Frivillighet før tvang

Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelser til psykisk helsevern

RÅDET FOR PSYKISK HELSE

Forord

I 2007 i Norge var hver tredje innleggelse ved institusjon godkjent for tvungen psykisk helsevern et resultat av en tvangsinnleggelse. Samme år ble det fattet rundt 7000 vedtak om tvangsinnleggelse.

Omfanget av tvang i psykisk helsevern er relativt høyt i Norge i forhold til land det er naturlig å sammenligne seg med. Det er også tankevekkende at det er store variasjoner i bruk av tvang, både mellom og innad i norske helseforetak. I 2009 fikk Rådet for psykisk helse midler av Helsedirektoratet for bruke erfaringer fra områder med sjeldnere tvangsinnleggelser mer aktivt i arbeidet for å redusere omfanget av tvungent psykisk helsevern i Norge. Denne rapporten er en del av dette arbeidet, som har fått prosjektnavnet Frivillighet før tvang.

Ifølge denne rapporten vurderer brukere og ansatte fra helseforetak, psykisk helsearbeid, fastlege og legevakt at antall tvangsinnleggelser kan reduseres ved hjelp av enkle tiltak ved tjenestestedene. God samhandling, og en vei inn i hjelp som virkelig gir et frivillig tilbud i ukene før en tvangsinnleggelse kunne blitt aktuelt, er fellesnevnere. Mange av tiltakene er verken dyre eller vanskelige å gjennomføre. Langt på vei ser dette ut til å handle om godt lederskap og et ønske om endring. Samtidig er det alvorlig dersom spørsmålet om frivillighet eller tvangsinnleggelse for et enkelt menneske avhenger av god vilje og enkeltpersoner, og at frivillighet, der det kunne vært mulig, ikke er sikret som en del av behandlingssystemet.

Rådet for psykisk helse
Oslo, juli 2010

Marianne Røiseland
generalsekretær

Frivillighet før tvang

Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelser til psykisk helsevern

Innledning 4
1: Mandat, metode og utvalg 5
2: Begrepsavklaringer 7
3: Kriterier og former for tvungent psykisk helsevern 9
4: Behandlingssystemet ved tvangsinnleggelser 11
5: Mulige tiltak for redusert tvang i behandlingskjeden 12
Legevakt 12
Fastlege 13
Kommunalt psykisk helsearbeid 14
Distriktspsykiatrisk senter (DPS) 15
Sykehusavdeling 16
Sammenhengen i behandlingssystemet 17
6: Områder med lave og høye tvangsrater 20
7: Oppsummering 22
8: Sjekkliste for reduksjon av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern 23
Vedlegg 1 og 2 - Intervjuguider 26

Sammendrag

Rapporten ”Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelser til psykisk helsevern” bygger på en intervjuundersøkelse, gjennomført av Con Moto AS på oppdrag av Rådet for psykisk helse. Arbeidet med prosjektet ”Frivillighet før tvang” i Rådet for psykisk helse er finansiert av Helsedirektoratet.

Målet med undersøkelsen har vært å finne forhold som kan bidra til å redusere tvang gjennom å kartlegge sammenhenger og mulige årsaker til tvungen innleggelsesformalitet i psykisk helsevern. Vi ønsket også å vurdere likheter og ulikheter mellom områder med høyt og lavt omfang av tvangsinnleggelser

Undersøkelsen bygger på 28 semistrukturerte kvalitative intervjuer med brukere og ansatte fra psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten. Respondenter ble rekruttert fra opptaksområdet til to helseforetak med relativt høye tvangstall og to helseforetak med relativt lave tvangstall.

Respondentene beskriver hvordan de ulike delene av tjenestesystemet på ulike måter kan bidra til økt eller redusert forekomst av tvangsinnleggelser. De foreslår en rekke konkrete tiltak og kvaliteter for at hver del av tjenestekjeden eller tjenestesystemet skal bidra til færre tvangsinnleggelser, som er gjengitt i separate underkapitler.

Noen hovedkonklusjoner

1. I de ulike delene av behandlingssystemet er det klare oppfatninger om hvilke tiltak som vil bidra til å redusere tvang. Felles for tiltaksforslagene er vekt på tidlig diagnose og tidlig behandling, samt god tilgang på frivillige tilbud med lav terskel for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Legevakt som kjenner regelverk og er trent i å håndterer akutte situasjoner, fastleger som kjenner de lokale frivillige hjelpemulighetene og kan mobilisere pasientens venner og bekjente er andre forhold. Flere steder arbeider man målrettet med implementeringen av tvangsreduserende tiltak. Det er store variasjoner i hvor godt de ulike tjenestestedene fungerer. Mange av tiltakene er enkle, har høy gjennomførbarhet, og er lite kostnadskrevende.
2. Opptaksområdene vi undersøkte ga inntrykk av store variasjoner, både innen det enkelte helseforetak og mellom helseforetakene. I disse fire helseforetakene finner vi ikke tydelige sammenfallende organisatorisk mønstre eller beskrivelser som skiller mellom helseforetak med høyt og lavt omfang av tvungen innleggelsesformalitet.
3. Nesten alle våre respondenter er samstemte om at det er mangel på helhetlig styring av det samlede behandlingssystemet. Dette gir seg uttrykk i at det kan svikte i overgangene mellom de ulike funksjonene. Stikkord på slik svikt kan være pasienter som blir skrevet ut uten at nærmeste behandlingsinstans vet om det, epikriser som ikke sendes før det har gått lang tid, fravær av individuell plan og kriseplan, fastleger som ikke deltar i ansvarsgrupper m.m. Kommune og stat ”eier” hver sine deler av behandlingssystemet, og det bidrar til at helhetlig hjelp og samordnet ledelse blir en utfordring. Respondentene fra ett av helseforetakene med lave tvangsrater forteller imidlertid om en betydelig bedre helhetlig fungering, enighet om en sosial behandlingsmodell, og ut-av-boksen-tenkning. Manglende samspill og helhet i hjelpen fremtrer som et sentralt forbedringsområde for å skape redusert behov for tvangsinnleggelser i intervjumaterialet.

Rapporten oppsummerer de viktigste informantforslagene om aktuelle tiltak i en sjekkliste i kapittel 8 for virksomheter som skal arbeide for å redusere tvang.

Innledning

I 2007 i Norge var hver tredje innleggelse ved institusjon godkjent for tvungen psykisk helsevern et resultat av tvangshenvisning. Samme år ble det fattet rundt 7000 vedtak om tvangsinnleggelse.

Omfanget av tvang i psykisk helsevern ser ut til å være relativt høyt i Norge i forhold til land det er naturlig å sammenligne seg med. Det er betydelig variasjon mellom ulike områder i Norge.

Helsemyndighetene har satt mål om at psykisk helsevern skal bruke mindre tvang. I 2006 utga daværende Sosial- og Helsedirektoratet "Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang" (IS1370) som hadde fire hovedmålsettinger:

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

Våren 2010 sendte Helsedepartementet brev til helseforetakene om "Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester" der helseforetakene blant annet blir bedt om å lage lokale tiltaksplaner for reduksjon av tvang.

Denne undersøkelsen har særlig oppmerksomheten rettet mot økt frivillighet, forhold i tjenestene som er relevant for omfang av tvangsinnleggelser, og mulige tiltak som kan fremme frivillige innleggelser fremfor tvangsinnleggelser. Vi ser på forhold som leder til tvangsinnleggelser, men ikke på hvordan tvungent psykisk helsevern gjennomføres, for eksempel tvangsmedisinering eller bruk av mekaniske tvangsmidler. Noen sentrale spørsmål i undersøkelsen har vært:

- Hva utløser tvang?
- Hvilke forhold bidrar til tvangsbruk, men kan reduseres eller unngås?
- Hvilke tiltak reduserer bruk av tvang?
- Er det vesentlige forskjeller i områder som har relativt høy og lav bruk av tvang med henblikk på ledelse, organisasjon, bedriftskultur m.m.?

Undersøkelsen har blitt gjennomført i løpet av vinteren 2010 og rapport ferdigstilt i juli samme år.

1: Mandat, metode og utvalg

Rådet for psykisk helse har bestilt undersøkelsen. Oppdraget ble gitt til konsulentselskapet Con Moto AS. Undersøkelsen er en del av Rådet for psykisk helses prosjekt Frivillighet før tvang, som er finansiert av Helsedirektoratet.

Undersøkelsen har hatt følgende mandat:

Det skal utføres en utforskende undersøkelse av hvordan ansatte i opptaksområder som har høyt og lavt omfang av tvungen innleggelsesformalitet vurderer tjenestesystemet, beslutningsprosesser og mulige innsatsområder vedrørende reduksjon i tvungent psykisk helsevern. Det legges ikke opp til litteraturgjennomgang eller validering av funn opp mot foreliggende forskning om tvang.

Undersøkelsen skal i særlig grad rette oppmerksomheten mot følgende områder:

1. Sammenhenger og mulige årsaker knyttet til tvungen innleggelsesformalitet i psykisk helsevern med sikte på å redusere tvang
2. Likheter og ulikheter i områder med ulike tvangsinnleggelsesrater.

Undersøkelsen ble avgrenset til å gjelde forhold relevant for tvungen innleggelsesformalitet, altså det som i hovedsak skjer før eventuell institusjonsbehandling begynner.

En arbeidsgruppe med Olav Nyttingnes (leder) og Olav Elvemo fra Rådet for psykisk helse og Per Gaarder og Elisabeth Dehn Jordbakke fra Con Moto AS har styrt og gjennomført undersøkelsen. I tillegg har Stine Tollefsrød fra Con Moto deltatt i noen av intervjuene og arbeidsgruppemøter og Bente Grønvold har bidratt med koordinering, utforming og layout av rapport.

I tilknytning til arbeidsgruppen har det vært etablert en aktiv referansegruppe. Denne har bestått av psykiater Jørgen Brabrand, tidligere landsleder for Mental helse Erling Jahn, psykiater Per Føyn, psykiatrisk sykepleier og leder for Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere Unn Hammervold, psykiater Ann Færden, leder for Landsforeningen for pårørende innen psykiatri Carl Fredrik Aas, psykiater Torgeir Husby, visepresident i Norsk Psykologforening Aina Holmén og rådgiver i Rådet for psykisk helse Christine Rosenqvist.

Arbeidsgruppen og referansegruppen har hatt tre felles møter underveis, der arbeidet er diskutert og referansegruppe har gitt en rekke råd og innspill. Arbeidsgruppen står ansvarlig for rapporten og det som måtte være av svakheter eller mangler i arbeidet.

Undersøkelsen har vært gjennomført som en kvalitativ intervjuundersøkelse med halvstrukturerte intervjuer. Det ble laget en intervjuguide som ble prøvd ut i en pilotundersøkelse med et utvalg på seks respondenter fra to helseforetak i Helse Sør Øst. På bakgrunn av pilotundersøkelsen ble det laget en kort rapport som ble diskutert i prosjektets referansegruppe. I diskusjonen fikk arbeidsgruppen verdifulle innspill vedrørende problemstillinger, spørsmål og øvrig metodikk, og intervjuguiden ble noe forkortet.

Vi la en strategi for utvalg av helseforetak og informanter i det enkelte foretaket for å forsøke å favne vesentlige variasjoner i det relevante feltet. Vi brukte tvangsstatistikk fra SAMDATA 2/08 og 2/09 og Helsetilsynet 4/2006 for å finne helseforetak med høyt og lavt omfang av registrert tvungen innleggelsesformalitet. Disse rapportene er ikke uten kvalitetsproblemer, og Helsetilsynets data er blitt noen år gamle, men vi valgte likevel å bruke dette som utgangspunkt. Vi så bort fra helseforetak som ikke har sykehusavdelingsansvar i sitt opptaksområde og valgte å undersøke to helseforetak med antatt høyt og to med antatt lavt omfang av tvungen innleggelsesformalitet. I utvalget tok vi noe hensyn til forhold knyttet til urbanitet, demografi m.m, blant annet slik at vi for eksempel ikke skulle sammenligne storbyforetak med høye tvangsrater med distriktsforetak med lave tvangsrater.

Fra hvert av opptaksområde eller helseforetak har vi intervjuet sju personer. I samråd med referansegruppen valgte vi følgende funksjoner som vi søkte å intervjue: Fastlege, legevakt, ansatt i kommunalt psykisk helsearbeid, distriktpsykiatrisk senter, vedtaksansvarlig i sykehusavdeling, psykisk helsevernledelse i foretaket og brukerorganisasjonstillitsvalgt. For å finne fram til aktuelle informanter med god kjennskap til den aktuelle tjenesten søkte vi råd hos instanser og mennesker som kjenner det lokale tjenestetilbudet, men som ikke selv er en del av det, for eksempel fylkesrådgivere for psykisk helse hos fylkesmannen. På denne måten forsøkte vi å unngå for mange informanter fra Rådet for psykisk helses eller Con Motos nettverk. Rådene om aktuelle informanter ble i all hovedsak fulgt. Informantene med brukerbakgrunn ble rekruttert ved å kontakte aktuell fylkeslagsledelse i Mental Helse og etterspørre tillitsvalgte eller aktive medlemmer med erfaring med tvang eller god kjennskap til forhold rundt tvungent psykisk helsevern i området.

Følgende kategorier av respondenter er representert i undersøkelsen:

Legevakt/fastlege: 6
Kommunalt psykisk helsearbeid: 4
DPS: 6
Vedtaksansvarlig for tvang i sykehusavdeling: 4
Ledelse i foretakets psykiske helsevern: 4
Brukere: 4

Til grunn for rapporten ligger intervjuer med 28 respondenter fra hovedundersøkelsen, og i tillegg har vi brukt informasjon fra seks pilotintervjuer, som også spredte seg jevnt over informantkategoriene.

Intervjuene har vært gjennomført som semistrukturerte intervjuer. De ble gjennomført som fysiske møter som varte mellom 1 1/2- 2 1/2 timer, med unntak av ett telefonintervju. Intervjuene fulgte en egen intervjuguide for henholdsvis personale og brukere, og alle respondenter svarte på de samme spørsmålene (Vedlegg 1 og 2: Intervjuguider). Åpne spørsmål i første del av intervjuene la til rette for at respondentene kunne komme fram med egne vurderinger, og i mindre grad bli påvirket av de mer detaljerte spørsmålene senere i intervjuet. Det var hele tiden opp til respondenten selv å velge hvilke spørsmål hun særlig ønsket å vektlegge og utdype. Etter hvert intervju fikk vi tilbakemeldinger fra respondentene om hvordan de hadde opplevd det å bli intervjuet. De fleste respondentene ga positive tilbakemeldinger om nytten av å reflektere over eget forhold til tvang, og å gå igjennom behandlingssystemets funksjon og forbedringsområder, inkludert eget tjenestested og eget bidrag i pasientbehandlingen for respondenter som jobbet i hjelpeapparatet.

Alle intervjuene har blitt skrevet ut og senere oppsummert i samlede oversikter for hvert helseforetak. Disse oppsummeringene har så dannet bakgrunn for rapporten. Utsagnene er lagt til grunn uten omfattende tolkning eller omfattende forsøk på å avdekke underliggende strukturer i materialet. Vi har også særlig lagt vekt på respondentenes ”uhjulpne” svar, det vil si deres svar på åpne spørsmål, samt deres oppsummeringer av suksessfaktorer for å redusere tvang. Rapporten fremstiller hovedfunnene relatert til de ulike leddene i behandlingskjeden. I rapportskrivingen har vi prioritert funn som flere har lagt vekt på i intervjuene med oss. Til slutt i fremstillingen presenterer vi funn som relaterer seg til det samlede behandlingssystemet, og forholdet mellom områder med antatt høyt og lavt omfang av tvungen innleggelsesformalitet.

2: Begrepsavklaringer

I det psykiske helsevernet brukes det en rekke begreper som ikke er umiddelbart forståelige for en legmann. Noen av begrepene betegner også dels overlappende oppgaver. Nedenfor har vi gitt en del definisjoner på ord og uttrykk som brukes i rapporten.

Akutteam

Akutteam er tverrfaglig sammensatte team vanligvis bestående av sykepleiere og andre yrkesgrupper som psykolog, psykiater, vernepleier og hjelpepleier. Formålet er å forebygge og hindre unødvendige innleggelser i sykehus. Akutteam kan gi råd og veilede i akutte psykiske krisesituasjoner, og kan bistå personer, familier og samarbeidspartnere med å mobilisere egne ressurser for å mestre akutte kriser og hindre utvikling av alvorlige kriser.

(Kilde: Brosjyre "akutteam" fra Sykehuset Østfold)

Ambulant team

Ambulant behandling betyr i praksis at behandlingen vanligvis gis der problemsituasjonene oppstår i hverdagslivet; som i hjemmet, på skolen eller på fritidsarenaer. Begrunnelsen for ambulante team er som oftest at selve behandlingen skal ta hensyn til de naturlige situasjonene som brukeren inngår i. Slik virksomhet kan skje fra et poliklinisk team eller annen enhet ved DPS, eller at det etableres egne enheter/team som i hovedsak arbeider med oppsøkende virksomhet.

(Kilde: Helsedirektoratet)

Ansvarsgruppe

Ansvarsgrupper består ofte av medarbeidere fra den kommunale psykiatriske helsetjenesten, fastlegen, en ansatt fra sykehuset, samt andre aktuelle fagpersoner.

Ansvarsgruppen har et spesielt ansvar for at brukeren får et så godt tilbud som mulig etter utskrivning. Her skal de berørte parter som har et faglig ansvar for brukeren, møtes sammen med bruker og eventuelt pårørende og dele erfaringer for å komme fram til hva som bør være tilbudet i perioden fremover. Ansvarsgruppemøter er særlig aktuelle når det er behov for koordinering eller endringer i hjelpen, for eksempel før utskriving fra døgnopphold. Ansvarsgruppen skal følge pasienten kontinuerlig i behandlingen og en egen koordinator skal ha samordningsansvar.

Brukerråd

I helseforetakslovens § 35 står det:

"Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til §34 annet ledd annet punktum (Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år).

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre helsetjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter."

Gjennom brukerrådene kan brukerne påvirke innholdet og kvaliteten på tjenestene de mottar. Brukerrådet er en arena for dialog, et sted for fruktbart samspill mellom brukere, ansatte fagfolk og ledelsen. Her skal det utveksles synspunkter, erfaringer, verdier og fagkunnskap for at tjenestekvaliteten skal bli basert på et bredest og best mulig grunnlag.

(Kilder: Helseforetaksloven og dokumentet "Brukermedvirkning" fra Ullevål Universitetssykehus)

Brukerstyrte senger

Brukerstyrte senger beskriver en ordning ved en døgnpost der brukeren selv kan ringe posten og be om innleggelse på inntil for eksempel fem døgns varighet. Brukeren kan ta kontakt når som helst på døgnet og man trenger ikke involvere noen henvisende lege. Oppholdet kan gjøres om til ordinær innleggelse dersom begge parter er enige. Ordningen gjelder brukere som er godt kjent ved døgnposten og har inngått kontrakt om bruk av denne ordningen. Kontrakten er basert på gjensidig tillit, og kan gjerne fornyes.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og samordnede tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette skal være en samlet plan for behandling, skole, bolig eller andre tjenester man trenger, og bruker skal selv være med på å utarbeide den. Planen kan ha en erklæring om hva som skal skje med en om det vedtas tvangstiltak. Planen skal beskrive behovene og målet for tjenestene. I psykisk helsevern har den enkelte institusjon plikt til å starte arbeidet med planen.

(kilde: Rådet for psykisk helse)

Kriseplan/beredsskapsplan

En beredskapsplan er et hjelpemiddel for brukere av psykiske helsetjenester. Det er brukerens plan for hva

som skal gjøres hvis man oppdager tegn på at en ny krise eller forverring kan nærme seg. Beredskapsplanen kan gjerne være en del av eller et vedlegg til individuell plan. Et mål med beredskapsplanen er at den skal legge til rette for virkningsfull frivillig hjelp, der det kanskje tidligere var aktuelt med tvungent psykisk helsevern.

(Kilde: Rådet for psykisk helse)

Lavterskeltilbud

Det eksisterer ulike definisjoner og tilnærminger til begrepet lavterskeltilbud. Dette er noen kjennetegn:

- Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Være tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne å benytte

(Kilde: «Psykologer i kommunene -barrierer og tiltak for økt rekruttering» (IS-1565) Helsedirektoratet)

3: Kriterier og former for tvungent psykisk helsevern

En person kan bli underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter regler i psykisk helsevernloven. Tvungent vern eller observasjon kan skje i institusjon med døgnopphold eller uten døgnopphold. I tillegg kan personen underlegges tvungen legeundersøkelse og tvungen transport til lege og institusjon. Reglene for dette står i psykisk helsevernlovens kapittel 3.

§ 3-3. Tvungent psykisk helsevern

”På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
   - a far sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
   - b utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes”

(Kilde: Psykisk helsevernloven).

Vedtak kan klages til kontrollkommisjonen. Selv om det ikke klages, skal kontrollkommisjonen uansett etter 3 måneder vurdere om det er grunnlag for tvangsinnleggelse og om det foreligger en individuell plan. Hvis tvungent vern skal vare mer enn ett år må institusjonen begjære det og kontrollkommisjonen samtykke til slik forlengelse for inntil ett år av gangen.

Tvungen observasjon

Vilkårene for vedtak om tvungen observasjon er svært like vilkårene for tvungent psykisk helsevern, men under punkt 3 i § 3-2 kreves det at ”Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.” Videre sier § 3-2 at ”Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.”

Tvang uten døgnopphold

Tvungent psykisk helsevern kan også foregå uten døgnopphold. Dette ”kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhentingen gjennomføres med tvang” (§3-5).

Innholdet i tvungent psykisk helsevern

Innholdet i tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er ikke tema for denne rapporten men gjengis kort. Man kan bli holdt tilbake og hentes tilbake mot sin vilje, om nødvendig med tvang (§3-5), Man kan underlegges strengt nødvendige restriksjoner og tvang (§4-2), bli holdt atskilt fra andre pasienter (skjerming §4-3), behandles med legemidler uten eget

samtykke (§4-4a), gis ernæring uten eget samtykke når det fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ ved en alvorlig spiseforstyrrelse (§4-4b). Når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting kan tvangsmidler brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige (§4-8). Det kan da brukes mekaniske tvangsmidler som belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær (§4-8a), kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede (§4-8b), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt (§4-8c) eller kortvarig fastholding (§4-8d). Tvangsmidler er forankret i nødrett, og kan også anvendes overfor mennesker som er frivillig innlagt dersom det er nødvendig for å unngå fare eller skade.

Tilbakeholdelse, skjerming og tvangsmidler er aktuelt ved tvungent psykisk helsevern og observasjon med døgnopphold, mens medisinering uten eget samtykke med mer langtidsvirkende medikamenter er aktuelt ved tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold.

4: Behandlingssystemet ved tvangsinnleggelser

Hjelp for psykiske lidelser er bygget opp som en behandlingskjede med ulike ledd og oppgaver. Når vi i rapporten bruker begrepet behandlingskjede menes det ikke noen lineær kjede med strengt atskilte funksjoner, men snarere et system med tilbakekoplingsmekanismer og ideelt sett utfyllende samspill mellom de ulike funksjonene.

Generelt kan vi si at fastlegen utgjør første linje i behandlingen: Alle kan henvende seg direkte til sitt fastlegekontor. Ved psykiske lidelser kan fastlegen behandle og/eller henvise til videre behandling. Hvis akutte psykiske lidelser oppstår i vanlig arbeidstid kan fastlegen vurdere og henvise personen, men på kveld, natt og i helger er dette en av legevaktens oppgaver. Når en tvangsinnleggelse er aktuelt, er det fastlege eller legevakt som vurderer om det er nødvendig å be om bistand fra politiet for å gjennomføre innleggelsen.

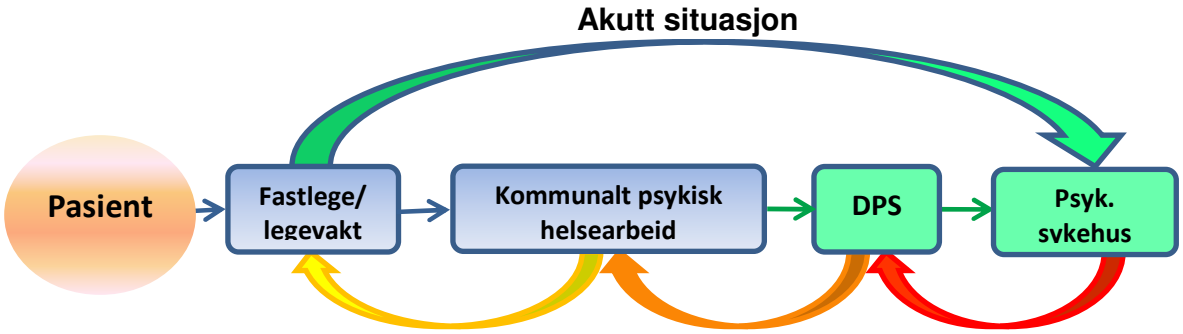
Kommunalt psykisk helsarbeid består av ulike hjelpetiltak knyttet til bolig, fritid, arbeid, rehabilitering og behandling, samt forebygging. Psykisk helsearbeid har i betydelig grad vært rettet inn mot mennesker som får eller har fått behandling for alvorlige psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

DPS er en forkortelse for Distriktspsykiatriske sentra. Dette er en del av helseforetakenes psykiske helsevern og har gjerne ansvar for ulike former for poliklinisk behandling og noen typer døgnopphold. Både kommune og DPS kan bruke ambulante team som oppsøker pasienten der hun bor.

Sykehusavdelinger i psykisk helsevern har ansvar for behandling og omsorg ved kompliserte og/eller farlige problemer. Ved tvangsinnleggelser er det som oftest sykehusene som mottar pasientene. Etter behandling på sykehus blir pasienten ofte henvist til DPS og kommunalt psykisk helsearbeid for videre behandling og omsorg.

Kommunen har ansvar for fastlege, legevakt og psykisk helsearbeid, mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten; DPS og sykehusavdelinger.

Følgende hendelsesforløp gikk ofte igjen når respondentene beskrev hvordan kontakten mellom bruker og tjenestesystem var underveis mot en tvangsinnleggelse: En person med en begynnende eller forverret psykisk lidelse tar gradvis mindre kontakt med omverdenen. En del ganger har personen sluttet å ta medisiner eller forsøker å medisinere seg selv med ulike rusmidler. Ulike forhold bidrar til at forverringen ikke oppdages eller reageres på av omgivelsene før etter en tid. Andre ganger meldes det bekymring, fra brukeren selv eller andre, uten at det blir tatt tilstrekkelig på alvor av mottageren av bekymringen. Gradvis kan situasjonen utvikle seg slik at den blir mer alvorlig og akutt, og reaksjonen til pårørende, naboer, helsepersonell eller politi bidrar nå til at personen oppsøkes av lege eller tas med til legevakt. Der vurderes det om kriteriene for tvangsinnleggelse er oppfylt. Dersom de er det blir personen kjørt til en aktuell døgnavdeling i psykisk helsevern, der kriteriene vurderes på ny av vedtaksansvarlig spesialist og en tvangsinnleggelse eventuelt finner sted.



5: Mulige tiltak for redusert tvang i behandlingskjeden

I dette kapitlet redegjør vi i korte trekk for de forholdene ved de ulike deler av tjenestene som respondentene la vekt på som relevant for å bidra til færre tvangsinnleggelser. Vi har lagt vekt på forhold som flere av respondentene trekker fram og som vurderes som sentrale utfordringer i de ulike delene av behandlingskjeden og i behandlingssystemet som helhet.

Hvert enkelt underkapitel er strukturert etter følgende disposisjon:

- Kort beskrivelse av funksjonen
- Ulike utfordringer og problemer som kan utløse unødvendig tvang
- Gode eksempler på tiltak som kan føre til mindre tvangsbruk

Legevakt

For mange mennesker starter en innleggelse for akutte og alvorlige psykiske problemer med en kontakt med legevakten. Akutte psykiske lidelser på ettermiddag, kveld, natt og helg blir som regel håndtert av legevakten. Våre respondenter med legevaktserfaring møter et variert spekter av lidelser og situasjoner som psykoser, schizofreni, mani, ruspåvirkede mennesker og utagerende atferd.

Situasjonen der tvangsinnleggelse fra legevakt er aktuelt beskrives som meget krevende av mange. Pasienten kommer ufrivillig, kanskje hentet av politi, og opplever i tillegg til en psykisk krise å bli bestemt over. Legen møter en person i en akutt krise og vedkommende oppfattes kanskje å være utagerende eller farlig for seg selv eller andre. Det er ofte uklart om personen har stoppet behandlingen eller er påvirket av rusmidler. I løpet av kort tid skal legen fatte en beslutning om innleggelse eller ikke, med eller uten begjæring om tvang og ofte uten å kjenne pasientens sykdomshistorie. Trusler om selvmord eller selvskading veier tungt og oppleves som belastende for legevakt i akutte situasjoner. En sa det slik ”Unge jenter med selvskading gir oss nærmest umulige valg”. Fra sidelinjen kan familie og venner argumentere sterkt for at legen skal tvangsinnlegge pasienten for å være på den sikre siden.

Respondentene erfarer at de fleste tvangsinnleggelser skjer på kveldstid og i helger. Da er det vanlig at det er legevakten som begjærer tvangsinnleggelse. Blir situasjonen oppfattet som farlig av personalet, tilkalles politi som ofte kommer uniformert og i politibil. Å bli hentet med politi ble vurdert som en stein til byrden, som skaper sosial skam overfor naboer eller familie: ”Det var forferdelig å bli tvangsinnlagt av politi mens ungene så på”.

Respondentene mente denne situasjonen er svært vanskelig for alle parter: På den ene siden kjenner ikke legevakta pasienten, men skal treffe og gjennomføre en rask og forsvarlig avgjørelse, på den andre siden har vi et menneske i en fortvilet og vanskelig situasjon som møter uniformert politi og kan bli enda mer fortvilet og oppspilt.

Et av legevaktens problemer kan være at de kan mangle viktig kompetanse for å kunne håndtere en akutt psykisk krise med frivillig hjelp. Respondenter peker på at i denne opphetede situasjonen er det avgjørende nødvendig med gode kriterier og gode prosedyrer for når og hvordan man vurderer og gjennomfører tvungen innleggelse.

Flere respondenter mener at legevaktsleger med god kjennskap til opptaksområdet sjelden begjærer tvang uten at det er nødvendig. Ifølge respondenter er det oftere legevaktsleger med svak lokalkjennskap, for eksempel innleide leger fra andre helseforetak eller andre land som begjærer tvangsinnleggelser som virker lite nødvendige. På den annen side kan det også oppstå kommunikasjons-problemer i legevaktens møte med asylsøkere i krise. Omfanget av slike utfordringer kan variere fra sted til sted.

Gode eksempler

Respondentene trekker fram eksempler fra legevakter som har tatt tak i utfordringer med å gi god hjelp ved akutte psykiske lidelser. Her skal vi nevne en del av tiltakene som ble beskrevet.

Flere peker på at man kan finne gode alternative løsninger til tvang hvis legevakten raskt får tilgang til sykdomserfaringer fra fastlege og kan mobilisere nettverk av familie og venner. Da kan en akutt situasjon av og til dempes såpass at man kan finne fram til løsninger alle kan akseptere. Det kan være til uvurderlig hjelp hvis legevakten kan love at personen kan få hjelp ved DPS neste morgen.

God opplæring av legevaktpersonale fremheves som en nøkkel til færre begjæringer om tvangsinnleggelse. I denne opplæringen inngår krav om kjennskap til lokale alternativer til tvungen akuttinnleggelse,

relevante bestemmelser i Psykisk helsevernlov og en klar forståelse av hva for eksempel behandlings-kriteriet og farlighetskriteriet innebærer.

Klare prosedyrer for vurdering og håndtering av den akutte situasjonen er også viktig. Ved en legevakt fikk vi presentert en prosedyre som het: ”Mottak av psykisk syke på legevakten ved tvil om innleggelse.” Denne prosedyren var lagt opp som et flytskjema hvor ulike situasjoner med beslutningskriterier for behandlende personale var beskrevet. Ved henvendelse til legevakt stilte man fem viktige spørsmål til pasienten:

- Har du vært i kontakt med Ambulant akutteam tidligere?
- Har du vært i kontakt med dem siste døgn?
- Vet du at du kan kontakte Ambulant akutteam mellom 09 og 21?
- Har du hatt kontakt med din fastlege før du kom hit?
- Har du individuell plan?
- Avslutningsvis ba man pasienten vurdere sin tilstand på en standardisert skala som gikk fra meget alvorlig til mindre alvorlig

Noen brukere har kriseplaner som klargjør tegn på forverring og hvor man kan søke hjelp, basert på tidligere erfaringer fra bruker, pårørende og hjelpeapparatet. Respondentene vurderer slike planer som viktig for at legevakten skal kunne gjøre en god vurdering av alvorlighet og frivillige alternativer.

Flere brukere peker på på at det bør være mulig å hente færre pasienter med politi og politibil. Skal man benytte politi bør disse komme i sivilt, men helst bør man ha en psykiatrisk sykebil. Dette er en ordinær ambulanse bemannet med kompetente fagfolk innen akuttpsykiatri. Tiltaket er utprøvd i Bergen og er nå satt i gang som prøveordning i Stavanger. Erfaringen er at dramatikken ved innleggelsen blir vesentlig redusert og at man oftere fremforhandler frivillige tiltak der man ellers ville brukt tvang.

Suksessfaktorer for å redusere tvang ved legevakten:

- Gode prosedyrer for vurdering og håndtering av akutte situasjoner
- Brukere som har vært innlagt tidligere, bør ha kriseplaner som forteller noe om symptomer, mulige utviklingsforløp, behandling, hvilken hjelp de ønsker osv.
- Legevakten kan love frivillig hjelp i andre deler av behandlingssystemet neste dag
- Mer ambulansetransport og mindre polititransport ved akutte psykiske lidelser

Fastlege

Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Man kan selv henvende seg direkte til sin fastlege. Ofte er fastlegen den helsearbeideren som har størst innsikt i den enkeltes sykdomshistorie og som kjenner vedkommendes problemer og ulike reaksjonsmønster over tid.

I vår undersøkelse blir det påpekt at fastlegens styrke også kan være hennes svakhet: Hun skal kunne noe om alt. Flere sier at det er krevende å skulle holde seg oppdatert på alle de sykdommer og lidelser som man kan møte som fastlege, kanskje særlig hvis man arbeider alene. Flere fastleger inngår etter hvert i legesentra hvor det er et større faglig miljø. Dette blir fremhevet som en styrke.

Noen fastleger kvier seg for å være den som tar opp personlige problemer med pasienten. Man lytter gjerne hvis pasienten er den som tar initiativet, men noen leger har ikke spørsmål om psykisk helse som en del av den vanlige kommunikasjonen i lege - pasientrelasjonen. Det kan derfor ta noe tid før psykiske problemene kommer til overflaten eller blir gjort til et tema. I slike tilfeller kan en psykisk lidelse utvikle seg unødvendig lenge før fastlege og pasient snakker om det.

Fastlegene er avhengig av et tillitsfullt forhold mellom pasient og lege. Derfor kan noen kvie seg for å ta initiativ til innleggelser som kan føre til tvang. Enkelte respondenter fortalte at dette enkelte ganger kunne gå så langt at man unnlot å gripe inn og lot legevakten gjøre den ubehagelige jobben.

Det blir også pekt på at en del fastleger unnlater å delta i ansvarsgrupper, og dermed ikke tar den koordinerende rollen de er tiltenkt. Noen respondenter i spesialisthelsetjenesten hadde erfart at en en del fastleger ikke prioriterte å delta i veiledningssamtaler.

Gode eksempler

Respondentene trekker fram flere eksempler på fastleger som har tatt tak i oppgaven med å bidra til at færre mennesker blir tvangsinnlagt. Nedenfor følger en del av tiltakene som ble beskrevet i intervjuene.

Noen fastleger setter av god tid til de vanlige pasientkonsultasjonene og har spørsmål knyttet til både psykisk og somatisk helse. Ofte er dette leger som har hatt en lang relasjon til pasientene sine og som kjenner deres arbeid og sosiale nettverk. De følger pasientens personlige og sosiale problemer på godt og vondt.

I ett av områdene hadde fastlegene en klar policy om at de i størst mulig grad skulle involveres i akutte kriser. Her la man vekt på å ”rydde god plass” i forbindelse med at pasienter hadde kommet opp i livskriser. De satte gjerne av flere timer om det var

nødvendig. Det ble vektlagt at det er avgjørende å komme i dialog med pasienten, familie og venner, og hele behandlingsnettverket rundt pasienten. I denne dialogen forsøker fastlegen å finne fram til ulike alternativer til tvang. Dette forutsetter at fastlegen har god oversikt over de ulike behandlingsformene i nettverket og at tilbudene er tilgjengelige. I dette området fortalte respondenter om en lik fordeling mellom akutt innleggelse ved fastlege og legevakt.

Noen viktige suksessfaktorer hos fastlegen for å redusere tvang

- Fastlegen deltar aktivt i ansvarsgrupper organisert rundt pasientens individuelle plan. På denne måten får legen tilgang på supplerende kompetanse og innsikt i de andre leddene i behandlingsnettverket.
- Fastlegen har kjennskap til lokale tilbud og frivillige alternativer.
- Fastlegen har tilgang på akuttimer og/eller beredskapssenger i andre deler av behandlingssystemet
- God kjennskap til lover og regler på området
- Fastlegen setter av nok tid og trekker inn nettverket rundt pasienten i behandlingen
- Fastlegen spør pasientene om personlige problemer

Kommunalt psykisk helsearbeid

Ved siden av legevakt og fastlegeordningen, har kommunen ansvaret for mange tilbud knyttet til forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering ved psykiske lidelser. Dette tilbudet varierer fra kommune til kommune, men en hovedingrediens er ulike botilbud og pleie- og omsorgstjenester der de ansatte gjerne jobber hjemme hos brukerne. Andre kommunale tilbud kan være aktiviteter som dagsenter, kafé, ”fysiotek”, turgrupper m.m. I samarbeid med NAV har flere kommuner også opprettet ulike former for arbeidstrening.

Typisk for det kommunale psykiske helsearbeidet er at de er integrert og organisert rundt pasientens daglige gjøremål som å bo, arbeide, treffe venner og kjente og gjøre bruk av ulike fritidstilbud. Derfor utgjør de kommunale aktivitetene i seg selv en ganske kompleks enhet av samhandlende funksjoner.

Når vi snakker med våre respondenter peker flere på at kompetansen i mange kommuner etter hvert har blitt rimelig bra som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999-2008. Det blir imidlertid pekt på at kommunens størrelse og tilgang på ressurser i stor grad legger premisser for oppbyggingen av førstelinjeleddet. På den ene siden forteller respondentene om kommuner med store psykososiale sentra hvor man ved siden av å ha alle tilbud nevnt innledningsvis, også har døgnplasser tilgjengelige for brukere som trenger å bo hjemmefra en kortere periode. På den andre siden finnes kommuner med et par- tre fastleger og en psykiatrisk sykepleier som skal stå for det øvrige kommunale tilbudet. Denne mangelen på enhetlige eller likeverdige tiltak i det kommunale tilbudet er en utfordring både for brukere, helseforetak og kommunene selv.

Respondentene forteller at ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid i liten grad er direkte involvert i tvangsinnleggelser. I den grad de er i direkte berøring med tvungent psykisk helsevern er det gjerne i forbindelse med at de deltar i gjennomføring av tvangsmedisinering ved tvang uten døgnopphold. Respondentene forteller også at ulike typer manglende oppmerksomhet eller glipp i oppfølgingen kan bidra til unødig forverring og tvangsinnleggelser. Flere la vekt på at det var viktig at de som arbeidet nært brukernes hverdagsliv la merke til og fulgte opp begynnende forverring av symptomer. Da kunne man styrke oppfølgingen fra egne eller andre tjenester og unngå tvangsinnleggelser.

Eksempler på glipp i oppfølgingen kan være en hjelper som får et langvarig fravær. En ansatt i kommunalt psykisk helsearbeid sa det slik: ”Jeg kan bli syk uten at noen fanger opp dette i forhold til pasienten før det har gått noe tid”. Respondenter med brukererfaring fortalte videre at ikke bare det midlertidige bortfallet av hjelp var uheldig, men også at noen brukere ikke greide å knytte kontakt med en ny hjelper når den gamle hadde vært borte en stund. Det kunne føre til at man skjøv hjelpere bort og isolerte seg, kanskje med en ny tvangsinnleggelse som følge. Flere respondenter foreslo at ansatte i psykisk helsearbeid jobber to og to i team, slik at kontakten kan bli opprettholdt selv om en ansatt blir lenge borte fra jobb.

Et annet eksempel som blir trukket frem, er manglende kompetanse i å oppdage forandring og forbygge forverring for eksempel i bo- og arbeidsenheter. Det blir pekt på at økt kompetanse om forløpet av psykiske sykdommer trolig vil forebygge bruk av tvang i disse enhetene.

Gode eksempler

Respondentene trekker fram flere eksempler på tiltak som er iverksatt for å bedre helsetilbudet på en slik måte at bruken av tvang reduseres. Følgende har vi vurdert som mest relevante for vårt tema.

En kommune legger avgjørende vekt på at kommunens medarbeidere skal arbeide i team i forhold til alle brukere. Dette for å unngå at brukere faller ut av systemet hvis ansatte får et lengre fravær fra arbeidet. Teamorganiseringen fungerer litt som to flyvere i cockpit, blir den ene syk, overtar den andre.

På et dagsenter har man blant annet utviklet et kafétilbud som har blitt et populært treffsted for både brukere og andre i småbyen. Her går arbeidstrening og sosial trening inn i en meningsfylt sammenheng. Brukerne er stolte av stedet som har blitt et samlingspunkt for alle typer mennesker, som en vanlig kafé. Antallet brukere ved dagsenteret har økt fra 40 til 140 brukere og en inkluderende holdning signaliseres med slagordet ved inngangsdøren: ”Velkommen hit, der ingen kan alt, men alle kan noe”. Et godt værested som dette kan motvirke sosial isolasjon ved å være et offentlig sted der det er lett å trives, føle seg trygg, men der man også kjenner at man er delaktig i det vanlige offentlige livet.

En annen kommune registrerte at det relativt sett var mange tvangsinnleggelser knyttet til en av deres boenheter. De vurderte at ansatte i denne boligen manglet ferdigheter i å oppdage forverring. Dette forsøkte man å motvirke ved å innføre jobbrotasjon blant kommunens ansatte, noe som raskt førte til ansatte her ble flinkere til å oppdage tegn på forverring hos beboerne. Dette førte til at antall tvangsinnleggelser for mennesker i denne boligen sank dramatisk.

Flere kommunalt ansatte mener det er viktig å kjenne pasientene og deres nærmiljø godt. Derfor bør psykisk helsearbeid arbeide ute der folk bor. Respondentene mener det er viktig å legge merke til om pasienten trekker seg tilbake fra sosiale aktiviteter eller viser tegn på forverring som er beskrevet i kriseplanen. Hvis det skjer tar de umiddelbar kontakt med brukeren og mener at de ofte greie å forhindre at situasjonen forverrer seg.

Mange trekker også fram at bruk av langsiktig individuell plan i ulike ansvarsgrupper er uvurderlig. Det samme gjelder for den mer akutte beredskaps- eller kriseplanen som handler om varselsignaler og tiltak og behandling i forbindelse med sykdomsforverring.

Noen viktige suksessfaktorer i kommunalt psykisk helsearbeid for å redusere tvang:

- God samhandling med alle involverte i ansvarsgrupper
- Kriseplaner som forteller om symptomer på uheldige sykdomsforløp og mulige tiltak
- Organisere arbeidet slik at mer enn en ansatt har ansvar for hver bruker
- Ha kompetanse i psykisk helsearbeid i relevante kommunale enheter slik at man oppdager forverring så tidlig i forløpet som mulig
- Aktivitets- og treffsteder for uformell kontakt og sosialt samvær

Distriktspsykiatrisk senter (DPS)

Hovedgrepet i utbyggingen av psykisk helsevern de siste tiårene, har vært etablering og utbygging av DPS. DPS har hovedansvar for allmennpsykiatriske tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Med døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og akutteam er disse sentrene statlige klinikker som skal samarbeide nært med kommunene i sine respektive områder. Hjelp ved DPS krever som hovedregel at man blir henvist fra sin fastlege til DPS for utredning og behandling.

Samspillet med kommunen er sentralt for DPSenes virke. Flere av våre respondenter la vekt på veiledning av kommunehelsetjenesten og forebygging, behandling og rehabilitering i pasientens nærmiljø, også for å redusere behovet for å bruke tvang. DPS-ansatte var opptatt av å være kommunenære, og en respondent brukte uttrykket fra Helsedirektoratets DPS-veileder og sa at vi jobber med ansiktet vendt mot kommunen, med sykehusets faglige kompetanse i ryggen.

I tillegg er det vanlig at pasienter etter utskrivning fra psykiatriske avdelinger blir henvist til poliklinisk behandling ved DPS.

Flere av våre respondenter vurderer at DPSene har fått tilført godt med resurser i løpet av Opptrappingsplanen for psykisk helse. DPSene la stor vekt på å utvikle spesialistkompetanse hos egne ansatte for å sikre det faglige nivået. Enkelte respondenter ønsket likevel at flere DPSer skulle hatt bedre kjennskap til andre hjelpemåter enn kontorbasert samtaleterapi og medikamenter.

De fleste av respondentene som jobbet ved DPSer kom fra DPSer som ikke hadde alvorlige merknader i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med DPSer i 2008 og 2009. (Helsetilsynet 3/2010). Men noen respondenter syntes det var problematisk at det innen ett og samme helseforetak kunne være store variasjoner i funksjonell oppbygging og kompetanse hos de ulike DPSene. Kompetansebristene omfattet både fag og ledelse og kunne være kjent i helseforetakene, uten foretaksledelsen så ut til å gripe direkte inn.

Enkelte DPSer i vårt utvalg mente de hadde så begrenset kapasitet at det gjorde det vanskelig å få plass for pasienter med akutte behov. Her vurderte respondentene at pasientene måtte ha sterke symptomer før de fikk tilbud ved DPS. Noen av våre respondenter pekte på at en slik høy terskel for behandling kunne være en vesentlig årsak til at et sykdomsforløp endte opp med tvangsinnleggelse. De vurderte at dette særlig kunne ramme yngre

mennesker med alvorlige symptomer som hjelpeapparatet i liten grad kjente fra før.

Respondentene hadde ulike vurderinger av akutteam og ulike ambulante/ACT-team. De ble vurdert som gode tiltak som integrerte behandling og omsorg i nærmiljøet helt i tråd med DPS sin behandlingsideologi. Likevel ble det også påpekt at disse tiltakene kom vel sent på plass: ”Dette skulle vi ha innført allerede for 10 år siden”. Noen vurderte at produktiviteten på teamene var for lav og at de forholdt seg til for få pasienter i teamene. Her hadde man ikke sett at den tiltenkte reduksjonen av akuttinnleggelser var blitt realisert. Dette tyder på at forskjellige akutteam kan fungere ulikt, og de skal også virke i områder som har ulike utfordringer, noe som også kan bidra til at resultatet blir varierende.

Gode eksempler

Respondentene trekker fram flere tiltak som kan forebygge tvangsinnleggelser. Nedenfor følger noen av de mest sentrale tiltakene.

”Skal vi komme til deg eller skal du komme til oss?” Denne pasientorienterte holdningen var et mål for flere av de DPSene vi besøkte. Respondentene vurderte at en slik tilgjengelighet og fleksibilitet virker forebyggende på tvang.

En av respondentene sa at DPSet han arbeider ved har en unik kultur. ”Vi fikser ting selv – eller i samarbeid med kommunen”. Et sentralt trekk i denne kulturen er at man har bygget opp tilbudet fra bunn av uten sterke føringer i den ene eller den andre retningen. Siden det er langt til sentralsykehuset er man i stor grad selvhjulpne. Samarbeidet med kommunen sies å være friksjonsfritt og preget av raushet begge veier. Man legger seg i selen for å gi behandling lokalt, ofte trekker man inn aktører utenfor helsetjenesten som for eksempel NAV. Dette er elementer som trekkes fram for å forklare at DPS området er blant de med lavest tvangsrater i landet.

Flere peker på at lavterskeltilbud som beredskaps-senger eller brukerstyrte senger på DPS kan forebygge tvangsinnleggelser. Det samme gjelder hvis fastlegen/legevakten kan tilby konsultasjon neste dag med psykiater eller psykolog. Vissheten om at hjelp er ”like om hjørnet” kan i noen tilfeller roe en akutt situasjon.

En av våre respondenter var opptatt av at døgnbehandling for psykotiske pasienter krever tålmodighet, langsiktighet og utholdenhet, og at det kunne slite ut ansatte. Dette hadde de løst ved å arbeide i team med pasientansvarlig behandler og to miljøterapeuter i en arbeidsform de kalte strukturert multiprofesjonell behandling. De erfarte at dette bidro til at flere mennesker med langvarige psykoselidelser ble møtt med motiverte og fleksible ansatte.

Flere av de DPSene vi besøkte hadde arbeidet systematisk med kvalitetsutvikling og hadde for eksempel gjennomført ISO-sertifisering som sikrer et dekkende kvalitetssystem etter en internasjonal standard. Respondentene la vekt på at dette var en prosess som hadde bidratt til at de ikke fikk alvorlige merknader i Helsetilsynets gjennomgang i 2008 og 2009, der så mange som 2/3 av de undersøkte DPSene fikk alvorlige merknader.

Noen viktige suksessfaktorer ved DPS for å redusere tvangsinnleggelser:

- Umiddelbart tilgjengelig tilbud for mennesker med begynnende eller økende alvorlige psykiske lidelser
- Være utadrettet: Behandle pasienten i en sosial kontekst hvor man tar hensyn til arbeid, behov for familie og venner, fritidstilbud m.m.
- Tett og fleksibelt samarbeid med kommunene
- Få alle DPSer opp på samme kompetansenivå: Overføre erfaringer, behandlingskonsepter og kompetanse fra de beste og til de dårligste
- Omfattende bruk av individuelle planer
- Systematisk arbeid med kvalitetsutvikling

Sykehusavdeling

Sykehusavdelingene i psykisk helsevern skal gi et spesialisert tilbud for mennesker med sjeldne eller spesielt alvorlige eller kompetansekrevende psykiske lidelser. Akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, pasienter med alvorlig psykisk sykdom som trenger opphold ved åpen eller lukket avdeling er eksempler på tilbud som ligger på sentralsykehusnivå.

Flere fastleger og legevakter sier at de har god kommunikasjon med akuttavdelingene de sokner til. Det går an å samarbeide med akuttavdelingene for å skape allianser mellom pasient, venner og familie og behandlere. Holdningen er en del steder preget av at tvangsinnleggelse er siste utvei, og at alle alternativer bør være prøvet før man går til det skrittet. Fra sykehusets side vektlegger respondenter at frivillighet som oftest gir de beste forutsetninger for god behandling.

Undersøkelsen gir likevel informasjon om utfordringer for sykehusavdelinger i psykisk helsevern.

Ifølge en del respondenter finnes det kompetanse- og rekrutteringsutfordringer også i sykehusavdelinger. Ved enkelte poster og i enkelte områder vurderer de at flere faggrupper finner det mer attraktivt å arbeide andre steder. Sykehusavdelingene får dermed ikke den kompetansen eller de personlige egenskapene hos ansatte som de mener må til for å gi god behandlingskvalitet. Det ble for eksempel etterlyst større kompetanse ved akuttmottaket i ett av foretakene og vurdert at mangel på kompetanse kunne

være en årsak til mulige feilvurderinger ved bruk av tvang.

Fra både brukere og ansatte fikk vi høre at behandlingsoppholdet kunne bli for kort. Pasienten ble utskrevet før lidelsen var bedret i en slik grad at det aktuelle tilbudet ved DPS og kommunalt psykisk helsearbeid var tilstrekkelig. I slike tilfeller kan oppholdet på sykehus bli et opphold der bare den største krisen blir dempet. Noen respondenter mente dette kan være en medvirkende årsak til at relativt mange av pasientene som trenger akutt behandling har vært i lignende situasjoner tidligere.

Enkelte steder ble det som ble kalt ”asylkulturen” ved enkelte sykehus kritisert. Dette ble formulert som en kultur preget av ”vi vite best”- holdninger blant helsepersonale. I forhold til resten av behandlingskjeden ga en slik kultur seg uttrykk i en litt ”ovenfra og nedad holdning”, mens den i forhold til pasientene kunne gi seg uttrykk i paternalistisk atferd. Her mente noen respondenter at tvang lettere kunne bli en del av reaksjonsmønsteret i situasjoner som spisser seg til. Denne kritikken kom blant annet fra enkelte respondenter som selv arbeidet eller hadde arbeidet på sykehusavdelingsnivå.

Et av helseforetakene vi undersøkte hadde samlokaliserte DPS- og sykehusfunksjoner. Her vurderte de at dette fungerte gjensidig berikende på pasientbehandlingen; DPS fikk tilgang på spisskompetanse, mens sykehuset fikk direkte tilgang på erfaringer fra DPS -funksjonens utadvendte arbeid. Men også i andre sykehus (som ikke jobbet vegg i vegg med DPS) fant vi respondenter som vurderte samarbeidet med DPS som svært godt.

Respondentene fortalte også om en del utfordringer knyttet til samarbeid mellom sykehus og de andre delene av i behandlingssystemet. Lang epikrisetid, få samarbeidsmøter og få initiativ til samarbeid var eksempler på dette.

Gode eksempler

Respondentene trekker fram flere tiltak som sykehusnivået har gjort for å forebygge tvangsinnleggelser. Nedenfor følger noen av de mest sentrale tiltakene.

Et av sykehusene hadde arbeidet med kvalitetssikrings gjennom ISO-sertifisering, og respondenter vurderte at dette bidro til at mål, prosesser og ulike rutiner bl.a. knyttet til tvang har blitt mye klarere på alle nivåer. Et av utsagnene viste hvordan vurderingen av nytten endret seg: ”Jeg var veldig skeptisk da jeg først hørte om ISO. Jeg tenkte at dette ble mye unødvendig måling og papirarbeid, men jeg ble veldig positivt overrasket.”

Et annet sykehus mente at arkitektur og innredning var avgjørende for å pasientenes bedring. Der hadde man pusset opp smakfullt med bilder på veggen, laget lyse og trivelige lokaler og tilrettelagt for hyggelige sittegrupper m.m. Vi vurderer at dette trolig er mer virksomt overfor institusjonsintern tvang, men det kan også tenkes å bidra til at man opplever sykehusavdelingen som et godt sted og være, og at det kan bidra til at man blir innstilt på frivillig innleggelse ved en mulig framtidig krise.

Flere respondenter med brukererfaringer vurderte tidligere brukere som inngikk som en del av pleiepersonalet som positivt. De mente ansatte med brukererfaringer ofte hadde en bedre innlevelse og forståelse i pasientens situasjon. De ga dessuten brukeren selv håp om at det var mulig å komme seg ut av en situasjon, som kanskje der og da, føltes håpløs.

Noen viktige suksessfaktorer i sykehusavdelinger for å redusere tvangsinnleggelser:

- Vekt på at frivillige innleggelser gir det beste resultatet på lengre sikt
- En ledelse som leder sykehusavdelingene over fra en eventuell asylkultur og mot en mer sosialt orientert faglig profil
- Brukeransatte som arbeider i døgnpostene
- God kompetanse i akuttmottak
- Likeverdig samarbeid og samspill med de andre leddene i kjeden
- Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring

Sammenhengen i behandlingssystemet

Behandlingssystemet er delt opp i to forvaltningsnivåer, kommunale tilbud og statlige tilbud. Ideelt sett skal behandlingssystemet fungere med en arbeidsdeling preget av at kommunen tar seg av forebygging, oppfølging og rask respons, DPS tar seg av de ”halvøyeblikkelige” hjelpebehov som stort sett kan behandles poliklinisk eller med mindre komplisert døgnbehandling, mens sykehusene tar seg av det mest kompliserte og akutte.

I vårt materiale finner vi at mange retter til dels sterk kritikk mot hvordan behandlingssystemet fungerer som helhet. Dette kunne være svak sammenheng i hjelpen, hull i tiltakssystemet og glipp når brukerens tilbud endres, manglende tilbud eller uklare ansvarsforhold. I ett helseforetak får vi imidlertid altoverveiende positive tilbakemeldinger. Her peker man på at samarbeidet stort sett er godt i alle ledd, sykehuset står for den samme behandlingsideologien som resten av systemet, og alle aktører legger stor vekt på det forebyggende arbeidet på kommunale arenaer. Her får også sykehuset stort sett gode tilbakemeldinger fra DPS og kommune for veiledningen som blir gitt. Dette er et helseforetak som er preget av relativt stabil befolkning, lite storbyproblematikk og behandlere og pasienter som

kjenner hverandre godt. Men også her blir det reist en del kritikk mot mangel på system og ledelse i den psykisk helsehjelpen som helhet. Grunnen til at det fungerer bra er "fordi vi har gode folk, ikke fordi vi har gode systemer".

Flere klager på at man får oversendt epikriser fra sykehus svært sent, gjerne en god stund etter at pasienten er ferdigbehandlet. Da kan det ha gått lang tid. En av fastlegene sa det slik: "Av og til kan jeg sitte overfor en av mine faste pasienter og ikke vite hva hun går på av psykofarmaka". Andre er misfornøyd med at det ofte er de kommunale tjenester og DPS som må ta kontakt med sykehusene for å få utlevert viktig pasientinformasjon. Initiativet kommer sjelden fra sykehusavdelingene.

Mange møter og mye informasjonsutveksling ser ut til å være en del av samhandlingsmønstret mellom kommunalt psykisk helsearbeid og DPS. Der ser imidlertid ut til at det er mindre kommunikasjon og samarbeid mellom sykehusene og de andre delene av behandlingssystemet. Bedre samspill etterlyses fra flere av respondentene. Bildet må imidlertid nyanseres noe: Legevaktsansatte forteller ofte om god kommunikasjon med akuttavdelingen ved sykehuset. Det ser ut til å være en utfordring å få til bedre kommunikasjon på tvers av aksene legevakt – akuttavdeling og DPS – kommune. Flere tar til orde for flere faglige møtefora.

Flere respondenter forteller om hvordan pasienter kan falle mellom stoler i behandlingskjeden. For eksempel kan DPS-ansatte tro at fastlegen og kommunalt psykisk helsearbeid tar seg av en utskrevet pasient, mens fastlegen tror at pasienten fremdeles mottar behandling ved DPS. Ofte vurderer respondentene at bedre gjensidig informasjonsutveksling kunne avverget ulike problemer i overgangene mellom delene av behandlingssystemet.

Uklare og flytende ansvarsforhold er begreper som hyppig blir brukt om det helhetlige systemet. I dette ligger det flere forhold: Mangel på enhetlig ledelse, uklar ansvars- og arbeidsdeling mellom enheter og et veiledningsansvar som ofte ikke blir tilstrekkelig fulgt opp fra spesialisthelsetjenestens side. Pasienten opplever ofte en manglende kontinuitet etter hvert som han beveger seg fram og tilbake i systemet.

Respondentene forteller i svært liten grad om at det skjer noen evaluering av bruk av tvang i etterkant. Dette gjelder på alle nivåer i behandlingskjeden. Når tvangsinnleggelser og annen bruk av tvang overfor den enkelte evalueres, er det gjerne etter en formell klage.

Mange steder forteller respondentene om ansvarsgrupper som fungerer som et bindeledd mellom de ulike enhetene i systemet. De som gjør hyppig bruk av disse faglige samarbeidsforaene melder ofte om at disse møtene er avgjørende for koordineringen av de ulike profesjonsgruppene involvert i behandlingen. Deres erfaring er at gode ansvarsgrupper fungerer forebyggende. En utfordring er at det kan være vanskelig å få en del fastleger til å møte opp i disse foraene. I ett av områdene var det nylig avsluttet en undersøkelse blant fastlegene som viste at et relativt høyt antall ikke deltok i ansvarsgruppemøter.

Respondentene vurderte også at pasientenes kriseplan eller beredskapsplan var et viktig hjelpemiddel for å forebygge en akutt kritisk situasjon. En slik plan utarbeides gjerne av spesialisthelsetjenesten og følger pasienten gjennom det øvrige behandlingssystemet. I følge noen av fastlegene kunne planen med fordel vært sterkere standardisert med hensyn til innhold og form. I den sammenheng ble det nevnt fire spørsmål som kriseplanen bør besvare: Hva er symptomene på begynnende forverring? Hva har tidligere skjedd hvis pasienten har sluttet med de anbefalte medikamentene? Hva kan gjøres ved ulike grader av forverring? Hva er rollene til behandlere og andre kontaktpersoner?

I noen helseforetak eksisterer det forskjellige behandlingsparadigmer/ ideologier mellom sykehus og resten av systemet som kan gi opphav til utfordringer i samarbeidet. Respondentene forteller på den ene siden om kommune og DPS, som i stor grad arbeider integrert i pasientens nettverk. Her blir det gitt hjelp ut fra en sosialt orientert og tverrfaglig modell hvor arenaer knyttet til arbeid, fritid, hobby, venner og familie inngår som viktige elementer i tiltakene. På den andre siden forteller respondentene om sykehusavdelinger som jobber mer innenfor en institusjonell ramme med vekt på medikamenter og psykoterapi. I utgangspunktet kunne man tenke at de ulike behandlingsmodellene var omsluttet av respekt og bare reflekterte effektiv behandling på ulike nivåer. Noen av våre respondenter mente imidlertid at ansatte ved sykehus kunne utvise det de oppfattet som manglende respekt for en mer sosial behandlingsmodell. Dette ga seg blant annet uttrykk i at lavterskeltilbud kunne bli omtalt nedsettende, som tjenester av ringere faglig kvalitet. Slike holdninger kunne belaste samarbeidet på tvers av tjenester.

Respondenter i alle foretak vurderer kvaliteter som samhandling, helhet og felles ansvar som viktig for å unngå tvang. Disse kvalitetene ser ut til å være vanskelige å etablere, og de er ofte personavhengige.

Gode eksempler

Respondentene trakk fram eksempler på hva som er gjort for å forbedre funksjonen i det samlede hjelpesystemet og som kan redusere behovet for tvangsinnleggelser.

I et av helseforetakene var det flere som pekte på et godt forhold mellom kommunen og hele spesialisthelsetjenesten. Her kjente alle hverandre og man var ikke redd for å tråkke i hverandres bed. Her

var dette blitt et uttrykk for at man brydde seg. Hele opptaksområdet så ut til å stå sammen om å ønske å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern. I den forbindelse samarbeidet ansatte i helseforetak bl.a. med utenlandske institusjoner for å utveksle kunnskap om redusert tvangsbruk. Psykiaterne på sykehuset var mye ute i felten og samarbeidet med kommunehelse-tjenesten og ulike DPS. Et slagord i helseforetaket var "å tenke ut av boksen", og ingenting skulle stå uprøvd. I dette området får vi inntrykk av en mer sosialt orientert behandlingsmodell i sykehus-avdelingene, og området fremstår dermed som mer enhetlig eller omforent om mål og virkemidler. Flere av disse kvalitetene er ønsket av respondenter fra de andre opptaksområdene, og de ønsker sterkt en forbedring i sammenheng og helhet. Det kan derfor være nærliggende å anta at dette er kvaliteter som ikke uten videre kan bestemmes eller vedtas, men som må arbeides fram gjennom innsats over lang tid og med flere aktører som drivkrefter.

Vi fikk også høre om ulike møtefora som bandt helheten sammen. Noen steder fungerte dette rimelig bra, andre steder ikke særlig bra. Der hvor dette fungerte bra hadde man samarbeidsråd med de kommuner som sognet til DPS og i helseforetaket hadde man jevnlig Divisjonsråd innen de ulike tjenesteområdene som DPS, Barne- og ungdomspsykiatri, rusomsorg, sykehus og akuttavdeling.

Med få unntak hørte vi at samarbeidet mellom DPS og kommunen fungerte rimelig bra. Dette har muligens å gjøre med at begge enheter vektlegger sin tverrfaglighet og arbeider innenfor en sosialt orientert behandlingsmodell. Samarbeidet mellom legevakt og akuttavdelingene er også ofte godt. Samtidig foreslår mange respondenter at legevakten i større grad skal bruke DPS-tjenester som et alternativ til akuttinnleggelser.

Respondentene vektla også andre samarbeidstiltak med relevans for tvang:

Samarbeid mellom politi og legevakt for mer bruk av sivile biler og politi uten uniform. Videre nevnte de tverrfaglige ansvarsgrupper som binder ulike behandlingsledd sammen og tverrfaglig hospitering mellom ulike institusjoner. Ordninger eller prosjekter med praksiskonsulent som skal som skal sørge for bedre koordinering mellom fastlege og spesialist-helsetjeneste beskrives som virkningsfulle. Det er også viktig at legevaktlegene har tilgang på beredskapssenger ved nærmeste DPS, kan avtale frivillig hjelp fra psykisk helsevern neste dag, og at de for øvrig kjenner til mulighetene i det lokale psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Noen suksessfaktorer i det samlede tjenestesystemet for å skape redusert behov for tvang:

- Sørge for god informasjon i overgangen mellom ulike deler av behandlingsystemet
- Bygge felles kultur på tvers av profesjoner og behandlingsideologier
- Standardisere en del dokumenter som skal brukes i alle ledd av behandlingskjeden, for eksempel kriseplanen
- Opprette felles lederfora som samler alle ledere i behandlingssystemet. Oppmerksomheten bør her særlig rettes mot systemet som helhet.
- Sørge for at alle pasienter har en ansvarlig som følger pasienten i alle deler av behandlingssystemet
- Sende epikrise raskt og alltid gi informasjon når noen skrives ut, flyttes eller legges inn

6: Områder med lave og høye tvangsrater

Denne undersøkelsen bygger på intervjuer med brukere og ansatte i ulike roller i psykiske helsetjenester. De har svart på hvilke forhold de mener bidrar til at tvungent psykisk helsevern brukes ofte, og hva som er gjort for at tvangsinnleggelser skal skje sjeldnere. Svar og vurderinger som ble delt av flere respondenter er gjengitt som gode eksempler og suksessfaktorer.

I tillegg har undersøkelsen blitt gjort i to foretak som ut fra nasjonal statistikk ser ut til å ha relativt høyt omfang av tvangsinnleggelser og to foretak som ser ut til å ha nokså lavt omfang av tvangsinnleggelser. Vi har sett etter om vi i dette materialet finner felles trekk i ledelse, organisering eller bedriftskultur i de to gruppene av helseforetak som kan bidra til å forklare det ulike omfanget av tvangsinnleggelser.

Intervjumaterialet gir ikke noen klare mønstre i vurderinger eller beskrivelse av tjenestesystemer som skiller helseforetakene med lave og høye tvangsinnleggelsesrater. Respondentenes beskrivelser preges av stor variasjon. Det mest slående i materialet sett under ett er at enheter og tiltak, både i kommuner og helseforetak, er nokså ulike i sin oppbygning og form. Denne variasjonen finnes mellom helseforetaksområdene, men også innen det enkelte foretak. Respondenter beskriver for eksempel at DPSer i samme helseforetak har svært ulik kvalitet og fungering: Mens et er et forbilde i brukervennlighet, tiltak som reduserer behovet for tvang og har klare mål, blir et annet omtalt mer kritisk, blant annet med svak kvalitetssikring, dårlig ledelse og problemer med å fylle forventningene til et DPS. Det samme gjelder også sykehusavdelinger. I de fire helseforetakene finner vi for eksempel sykehus som blir omtalt som bremsekloss med innslag av asylkultur som ikke lenger passer utfordringene. Andre sykehus samarbeider godt med øvrige tjenester og vurderes av alle respondenter å representere spydspissen i helseforetaket. Respondentene fortalte også om betydelig variasjon mellom tjenestesteder eller poster på samme sykehus.

Et av helseforetakene passer likevel ikke helt inn i beskrivelsen overfor. Et av helseforetakene med lave tvangsrater så ut til å ha noen kjennetegn som vi ikke finner i noen av de andre undersøkte helseforetakene, heller ikke i det andre foretaket med lave tvangsrater.

- Godt samarbeid i hele behandlingssystemet
- Samme sosialt orienterte behandlingsideologi i hele behandlingssystemet (”Hvis mulig er behandling i nærmiljøet å foretrekke”)
- Mye oppsøkende virksomhet
- Mål og oppgaveklarhet som følge av systematisk kvalitetsutvikling
- Pragmatisk og løsningsorientert ”ut av boksen”-tenkning
- Gode folk i viktige posisjoner i hjelpeapparatet
- Stabil befolkning
- Lite storbyproblematikk

Alle respondentgrupper ga et positivt og godt samsvarende bilde av hvordan det samlede tjenestesystemet fungerte i dette området, noe vi ikke så i noe annet opptaksområde. God samhandling, oppsøkende virksomhet og utadrettet behandlings-ideologi i alle enheter er kvaliteter som praktisk talt alle respondenter slutter seg til som viktige for å redusere behovet for tvangsinnleggelser. Det gjør det rimelig å tenke at disse kvalitetene er medvirkende til lavt omfang av tvang i dette helseforetaket, selv om undersøkelsen på den annen side tyder på at andre helseforetak kan ha lavt omfang av tvangs-innleggelser uten å dele disse kjennetegnene. Undersøkelsen tyder altså på at lave tvangsrater kan skyldes ulike forhold, og at kjennetegnene overfor beskriver ett sett av slike forhold. Også i dette helseforetaket ble samhandlingskvalitetene vurdert som personavhengige, selv om de i sterkere grad ser ut til å prege hele opptaksområdet. Det er et ansvar for ledelsen å sikre at det personavhengige i større grad blir en kvalitet ved systemet, men også at man har de rette ansatte på de ulike stedene i tjenestesystemet.

Materialet som helhet gir inntrykk av stor variasjon, også innen det enkelte helseforetak. Dette reiser særlig spørsmål om foretakenes sentrale ledelse for psykisk helsevern (divisjonsledelse eller tilsvarende) og i neste omgang om styrets og eiernes rolle. Vi hadde ventet å finne sterkere spor av den sentrale ledelsen for psykisk helsevern i hvert av opptaksområdene. Også i helseforetaket som skilte seg fra de andre knyttet respondentene fungeringen

mer til gode personer enn til et godt system. Den interne variasjonen i foretakene reiser spørsmål knyttet til ledelse av psykisk helsevern i Norge:

- Hvorfor tar ikke ledelsen av psykisk helsevern tak og sikrer god hjelp der hvor det er kjent at ting ikke fungerer?
- Hvorfor lærer man ikke mer aktivt av de beste tjenestestedene og får spredd gode erfaringer?

Også tjenester utenom helseforetakene så ut til å ha stor variasjon. Noen legevakter hadde et klart fokus på tvang, kjente kriteriene godt og hadde prosedyrer på området. Andre vurderte at kompetansen var for dårlig og at man manglet nødvendige prosedyrer – og følgelig at beslutninger om tvangsinnleggelser kunne bygge på lite systematisert skjønn. Når det gjaldt lokale forskjeller i kommunalt psykisk helsearbeid vurderte respondentene i større grad at forskjellene var betinget av kommunenes ressurssituasjon.

7: Oppsummering

Denne undersøkelsen har spurt 28 ansatte og brukere fra fire helseforetak om hvordan de mener helsetjenesten kan legge til rette for færre tvangsinnleggelser og frivillig hjelp en del av de situasjonene der det i dag brukes tvangsinnleggelse.

Et hovedfunn i materialet er at respondentene mener det finnes en rekke mindre enkelttiltak som vil bidra til redusert behov for tvangsinnleggelser. Det er betydelig enighet om en god del tiltak. Det sentrale prinsippet bak mange av tiltaksforslagene kan sies å være å fremme frivillig hjelp tidligere i den enkeltes utvikling av alvorlige symptomer. Tiltaksforslagene er oppsummert i en sjekkliste som ligger som et siste kapittel, og den kan brukes til å vurdere lokale innsatsområder for reduksjon av tvangsinnleggelser, og gi ideer til forbedringsarbeid.

Det andre hovedfunnet i materialet er at tre helseforetak preges av store interne forskjeller i kvalitet og organisering, og en del misnøye med hvordan det samlede tjenestesystemet fungerer. Et av foretakene med lave tvangsrater skiller seg fra dette mønsteret og har noen viktige kvaliteter som respondenter fra alle foretak fremhever som gode, og som etterlyses i de tre andre foretakene. Selv om vi ser en del grunner til at disse kvalitetene kan være en gangbar og fornuftig vei til lavt omfang av tvangsinnleggelser, tyder helheten i materialet på at dette ikke er eneste vei til å skape lavt behov for tvangsinnleggelser i helseforetak i Norge.

Disse to hovedfunnene kan sees som ulike strategier for å redusere tvang. Man kan gjennomføre avgrensede og lokale tiltak som forbedrer de ulike delene av tjenestesystemet og man kan arbeide for god sammenheng, oppgaveklarhet og en felles utadrettet behandlingsideologi i hele behandlingssystemet. Samtidig preges mange av de avgrensede og lokale tiltakene av å bidra til bedre helhet i det samlede behandlingssystemet. For eksempel ved at personer med psykiske lidelser raskere får hjelp som står i forhold til symptomer og situasjon. Forslag dreier seg blant annet om bedre prosedyrer på legevakt, at fastleger følger opp pasientenes psykiske helse godt, at DPS stiller hastetimer eller beredskapssenger til rådighet for førstelinjen. Flere av tiltakene dreier seg om at fastlege og legevakt oftere skal utløse andre former for hjelp enn akuttinnleggelse, og gjerne i tida *før* akuttinnleggelse blir aktuelt.

Den store variasjonen mellom og innen foretakene indikerer at ulike fremgangsmåter for å redusere tvangsinnleggelser vil være aktuelle i ulike helseforetaksområder. Noen innsatser som kan antydes fra dette materialet er å la hele opptaksområdet møtes for å finne viktigste lokale forbedringsområder, å ha foretaksledelse som får rette personer på rett plass, å arbeide for en felles utadrettet behandlingsideologi, å løse de overgangs- og systemproblemer som brukere opplever. Videre kan man arbeide for å sikre at fastlege og psykisk helsearbeid oppdager og handler fornuftig når det oppstår forverring, slik at man unngår akuttinnleggelser fra legevakt, og man kan styrke muligheten for at førstelinjen, brukere og pårørende kan få i gang eller øke intensiteten av frivillig spesialisthjelp tidligere i en symptomforverring.

Tvang kan reduseres ved at hjelp i psykisk helsearbeid, DPS og sykehusavdelingene blir mer tilgjengelig og relevant, slik at veien fra legevakt til akuttavdelingene ikke lenger er en hovedvei inn i hjelp for mennesker som har en diagnose som innebærer en alvorlig psykisk lidelse.

Denne rapporten gir neppe et uttømmende bilde av forbedringsområdene knyttet til tvang i Norge i dag, men den gir et utgangspunkt for kvalitetsforbedring og samhandling som kan gi rom for frivillighet før tvang for flere mennesker enn i dag.

8: Sjekkliste for reduksjon av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern

Dette kapitlet oppsummerer tiltak fra rapporten som flere av respondentene vurderer kan redusere behovet for tvangsinnleggelser - og samtidig bedre pasientbehandlingen. Listen er utarbeidet som et sett av påstander hvor det er mulig å vurdere og score egen innsats. Den er ikke validert som metodeverktøy, men bør brukes som et samtale- og idéverktøy for å lete etter og reflektere over de områdene der deres enhet kan ha gode muligheter til å redusere antallet tvangsinnleggelser som brukerne vil oppleve.

Grunnleggende kunnskap

1. Vi har den nødvendige kunnskapen om Lov om psykisk helsevern

1 2 3 4 5

2. Vi kjenner kriteriene for bruk av tvang i psykisk helsevern

1 2 3 4 5

Fastlege

1. Vi etterspør/sjekker alltid om pasienten har personlige problemer i forbindelse med en konsultasjon

1 2 3 4 5

2. Der det er opprettet ansvarsgrupper for pasienter med psykiske lidelser deltar vi når det er ønskelig

1 2 3 4 5

3. Vi har god kjennskap til pasientens individuelle plan og kriseplan

1 2 3 4 5

4. Vi mottar jevnlig veiledning fra personale i psykisk helsevern

1 2 3 4 5

5. Vi setter av god tid når en av våre pasienter får en akutt krise

1 2 3 4 5

6. Vi kjenner godt til mulighetene for hjelp og støtte i ulike psykiske helsetjenester

1 2 3 4 5

7. Vi har god oversikt over alternativer til tvangsinnleggelse i vårt område

1 2 3 4 5

8. Vi tar oss alltid god tid til å snakke med pasienten i etterkant av behandling hvor tvang har vært brukt

1 2 3 4 5

Legevakt

1. Vi har god opplæring i å håndtere akutte psykiske lidelser på legevakten

1 2 3 4 5

2. Vi har klare prosedyrer for å vurdere og å gjennomføre tvangsinnleggelser

1 2 3 4 5

3. Legene som går legevakt har god kjennskap alternativene til tvangsinnleggelse i vårt område

1 2 3 4 5

4. Legevakten involverer ofte familie, venner og andre hjelpere ved psykiske lidelser

1 2 3 4 5

5. Legevakten kan ordne behandlingsavtale med psykisk helsevern neste virkedag

1 2 3 4 5

6. Legene som går legevakter kommuniserer godt på norsk

1 2 3 4 5

7. Vi har tilgang på tolkehjelp i forbindelse med akutte situasjoner som involverer mennesker som ikke snakker godt norsk eller engelsk

1 2 3 4 5

8. Samarbeidet mellom legevakt og politi fungerer godt

1 2 3 4 5

9. I den grad det er mulig unngår vi å bruke uniformert politi og politibil i forbindelse med akutte situasjoner

1 2 3 4 5

10. Vi evaluerer alltid de tilfeller hvor vi bruker tvang

1 2 3 4 5

Kommunalt psykisk helsearbeid

1. Vi har god oversikt over symptomer og psykiske lidelser hos brukere i våre tilbud

1 2 3 4 5

2. Vi har kompetanse til å fange opp symptomforverring hos brukere av våre psykiske helsetjenester

1 2 3 4 5

3. Vi får tilstrekkelig informasjon om pasienten i forbindelse med overføring til kommunen fra andre tjenestesteder i behandlingssystemet

1 2 3 4 5

4. Vi tar initiativ til utarbeidelse av krise/beredskapsplan når vi ser at det mangler

1 2 3 4 5

5. Alle personer som trenger det har kjennskap til pasientenes ulike planer (individuell plan og kriseplan)

1 2 3 4 5

6. I den grad det er behov for det deltar våre fagfolk i pasientenes ansvarsgrupper

1 2 3 4 5

7. Vi har et god støtte fra spesialisthelsetjenesten når vi mener det er behov for det

1 2 3 4 5

8. Vi får god veiledning fra spesialisthelsetjenesten

1 2 3 4 5

9. Vi unngår at brukere faller ut av systemet ved å arbeide i team

1 2 3 4 5

10. Vi gjør bruk av ulike ambulante team som oppsøker brukeren der hun bor

1 2 3 4 5

Distriktspsykiatrisk senter

1. Det er lav terskel for behandling hos oss

1 2 3 4 5

2. Legevakten og fastleger kan ordne haste-timer hos oss neste dag i akutte situasjoner

1 2 3 4 5

3. Vi har beredskapssenger til disposisjon for pasienter som trenger det

1 2 3 4 5

4. Vi har ordning med brukerstyrte senger til for pasienter som tidligere har hatt gjentatte akutte innleggelser

1 2 3 4 5

5. Vi har ambulante team som drar ut til pasientene på hjemmebesøk

1 2 3 4 5

6. Vi arbeider i team i forhold til de pasientene vi strever mest med å gi et virksomt tilbud

1 2 3 4 5

7. Vi har god oversikt over pasienter som gjentatte ganger blir utsatt for tvang i behandlingen

1 2 3 4 5

8. Vi tar initiativ til utarbeidelse av krise/beredskapsplan når vi ser at det mangler

1 2 3 4 5

9. Vi samarbeider godt med kommunale tjenester

1 2 3 4 5

10. Vi samarbeider godt med sykehusavdelingsnivået

1 2 3 4 5

11. Vi gir veiledning til fastlege og kommunalt psykisk helsearbeid

1 2 3 4 5

12. Vi evaluerer alltid tvangsbruk i etterkant

1 2 3 4 5

Sykehus

1. Vi har et godt samarbeid med legevakten

1 2 3 4 5

2. Vi gir øyeblikkelig informasjon om utskrivning til de rette instanser i behandlingssystemet

1 2 3 4 5

3. Vi tar ofte initiativ til gjensidig samarbeid med DPS og kommunale tjenester om enkeltpasienter

1 2 3 4 5

4. Vi har klare kriterier og gode prosedyrer for håndtering av tvang

1 2 3 4 5

5. Vi har god kompetanse på akuttmottaket

1 2 3 4 5

6. Vi har god oversikt over pasienter som gjentatte ganger er tvangsinnlagt

1 2 3 4 5

7. Vi tar initiativ til utarbeidelse av krise/beredskapsplan når vi ser at det mangler

1 2 3 4 5

8. Vi gir nødvendig veiledning til andre deler av tjenestesystemet

1 2 3 4 5

9. Vi har ansatte med brukererfaringer

1 2 3 4 5

10. Vi har arbeidet systematisk med kvalitetssikring av tvang og frivillighet

1 2 3 4 5

11. Vi evaluerer alltid tvangsbruk i etterkant

1 2 3 4 5

Vedlegg 1

Intervjuguide – personale i behandlingskjeden

Navn:.....

Stilling:.....

Introduksjon

1. Presentasjon av bakgrunn og mål med prosjektet
2. Kan du fortelle oss om utdannelse og nåværende stilling?
3. Du representerer en del av et større hjelpeapparat for psykiske lidelser: Kan du fortelle nærmere om hvordan dette fungerer for en som trenger hjelp i ditt område?
4. Hvor tilgjengelige er disse tilbudene?

Noen spørsmål knyttet til tvang på det nivået respondenten jobber (Lege/legevakt, kommune, DPS, sykehus)

1. I den grad du er borti tvangsinnleggelser: I hvilken grad er det rus eller andre forhold som foranlediger tvangsbruken? (Kan du angi ca prosentfordeling?)
2. Når på døgnet skjer de fleste tvangsinnleggelser?
3. I den grad det forekommer uberettiget tvangsbruk hva består denne i og hva kan være bakgrunnen?
4. Kan du gi meg ett eller flere eksempler på hvordan dere får til frivillige alternativer til mennesker som ellers ville blitt tvangsinnlagt?
5. Er det din erfaring at pasienter som er innlagt på tvang har en kriseplan der tidligere tiltak ved krise står beskrevet?
6. Evalueres tvangsinnleggelser av hjelpeapparatet i etterkant? (Hvis ja, hvem deltar?)

Noen spørsmål om ledelse og organisasjon knyttet til det nivået respondenten jobber

1. Synes du at målene og oppgavene i din del av behandlingskjeden er klare og tydelige?
2. Synes du at dere har en god organisasjon med hensiktsmessige rutiner og systemer for å håndtere oppgavene på ditt nivå?
3. Er ledelsen opptatt av tvangsbruk i din enhet?
4. Hvordan gir dette seg uttrykk i praktisk arbeid?
5. I hvilken grad bruker dere individuelle planer i pasientbehandlingen?
6. Hva slags kvalitetsikringssystem praktiserer dere i pasientbehandlingen?
7. Kan du kort gi en vurdering av kompetansen i din enhet i forhold til de oppgaver dere er pålagt?
8. Hva slags møtearenaer har dere i enheten hvor dere diskuterer faglige spørsmål?
9. I hvilken grad innhenter og systematiserer dere tilbakemeldinger fra brukere?

Suksessfaktorer og hindringer

1. Hva er de viktigste suksessfaktorene/tiltakene for å redusere tvang på ditt nivå?
2. Hva er de største hindringene?

Spørsmål på overordnet helseforetak-nivå

1. Alt i alt; hvordan vurderer du området du tilhører når det gjelder tvangsbruk?
2. Har du noen oppfatning om hva som kan være bakenforliggende forklaring på forholdet? (Sosiale eller bedriftskulturelle forhold?)
3. Hvordan er arbeidsdelingen mellom kommune, DPS og sykehus i det psykiske helsearbeidet - hvem gjør hva?
4. Synes du at behandlingskjeden som helhet fungerer tilfredsstillende?
5. I hvilken grad vil du si at behandlingskjeden med alle sine institusjoner ledes som en helhet?
6. Finnes det felles møtearenaer mellom de ulike leddene i behandlingskjeden hvor ulike faglige spørsmål som tvang behandles?

Suksessfaktorer og hindringer

1. Hva vil du si er suksessfaktorene knyttet til å redusere tvangsbruken hvis du ser behandlingskjeden under ett?
2. Hva er de viktigste hindringene?

Skaleringsspørsmål

Respondentens enhet:

1. I hvilken grad er mål og oppgaver kommunisert ut i organisasjonen til alle ansatte? 1.....10
2. I hvilken grad systematiserer dere tilbakemeldinger fra brukerne? 1.....10
3. I hvilken grad har dere den nødvendige kompetansen for å gjennomføre oppgavene? 1.....10
4. I hvilken grad har dere rutiner, system og organisasjon som er tilpasset målene? 1.....10
5. I hvilken grad har ledelsen fokus på tvang i sitt daglige virke? 1.....10

Respondentens HF:

6. I hvilken grad har dere et godt utviklet samarbeid mellom de ulike leddene i behandlingskjeden? 1.....10
7. I hvilken grad vil du si at du har tilstrekkelig innsikt i de andre behandlingsleddene? 1.....10
8. I hvilken grad vil du si at det er en helhetlig ledelse av behandlingskjeden? 1.....10

Vedlegg 2

Intervjuguide – brukerinformant

Navn:.....

Stilling:.....

Introduksjon

1. Presentasjon av bakgrunn og mål med prosjektet
2. Kan du fortelle oss om ditt tillitsverv og hva det går ut på?
3. Kan du fortelle oss om hvordan det psykiske hjelpeapparatet fungerer for en som trenger hjelp i ditt område?
4. Hvor tilgjengelige er disse tilbudene?

Noen spørsmål knyttet til tvang

1. I den grad du kommer i kontakt med brukere som har vært tvangsinnlagt: I hvilken grad er det rus eller andre forhold som foranlediger tvangsbruken? (Kan du angi ca prosentfordeling?)
2. Når på døgnet skjer det flest tvangsinnleggelser?
3. I den grad det forekommer uberettiget tvangsbruk hva består denne i og hva kan være bakgrunnen?
4. Er det ditt inntrykk at man i dette helseforetaket søker å finne gode alternative løsninger for mennesker som ellers ville blitt tvangsinnlagt?
5. Kan du i tilfelle gi ett eller flere eksempler på dette?
6. Er det din erfaring at pasienter som er innlagt på tvang har en kriseplan der tidligere tiltak ved krise står beskrevet?
7. Er det ditt inntrykk at tvangsinnleggelser blir evaluert i etterkant av hjelpeapparatet? (Hvis ja; hvem deltar?)
8. Mottar dere mange klager på utilbørlig bruk av tvang? (Hvor mange?)
9. Hva slags klager møter du hyppigst i forbindelse med tvang?

Nærmere om hjelpeapparatet

1. Hvordan synes du at de ulike enhetene i behandlingskjeden fungerer: Vi tenker her på det kommunale apparat, DPS og sykehus?
2. Ut fra din erfaring: Hva fungerer bra/mindre bra i hver enkelt enhet
3. Har du inntrykk av at det er en funksjonell arbeidsdeling mellom disse enhetene?
4. Er det forhold ved ledelse, organisasjon og bedriftskultur som påvirker tvangsbruken i helseforetaket i den ene eller den andre retningen?
5. I hvilken grad blir dere som representerer brukerne bedt om å gi tilbakemeldinger på helseforetakets pasientbehandling?
6. Ut fra din erfaring, er brukerne flest fornøyd med behandlingen her ved helseforetaket?

Suksessfaktorer og hindringer

1. Hva tror du vil være de viktigste suksessfaktorene/tiltakene for å redusere tvang i ditt helseforetak?
2. Hva vil være de største hindringene?

Skaleringsspørsmål

1. I hvilken grad blir pasientorganisasjonenes invitert til å gi tilbakemeldinger til helseforetaket?
   1.....10 (i stor grad)
2. I hvilken grad føler pasientorganisasjonens medlemmer at de får god behandling i helseforetaket? 1.....10
3. I hvilken grad mener pasientorganisasjonen at ledelsen i helseforetaket har tilstrekkelig fokus på alternativer til tvang?
   1.....10
4. I hvilken grad føler pasientorganisasjonene at hjelpeapparatet setter pasienten i fokus?
   1.....10

Rapporten "Frivillighet før tvang – Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helse" bygger på en intervjuundersøkelse. Den gjengir konkrete forslag fra brukere og ansatte fra 4 opptaksområder om hvordan det kan gis frivillig hjelp til mennesker som i dag blir underlagt tvungent psykisk helsevern.

Rådet for psykisk helse er en humanitær organisasjon som skal bidra til et best mulig liv for barn og voksne med psykiske lidelser og deres pårørende, og skape et rausere samfunn som bidrar til god psykisk helse. Vi arbeider for å:

- Fremme menneskeverdet ved et samfunnspolitisk engasjement for helse-, omsorgs- og velferdsgoder til psykisk syke
- Styrke forståelsen gjennom opplysningsarbeid til brukere, fagfelt og allmennhet
- Forbedre tjenester ved å ta initiativ til og støtte forskning og fagutvikling for å sikre økt kunnskap, styrket forebygging og bedre behandling
- Fremme psykisk helse internasjonal gjennom å bidra til et helhetlig bistands- og utviklingsarbeid

Rådet for psykisk helse er en paraplyorganisasjon og har medlemsorganisasjoner i følgende kategorier:

- Bruker- og pårørende organisasjoner
- Universiteter og høgskoler
- Fag- og profesjonsorganisasjoner
- Humanitære organisasjoner

con moto

Rådet for psykisk helse

Besøksadresse: Dronningensgate 13, 0152 Oslo
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Telefon: 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

www.psykiskhelse.no

RÅDET FOR PSYKISK HELSE

Prosjektet Frivillighet før tvang er finansiert av Helsedirektoratet

ISBN 978-82-91-63544-6