

Tvang i psykisk helsevern

Redelig tvang

Nina Strand

journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

Marianne Lind

Når et menneske er alvorlig psykisk syk og dømmekraften er satt ut av spill, må man gripe inn. – Noe annet ville være omsorgssvikt. Men målet er autonomi. Det må en aldri tape av syne, sier Asbjørn Kolseth.



AKUTTPSYKOLOG: Asbjørn Kolseth jobber på Akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus. – De fleste av pasientene her legger seg inn og lar seg behandle frivillig. Bruk av tvang er og blir et unntak. Helsehjelp skal bygge på samtykke, sier han.

Tallet på tvangsinnleggelses og bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern skal ned, her er det klar tale fra politisk hold. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kom Helsedirektoratet i 2006 med *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Planen skulle bidra til gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, hvor mest mulig frivillighet i behandlingen var et uttalt mål. Men tall fra ulike studier i de siste årene tyder på at tvangsbruken i Norge har ligget stabilt høyt

sammenlignet med andre land i Europa, opplyser helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i tiltaksplanens forord.

Blir man for redd i denne jobben, gir man dårlig behandling. Hvis jeg overtar pasientens autonomi lenger enn strengt nødvendig, bryter jeg med mine egne verdier

Etter at norske psykologer i 2001 fikk rett til å gjøre vedtak om tvang i psykisk helsevern, var Asbjørn Kolseth blant de første psykologene som fikk dette ansvaret. Vi sitter på kontoret hans på Akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus, hvor han har hatt sin arbeidsplass i sju år – i dag som sjefpsykolog.

– Hvordan er det å være ansvarlig for at folk blir utsatt for tvang?

– Nå er det jo sånn at de aller fleste av pasientene her både legger seg inn og lar seg behandle frivillig. Bruk av tvang er og blir et unntak. Helsehjelp skal bygge på samtykke. Det er grunnleggende, understreker han.

– Men så er det noen ganger at det ikke går. Hvis personen alvorlig syk og har mistet dømmekraften, må man gripe inn. Jeg håper det ville skjedd med meg også hvis jeg kom i en slik situasjon.

Ut av gråsonen

Kolseth begynte som psykolog i dette feltet fordi han ønsket å prøve ut rollen som vedtaksansvarlig, en rolle som åpnet for mer faglig ansvar for psykologer også på sykehusavdelinger i psykisk helsevern. Han var opptatt av frivillighet og samarbeid, og ønsket sterkt at pasientene selv skulle forstå at de var behandlingstrengende. I den første tiden brukte han derfor mye tid og krefter på å motivere og overtale pasientene til å ta imot behandling.

– Jeg gikk nok litt langt i overtalelsen, og forsto etter hvert at jeg kom inn i en gråsoner, der jeg utsatte personen for utilbørlig press. Derfor sluttet jeg med dette. Nå er jeg blitt mer opptatt av *redelig tvang*.

– Hva legger du i begrepet *redelig tvang*?

– Først og fremst ærlighet og respekt, svarer psykologen.

– Det kan være vanskelig å forklare en person med alvorlig realitetsbrist at han tar feil og trenger behandling, det ligger i psykosens natur. Situasjonen kan bli enda mer fastlåst hvis en blir veldig ivrig med å påpeke feil og logiske brister i pasientens tenkning. I første omgang må en være åpen for at pasienten ikke er psykotisk, og dernest forklare hvordan en selv ser situasjonen og sjekke ut om pasienten kan forstå det.

Men hvis pasienten til tross for bekymringer hos pårørende og helsepersonell ikke vil ta imot behandling, forsøker Kolseth å skape respekt for uenigheten.

– Samtidig er det viktig å være redelig og ikke tilsløre maktforholdet som ligger i at en da bestemmer for eksempel at pasienten må bli i avdelingen mot sin vilje, påpeker han.

Autonomi skritt for skritt

Det er spesielt å utsette noen for frihetsberøvelse uten at de har gjort noe galt. Desto mer forsiktig og omtenksum må man være, ifølge psykologen. Tvangen er midlertidig, det er et grunnleggende premiss. Behandlingen må rettes mot at pasienten skritt for skritt skal vinne tilbake autonomien. Det

kan handle om at man får gå ut med følge og etter hvert uten følge, eller at man går over fra å mates med sonde til å spise selv, før man kan klare å spise sammen med andre.

Autonomi er et begrep psykologen stadig vender tilbake til i sin forklaring om hvordan man tenker og jobber på en avdeling der tvangsinnleggelse og tvangsmidler om nødvendig tas i bruk for å hjelpe folk på vei til bedring. I dette tilsynelatende paradokset ligger utfordringer som synes spesielle, men som kan hende er gjenkjennbare også for psykologer som i utgangspunktet føler stor avstand mellom sitt daglige virke og arbeidet på en akuttavdeling.

- All behandling inneholder et element av tilbakeføring eller styrking av autonomi, sier Kolseth.
- *Men bruk av tvang kan vel være skadelig for relasjonen mellom terapeut og pasient?*
- Ja. Tvang er en dårlig start på en relasjon. Derfor vil det ofte være riktig å skille mellom vurderinger og vedtak på den ene siden og behandling på den andre, slik at den som står for vedtaket, ikke blir vedkommendes behandler. På den annen side tenker jeg at det ikke er noen god behandlingsrelasjon hvis terapeuten ikke kan være ærlig om sin bekymring eller sine vurderinger selv om pasienten er uenig eller ikke liker dem. Uærlighet og jacting gir ingen god behandling i lengden.

Reduserer tvang

– *Hvilken rolle spiller Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det daglige arbeidet hos dere?*

– Den blir tatt alvorlig. I de senere årene har vår avdeling oppnådd en vesentlig reduksjon både i tvangsinnleggelse og i tvangsbehandling, svarer Kolseth.

Holdninger, organisering og ledelse var stikkord i akuttavdelingens arbeid for å redusere tvang, forklarer han. Avdelingen er organisert med et mottak som gjør alle vurderingene av innleggelse for pasientene legges inn på poster som er spesialiserte på henholdsvis psykoser, psykoser og rus, affektive lidelser og traumer. De som jobber på mottaket, blir spesielt gode på oppgavene som må gjøres nettopp her: vurderinger og det å håndtere urolige personer uten å bruke makt.

Også på postene har man klart å redusere bruk av tvang. Spesielt har en satset på å redusere bruk av beltelegging. Da trenger en alternativer til tvangsmiddelet. Enkle tiltak, kaller psykologen det. De ansatte har tatt i bruk skåringsinstrumenter som gjør at en tidlig kan fange opp aggresjon og konflikter som i verste fall kan utvikle seg til å bli farlige. Så har de jobbet med å få et større repertoar for å dempe uro og konflikter. På vaktrommet finnes en liste med eksempler på intervensjoner som alle må lære seg. Det kan dreie seg om å trygge pasienten, avklare eventuelle misforståelser, eller prøve å forstå hva pasienten er redd eller sint for. Andre ganger kan en tilby medisiner, gå en tur, eller spørre om pasienten vil ringe til noen han eller hun stoler på, familie eller en venn.

Etter hvert blir intervensjonene en naturlig del av kulturen blant de ansatte, forklarer psykologen.

- Et hardt nei til en pasient som ønsker noe, kan øke konfliktnivået. Det å bli sett og forstått er viktig når en føler seg utrygg eller urolig, og en må hele tiden jobbe for å styrke og bevare relasjonen til pasienten.

Ønsker ikke lovendring

Regjeringen har nedsatt et utvalg som skal vurdere lovgivningen ved tvang i psykisk helsevern. Det finnes dem som vil fjerne behandlingskriteriet som går ut på at tvang kan brukes hvis pasienten ellers vil bli vesentlig verre eller få utsikten til bedring sterkt redusert. Kolseth stiller seg ikke bak det forslaget.

- Jeg er skeptisk til å fjerne behandlingskriteriet. Får vi en slik lovendring, tror jeg mange vil lide. Enkelte ganger er tvang nødvendig for å hindre at folk går til grunne. Alternativet er omsorgssvikt.

Tar man bort behandlingskriteriet, er jeg redd for at farlighetskriteriet vil bli brukt mer, ved at man strekker grensene for hva som skal til for å oppfylle det. Det er mer stigmatiserende å være innlagt på tvang fordi en er farlig enn fordi en trenger behandling.

Bruk av tvang er sterkt lovregulert, poengterer psykologen. Ved for eksempel skjerming, som er et sterkt inngrep i ens personlige frihet, skal en så raskt som mulig ta skritt for å se om vedkommende tåler flere inntrykk og mer frihet.

– I alvorlig krise trenger vi først og fremst andre mennesker, og det å bli isolert fra andre er og blir et unntakstilfelle.

Må være modige

Kolseth jobber i et felt som er utsatt for stort press, med krav fra myndighetene om å endre praksis, og med stor oppmerksomhet fra mediene. Det kan dreie seg om kritikk fra pasienter som har blitt krenket, om at en pasient har begått selvmord etter utskrivelse, eller at en pasient har skadet noen under en permisjon.

– *Ligger angsten i bakhodet?*

– Ja. Angsten for å gjøre feil vil nok alltid ligge der som en del av vårt arbeid. I beste fall holder den oss skjerpet, i verste fall kan vi bli redde og dermed for restriktive. Det er jo slik at på den ene siden får vi kritikk fra samfunnet for unødige å legge folk inn med tvang og holde dem for lenge. På den annen side kritiseres vi for å utskrive pasienter for tidlig. I denne situasjonen må vi være modige og stole på vurderingene vi gjør.

Det er en treningssak å ha ansvar, mener han. Og det hjelper med faglig enighet om avgjørelsene. Uten å godta risiko, kommer man ingen vei på dette feltet. Politisk legges det sterk vekt på frivillighet, på pasientens egne valg og eget ansvar, men samtidig ser han en rask dreining over på helsevesenets ansvar når pasienten har gjort gale valg.

– Men blir man for redd i denne jobben, gir man dårlig behandling. Hvis jeg overtar pasientens autonomi lenger enn strengt nødvendig, bryter jeg med mine egne verdier, sier Kolseth.

– *Brukermedvirkning, blir det bare et fint ord i din sammenheng?*

– Slett ikke. Kjernen i begrepet brukermedvirkning er jo å bestemme over seg selv. Med andre ord autonomi, som nettopp er det vi skal hjelpe pasienten med å utvikle. Tanken om brukermedvirkning stemmer godt med verdiene vi jobber ut fra.

Et optimistisk sted

Selv jobber han på traumeposten ved akuttavdelingen. Et givende arbeid, med høy grad av faglig utvikling, ifølge Kolseth, som synes det er meningsfullt å gi hjelp til mennesker som lider så mye. De aller fleste blir raskt bedre.

– Det ligger jo i sakens natur. Mange som kommer hit, er svært dårlige. De blir bedre bare ved å bli tatt hånd om.

Helst vil han snakke om de gode resultatene og det som inspirerer. Men noen av pasientene kommer tilbake – gang på gang. Fortsatt er livet deres så vanskelig at de blir syke av det. Noen av de som kommer tilbake, har det bedre på sykehuset enn utenfor. Det er vondt og slitsomt å være vitne til, og som fagperson kan man kjenne maktesløshet.

– Men vi har mye å tilby de aller fleste som kommer hit, og vi ser store endringer på kort tid.

Dette er et optimistisk sted, forsikrer Asbjørn Kolseth.

SERIE: TVANG I PSYKISK HELSEVERN

- Det er ti år siden Lov om psykisk helsevern åpnet for at spesialister i klinisk psykologi kunne stå ansvarlig for vedtak om tvang i psykisk helsevern
- Det er store geografiske variasjoner i bruk av tvang i Norge, og tvangsbruken her til lands ser ut til å ligge høyt sammenlignet med andre land i Europa
- Et utvalg nedsatt av Regjeringen gjennomgår lovverket for tvang i psykisk helsevern, og leverer sin innstilling den 30. mai i år
- Politikere, helsemyndigheter og brukerorganisasjoner legger sterk vekt på å få ned antall tvangsinnleggelseser og redusere bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern
- Mange fagmiljøer omkring i landet jobber med å redusere bruken av tvang

nina.strand@psykologforeningen.no