunkt, samt at retten til å få avgjørelsene overprøvet av et annet organ reelt foreligger. Det er norsk lovgivning og regelverk samt internasjonale forpliktelser som setter rammen for dette (Jagmann 2002). Klare og etterprøvbare regler med begrenset mulighet for skjønnsutøvelse vil som regel være et godt utgangspunkt for riktige forvaltningsavgjørelser (Jagmann 2002).

Kontrollkommisjonene utgjør i dag den viktigste rettsikkerhetsgarantien for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en evaluering av kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet. Det vises til rapporten IS-1338. Evalueringen hadde fokus på hvordan kontrollkommisjonene utøver sin virksomhet og i hvilken grad oppgaven utføres i henhold til intensjoner og

krav i gjeldende regelverk. Rapporten viser at kontrollkommisjonene i hovedsak synes å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. På enkelte områder er det imidlertid rom for forbedringer, og aktuelle tiltak som kan bidra til at kontrollkommisjonene samlet får en mer ensartet forståelse av regelverk og lik praksis, omtales i rapportens kap. 7.2. Blant annet anbefales følgende:

- å utarbeide retningslinjer for kontrollkommisjonenes saksbehandling
- å utarbeide standardiserte maler for vedtak
- å videreutvikle systemet for kontrollkommisjonenes årsrapportering

Sosial- og helsedirektoratet har startet arbeidet med å følge opp de ulike tiltakspunktene som rapporten anbefaler.

Skjerming er ikke regulert som et tvangsmiddel, men det stilles krav til at det skal fattes vedtak ved skjerming over 48 timer. Pasientene kan klage vedtaket inn for kontrollkommisjonen. Loven regulerer ikke skjerming under 48 timer. Det er derfor ikke stilt krav om egne vedtak eller at dette skal nedtegnes. Pasientene har følgelig ikke klagerettigheter ved skjerming under 48 timer. I forbindelse med den pågående revisjonen av psykisk helsevernloven, er det foreslått å differensiere vedtaksfristen etter hvor inngripende vedtaket er. Fristen foreslås kortet ned til henholdsvis 12 og 24 timer. Det foreslås også at fristen for å treffe nytt vedtak senkes fra tre til to uker, jf. Ot.prp. nr. 65 (2005-2006).

4.3.5 Tiltak for å bedre dokumentasjonen av tvangsbruk

Bruk av tvang i behandlingen representerer et alvorlig inngrep i forhold til den enkelte pasient. Nettopp derfor er ett av hovedmålene i denne tiltaksplanen å sørge for at omfanget av tvangsbruk i det psykiske helsevernet gjøres synlig. En slik synliggjøring antas også å være viktig for å stimulere til en reduksjon i bruken av tvang både ved innleggelse og i behandlingen.

Som det går frem av gjennomgangen i kapittel 2 og 3 mangler vi per i dag tilstrekkelig med data om bruken av tvang innenfor det psykiske helsevernet. Hovedårsaken til dette er mangelfull og/eller manglende registrering og rapportering til Norsk Pasientregister (NPR) gjennom Minste Basis Datasett. Dette gjør det vanskelig å overvåke utviklingen når det gjelder bruk av tvang. Mangelen på pålitelige data gjør det også vanskelig for de regionale helseforetakene å følge opp styringssignaler fra den sentrale helseforvaltningen, for eksempel når det gjelder reduksjon av tvangsbruk.

Komplett registrering og rapportering av pasientdata i Minste Basis Datasett (MBDS) er en forutsetning for å kunne overvåke utviklingen når det gjelder bruk av tvang i det psykiske helsevernet. I 2004 utarbeidet Sintef Helse en erfarings-

oppsummering når det gjelder bruken av MBDS som trekker frem en del forklaringer/årsaker til den mangelfulle rapporteringen. De viktigste var:

- Usikkerhet på institusjonene om hva som skal registreres og hvordan.
- Manglende registrering av tvang.
- Manglende komplett i innrapportering av pasientdata ved at ikke alle pasientbehandlinger innrapporteres til NPR.
- Leverandørtekniske forhold i form av systemspesifikke feil og mangler (som for eksempel defaultverdier og duplisering av datafelt).
- Mangel på elektroniske pasientadministrative systemer ved enkelte institusjoner gjør det umulig å følge pasienter mellom disse enhetene og andre avdelinger ved institusjonen/helseforetaket.
- Bruk av ulike elektroniske pasientadministrative systemer innenfor samme helseforetak gjør det umulig å følge pasienter mellom institusjoner innenfor samme helseforetak.
- Tap av informasjon gjennom tilrettelegging av filgrunnlag hos Norsk Pasientregister (NPR).

Per i dag er det særlig problematisk at det mangler pålitelige data over tid når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern med/uten døgnopphold. Innføringen av tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon som en nasjonal kvalitetsindikator har ikke avhjulpet dette problemet, også på grunn av mangelfull/manglende rapportering. Når det gjelder bruk av tvangsmidler er det innhentet egne data fra institusjonene i 2001 og 2003 gjennom evalueringen av Opptrappingsplanen som gjennomføres i regi av Norges Forskningsråd, jfr. kapittel 2.3. Disse dataene kan benyttes som utgangspunkt (baseline) for en overvåking av tvangsmiddelbruken innenfor psykisk helsevern for voksne i perioden 2001–2008. Behovet og muligheten for å kreve etterrapportering fra institusjonene når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern med/uten døgnopphold må imidlertid vurderes.

For å muliggjøre en overvåking av utviklingen i tvangsbruken i det psykiske helsevernet generelt, er det nødvendig å se på hvordan det kan sikres en komplett registrering og rapportering av pasientdata i MBDS for alle enheter innenfor det psykiske helsevernet. Behovet for å gjøre endringer i datasettet, også med henblikk på økt brukervennlighet, må vurderes. Det bør i tillegg arbeides med å utvikle flere kvalitetsindikatorer som registrerer tvangsbruk.

I det psykiske helsevernet for barn og ungdom er de statistiske opplysningene om tvangsbruk særlig mangelfulle. Det er derfor behov for å etablere et system for bedre rapportering og dokumentasjon av tvangsbruken innenfor denne delen av psykisk helsevern. Systemet må skille klart mellom henvisningsformalitet og vedtak, slik at lovhjemmelen for innleggelsen registreres både for henvisningsformalitet og vedtak. Systemet må i tillegg registrere tvangsbehandling, bruk av tvangsmidler og skjerming.

For å synliggjøre omfanget av tvangsbruk ved enkeltinstitusjoner og innenfor de enkelte helseforetakene vil behovet for å publisere data om tvang i en egen publikasjon, eventuelt som en egen del av Samdata psykiatri.

En rekke av tiltakene i tiltaksplanen er kvalitetsforbedrende tiltak som det er vanskelig og/eller uhensiktsmessig å foreta kvantitative kartlegginger av. Det bør derfor gjennomføres et landsomfattende tilsyn i 2009 i regi av Statens Helsetilsyn, for å kartlegge gjennomføringen av disse tiltakene.

Tiltak

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en handlingsplan for å sikre komplett registrering og rapportering i Minste Basis Datasett fra samtlige institusjoner innenfor det psykiske helsevernet.

Sosial- og helsedirektoratet vurderer om det er mulig og ønskelig å kreve etterrapportering på en del sentrale variabler fra institusjoner godkjent for bruk av tvang.

Registreringen av tvangsbruk i BUP-data bør gjennomgås for å sikre nødvendig dokumentasjon av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom.

Sosial- og helsedirektoratet vurderer å utvikle flere nasjonale kvalitetsindikatorer i forhold til bruk av tvang.

Sosial- og helsedirektoratet iverksetter tiltak for å synliggjøre omfanget av tvangsbruk i det psykiske helsevernet både for enkeltinstitusjoner, helseforetak og på nasjonalt nivå.

Referanser

Bjørngaard, Johan Håkon & Hatling, Trond (2005): Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001–2003, Rapport STF78 A055001, Sintef Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Fisher, William A. (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature, *American Journal of Psychiatry* 151:11, November 1994.

Hagen, Helge & Ruud, Thorleif (2005): Pasienter i psykisk helsevern for voksne, 20. november 2003, rapport 3/04, Sintef Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Hagen, Helge (red) (2003): Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år, rapport 3/03, Sintef Unimed Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Hatling, Trond (2002): Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I Norvoll, Reidun (red.), *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Hatling, Trond, Ådnanes, Marian & Bjørngaard, Johan Håkon (2002): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, Rapport STF78 A025017, Sintef Unimed Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Høyer, Georg (2002) – Rettspsykiatrien i de nordiske land. I Høyer, Georg og Dalgård, Odd Steffen, *Lærebok i rettspsykiatri*, Gyldendal Akademisk Forlag.

Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse (2002): «Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system», *International Journal of Law and Psychiatry* 25 (2002) 93–108.

Jagmann, Berit (2002): Kontrollkommissjonene som rettssikkerhetsgaranti. En vurdering av kontrollkommissjonene som rettssikkerhetsgaranti for pasienter med psykiske lidelser som er underlagt tvang etter lov om psykisk helsevern og en gjennomgang av vedtakene i to kontrollkommissjoner i 2001. Spesialoppgave – Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo, våren 2002.

Marshall M., Lockwood (2004): Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Sist oppdatert 1998.

Mathisen, J.R & Føyn, P.A (2002): Rapport fra Gjennombruddsprosjekt psykiatri. Oslo: Den norske lægeforening.

Monahan, John, Lidz, Charles W., Hoge, Steven K., Mulvey, Edward P., Eisenberg, Marlene M., Roth, Loren H., Gardner, William P. & Bennett, Nancy (1999): Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur

Studies. I Morrissey, Joseph P. & Monahan, John, *Coercion in Mental Health Services – International Perspectives*, Research in Community and Mental Health, Volume 10 1999, JAI Press Inc., Stamford, Connecticut.

Mørch, Willy-Tore, Snoek, Jannike E. & Syse, Aslak (1998): Frivillighet og tvang i behandlingen av barn og ungdom, Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Nicholson, Robert (1999): The Effects of Coerced Psychiatric Hospitalization and Treatment. I Morrissey, Joseph P. & Monahan, John, *Coercion in Mental Health Services – International Perspectives*, Research in Community and Mental Health, Volume 10 1999, JAI Press Inc., Stamford, Connecticut.

Pedersen, Per Bernhard, Hatling, Trond & Bjørngaard, Johan Håkon (2004 a): Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002. Rapport STF78 A045003, Sintef Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Pedersen, Per Bernhard, Hatling, Trond & Bjørngaard, Johan Håkon (2004 b): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003, Rapport STF78 A045029, Sintef Helsetjenesteforskning, Trondheim.

Kaltiala-Heino, Riittakertu, Laippala, Pekka & Salokangas, K.R. (1997): Impact of Coercion on Treatment Outcome, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 20, no 3, side 311–322.

Rapport fra Helsetilsynet 4/2006: Bruk av tvang i psykisk helsevern.

Rapport IS-1338 fra Sosial- og helsedirektoratet: Evaluering av kontrollkommissjonene i psykisk helsevern.

Rapport IS-1358 fra Sosial- og helsedirektoratet: «Du er kommet til rett sted...» Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre.

Sailas, E. & Fenton, M. (2003): Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). I *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003, Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Syse, Aslak (1999): Coercion in Psychiatry: An Analytical Overview. I Morrissey, Joseph P. & Monahan, John, *Coercion in Mental Health Services – International Perspectives*, Research in Community and Mental Health, Volume 10 1999, JAI Press Inc., Stamford, Connecticut.

Szmukler, G. & Appelbaum, P. (2001): Treatment pressures, coercion and compulsion. I Thornicroft, Graham & Szmukler, George (2001), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford.

Westrin, C.G & Nilstun, T (2000): «Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000:101:47–50.

Vedlegg

Tiltaksoversikt

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Ansvarlig for gjennomføring	Samarbeidsparter	Fremdriftsplan
Økt frivillighet ved innleggelse	Økt tilgjengelighet i akutte situasjoner	Etablere tjenester og systemer i psykisk helsevern for å yte nødvendig bistand til pasienter, pårørende og 1. linje i akutte situasjoner.	Regionale helseforetak	Sosial- og helsedirektoratet, brukerorganisasjoner	Løpende
		Utarbeide faglige anbefalinger for funksjonsdelingen mellom sykehus og DPS	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	I slutfasen
		Utarbeide faglige anbefalinger for etablering av ambulante akutteam for voksne.	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	Ferdigstilt april 2006
		Evaluere og systematisere nasjonale og internasjonale erfaringer med ambulante team for ungdom	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	
	Systematisk oppfølging av personer med langvarig og sammensatt psykisk lidelse	Etablere ambulante funksjoner for oppfølging og behandling av personer med langvarig og sammensatt psykisk lidelse	Regionale helseforetak	Sosial- og helsedirektoratet, brukerorganisasjoner	Løpende
		Utarbeide faglige anbefalinger for etableringen av ambulante funksjoner for personer med langvarig og sammensatt psykisk lidelse	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	Oppstart 2006
	Mindre bruk av politi	Utarbeide rundskriv med retningslinjer for samarbeid med og bistand fra politiet ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern	Sosial- og helsedirektoratet	Politidirektoratet	Utgis 2006
		Prøve ut ordninger med liasionvirksomhet mellom politi og psykiatriske akutteam i de største byene	Sosial- og helsedirektoratet	Politidirektoratet	Rundskriv gir anbefalinger
	Kvalitets-sikring av innleggelses-situasjonen	Utarbeide veileder for etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern	Sosial- og helsedirektoratet		
	Økt bruker-involvering	Utarbeide mal for kriseplaner	Sosial- og helsedirektoratet	Brukerorganisasjoner, yrkesorganisasjoner	
	Gjennomføre systematiske forsøk med bruk av kriseplaner	Sosial- og helsedirektoratet	Oppdragsforskning		
Økt frivillighet i behandlingen	Økt vektlegging av brukernes kompetanse	Gjennomføre systematiske forsøk med verktøy for kartlegging og scoring av samtykkekompetanse	Sosial- og helsedirektoratet	Oppdragsforskning	
		Etablere rutiner for å sikre pasientene nødvendig informasjon om helsehjelpen	Regionale helseforetak		

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Ansvarlig for gjennomføring	Samarbeidsparter	Fremdriftsplan
		Gjennomføre forsøk med verktøy for å måle pasientenes opplevelse av bruk av tvang	Sosial- og helsedirektoratet	Oppdragsforskning	
		Sørge for systematisk innhenting av brukererfaringer ved institusjoner godkjent for bruk av tvang	Regionale helseforetak	Brukerorganisasjoner	
	Kvalitetssikring av behandlingen	Utarbeide skriftlige rutiner for bruk av mekaniske tvangsmidler.	Regionale helseforetak	Brukerorganisasjoner	
		Utarbeide skriftlige rutiner for bruk av tvangsmedisinering.	Regionale helseforetak	Brukerorganisasjoner	
		Sørge for at alle enheter i psykisk helsevern har et gjennomtenkt forhold til gjennomføringen av medikamentell behandling.	Regionale helseforetak	Brukerorganisasjoner, yrkesorganisasjoner	
		Foreta en erfaringsinnhenting fra psykisk helsevern når det gjelder praktiseringen av skjerming. Vurdere en presisering av intensjon og formål.	Sosial- og helsedirektoratet	Fagmiljøer	Ferdigstilt
	Økt kompetanse hos ansatte	Vurdere å etablere opplæringsprogram/kurs for ansatte	Sosial- og helsedirektoratet	Tjenestene, kompetansemiljøer, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	
		Gjennomgå innholdet i spesialistutdanningene	Sosial- og helsedirektoratet	Tjenestene, kompetansemiljøer, yrkesorganisasjoner, brukerorganisasjoner	
Økt kunnskap om tvang	Økt kunnskapsgrunnlag	Utarbeide en plan for å øke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder bruk av tvang	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, Sintef Helse/NPR	Arbeidet igangsatt 2005
		Systematisere kunnskap og erfaringer når det gjelder handlingsalternativer til tvang	Sosial- og helsedirektoratet		Arbeidet igangsatt 2005
		Gjøre forsøk på å etablere system for registrering av pasientinformasjon som gjør det mulig å følge pasientforløp innenfor det psykiske helsevernet	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, Sintef Helse/NPR	Viser til lovforslag som vil muliggjøre personidentifiserbart NPR
Bedre dokumentasjon av tvangsbruk	Dokumentasjon av tvangsbruk	Utarbeide handlingsplan for å sikre komplett registrering/rapportering i MBDS	Sosial- og helsedirektoratet	Regionale helseforetak, Sintef Helse/NPR	Ferdigstilles desember 2006
		Vurdere å kreve etterrapportering på tvangsbruk	Sosial- og helsedirektoratet	Fagmiljøer, Regionale helseforetak, Sintef Helse/NPR	
		Gjennomgå registrering av tvangsbruk i BUP-data	Sosial- og helsedirektoratet		
		Vurdere å utvikle flere kvalitetsindikatorer på tvangsbruk	Sosial- og helsedirektoratet		
		Vurdere tiltak for å synliggjøre tvangsbruk	Sosial- og helsedirektoratet		