

Hvorfor har vi ikke lykkes med å redusere tvangen i Norge?

Trond Hatling

Erlend Bugge

20 år med politiske ambisjoner om å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern har ikke gitt ønskede resultater. Kunnskaper om hvordan vi kan lykkes med endringer i klinisk praksis, finnes, men anvendes ikke.

20 år med politiske ambisjoner om å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern har ikke gitt ønskede resultater. Kunnskaper om hvordan vi kan lykkes med endringer i klinisk praksis, finnes, men anvendes ikke.

Både nasjonalt og internasjonalt har en lenge arbeidet mot bruk av tvang i psykisk helsevern. Her hjemme har dette blant annet kommet til uttrykk gjennom Stortingets behandling av revisjonene av psykisk helsevernloven i 1999, 2007 og 2017. Internasjonalt har tvangsbruk vært tematisert både gjennom FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter (på engelsk forkortet CRPD) fra 2006 og i vedtak fra Europarådets parlamentarikersamling i 2019. Gode intensjoner til tross, tvangstallene har snarere økt enn falt de siste 20 årene. Heller ikke psykologenes inntog som vedtaksansvarlige i 1999 har hatt noen synlig effekt på tvangsbruken. Paradoksalt nok har det i den samme perioden vært gjennomført en rekke studier som viser at det er mulig å redusere bruk av tvang. Et nærliggende eksempel er det såkalte Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang fra 2000/2001, hvor man fikk en klar nedgang i bruk av tvang ved å involvere det kliniske miljøet (Den norske legeforening, 2011).

Målet med dette essayet er å belyse utviklingen i tvang i det psykiske helsevernet siden tusenårsskiftet. Først gjennomgår vi hvilke betingelser som må være til stede for å lykkes med endringer i komplekse tjenestesystemer. Deretter presenteres utviklingen i tvangsinnleggelser og tvangsmidler fra år 2000, før vi viser hva som er blitt gjort fra sentrale helsestyresmakter for å realisere målet om å redusere bruken av tvang. Til slutt drøfter vi i hvilken grad endringsbetingelsene er blitt oppfylt i arbeidet for å redusere bruk av tvang.

Endringer i komplekse tjenestesystemer

Endring dreier seg ikke bare om hva man gjør, men også om når og hvordan man gjør det. En sentral suksessfaktor i endringsarbeid er involvering av endringsaktørene (det vil si de som skal utføre endringene, og de som berøres av dem (Nilsen et al., 2020), beslutninger om hvilken type tvang man bør redusere, hvilke målsettinger man skal ha, hvilke metoder man skal implementere og så videre. En slik prosess vil normalt ta lang tid og bør heller forstås som en «utviklingsmessig evolusjon» enn som et tidsavgrenset prosjekt (Ovretveit et al., 2012). Varige endringer i arbeidsmetoder og holdninger blant de titusenvis som arbeider i det psykiske helsetilbudet i primær- og spesialisthelsetjenesten, innebærer således en tidshorisont på flere år. Her er det betimelig å fremheve en annen gylden regel for endring, nemlig trinnsvis implementering, med fokus på noen få, helst bare ett, mål til å begynne med (JICA, 2013). Lykkes man med ett konkret og tidfestet mål (IHI, 2021b), kan man legge til flere og høyne lista for hva man ønsker å oppnå. Å fokusere på ett mål innebærer imidlertid ikke at man bruker bare én tilnærming. Forskningen viser at det sannsynligvis er når man bruker flere metoder på

flere nivåer (multimodal tilnærming), at man lykkes best med å redusere bruken av tvang (Gooding et al., 2020). Et kjennetegn ved disse metodene er ikke bare et enøyd fokus på reduksjon av tvang, men også samtidige og komplementære tiltak for å styrke frivillighet og samarbeid.

Et ofte underkjent element i implementering av nye metoder er kommunikasjon om hensikten med intervensjonen: Hvorfor bør vi gjøre ting annerledes? Hva er den forventede gevinsten av å gjøre ting annerledes (IHI, 2021a)? Et nøkkelpoeng her er at kommunikasjonen må synliggjøre den antatte gevinsten for de kliniske miljøene. Reduserte tvangstall vil i seg selv neppe være tilstrekkelig motivasjon for endring. Nedgang i tvang må også kunne begrunnes i at potensielle ulemper ved en slik nedgang er relativt mindre enn den forventede gevinsten. Et eksempel kan være at arbeidsmetodikk som øker graden av frivillighet og medbestemmelse, kan gi like gode behandlingsresultater uten for eksempel en vesentlig økning i antall innleggelses (Molyneaux et al., 2019). Dette kan knyttes til en annen læresetning innen organisasjonsteori, nemlig at implementerte tiltak må være kompatible med den eksisterende tenkning og kultur (Sanson-Fisher, 2004). Konkret innebærer dette blant annet at tiltak for å redusere tvang må ta utgangspunkt i hvordan beslutningene om tvang fattes, og utfordre de bakenforliggende antagelsene (Mannion & Davies, 2018). En viktig del av en strategi for tvangsreduksjon blir dermed opplæring, hvor studier på effekten av tvang har en naturlig plass, likeså tiltak for frivillighet. Opplæring i vitenskapelig tenkning og etisk refleksjon hører også hjemme i dette. En slik opplæring kan belyse rådende grunnlagstenkning omkring tvang, i tillegg til at det gir et felles kunnskapsgrunnlag, som i sin tur bidrar til omforente målsettinger og metoder (Wensing et al., 2020).

... det er mulig å redusere bruk av tvang

Organisasjon

Selv om det meste av endringsarbeidet må utføres av dem som jobber i de psykiske helsetjenestene, kreves det en superstruktur som er dedikert til å redusere bruken av tvang. En slik organisasjon må ha en ledelse og enheter for brukerstøtte/opplæring, rapportering og så videre. Eksisterende litteratur indikerer at man har best sjans for å lykkes om en slik organisasjon er enkel, ubyråkratisk og lite hierarkisk, med en operativ profil innrettet mot hjelp, støtte og motivering (Nystrom, 2009; Vaughn et al., 2019). Prosessen må også forankres i organisasjon og ledelse på ulike nivåer av de psykiske helsetjenestene, det vil si nasjonalt, regionalt og lokalt, med fastsettelse av ansvar, målsettinger og måltall. Endringsarbeidet må selvsagt omfatte alle som jobber innen de psykiske helsetjenestene, men henvisende leger og vedtaksansvarlige spesialister er særlig viktige å inkludere. Her viser forskningen at hvis ikke nøkkelgruppene er på rett side av endringsarbeidet, er faren for å mislykkes stor (Daly et al., 2014; Leite et al., 2020).

Løpende statistikk

En grunnleggende forutsetning for alt endringsarbeid er at man vet hvor man er, og hvor man skal. Det betyr at man trenger konkret og målbar informasjon (tall) om hvordan man beveger seg i forhold til de mål man har satt (Shah, 2019). Som et minimum må informasjonen (tallene) være tilgjengelige på organisasjonsnivå, fortrinnsvis på enhetsnivå. Effektivt endringsarbeid kan bare skje dersom det er en direkte forbindelse mellom endringsaktørene, tiltakene og oppnådde resultater; de som jobber med implementeringen av endringene, må se at innsatsen gir utslag i måltallene. For at dette skal være mulig, må det også være tidsnærhet mellom iverksettelse av tiltakene og resultater (Islam & Li, 2019). Tall for de utvalgte målene må altså være ferske, gjerne oppdatert ukentlig, fordi dette gir større

sikkerhet for at det man gjør, kan relateres til de resultater man får. Blir tall publisert på kvartals- eller årsbasis, er det helt i det blå for endringsaktørene om disse kan knyttes til anstrengelser den siste tiden.

Hva har vært gjort?

... tiltak for å redusere tvang må ta utgangspunkt i hvordan beslutningene om tvang fattes, og utfordre de bakenforliggende antagelsene

Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene

I de årlige oppdragsdokumentene formidler Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sine krav til de regionale helseforetakene (RHF). En gjennomgang av dokumentene som er tilgjengelig på departementets hjemmeside, viser at man i alle år siden 2002 har stilt krav om redusert tvangsbruk i spesialisthelsetjenesten.

Oppdragsdokumentene inneholder også spesifikke mål som alle RHF-ene skal nå innen de ulike områdene, såkalte styringsparametere. Dette omfatter alt fra fristbrudd til sykehusinfeksjoner. Kravene til hva som skal rapporteres, og hvilke mål som skal nås, har imidlertid vært varierende. Siden 2010 har det vært definert styringsparametere for tvangsbruk, og gjennom årene har det variert hvilke parametere man har fokusert på. Til og med 2017 var det kun andel tvangsinnleggelse som skulle rapporteres, med unntak av 2013, hvor HOD også ba om andel tvangsbehandlingstiltak. I 2018 ba de om både andel tvangsinnleggelse og antall tvangsmidler, for dernest kun å be om det siste fra 2019. Man har de fleste årene hatt en formulering om at tvangsbruken skal være redusert sammenlignet med året før, mens man for 2014 stilte et spesifikt krav om 5 % reduksjon.

En viktig måte HOD kan følge med på utviklingen på, er gjennom RHF-rapporteringen på styringsparametere, hvor hyppighetskrav signaliserer HODs vektlegging. For tvangsbruk har det variert om man har krevd tertialvis eller årlig rapportering (flest årlig). Til sammenligning har HOD siden 2014 krevd månedlig rapportering for gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Styringsparametere på tvangsområdet har med andre ord verken lagt opp til hyppighet eller målbarhet i tråd med kunnskapen om endringsarbeid.

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern

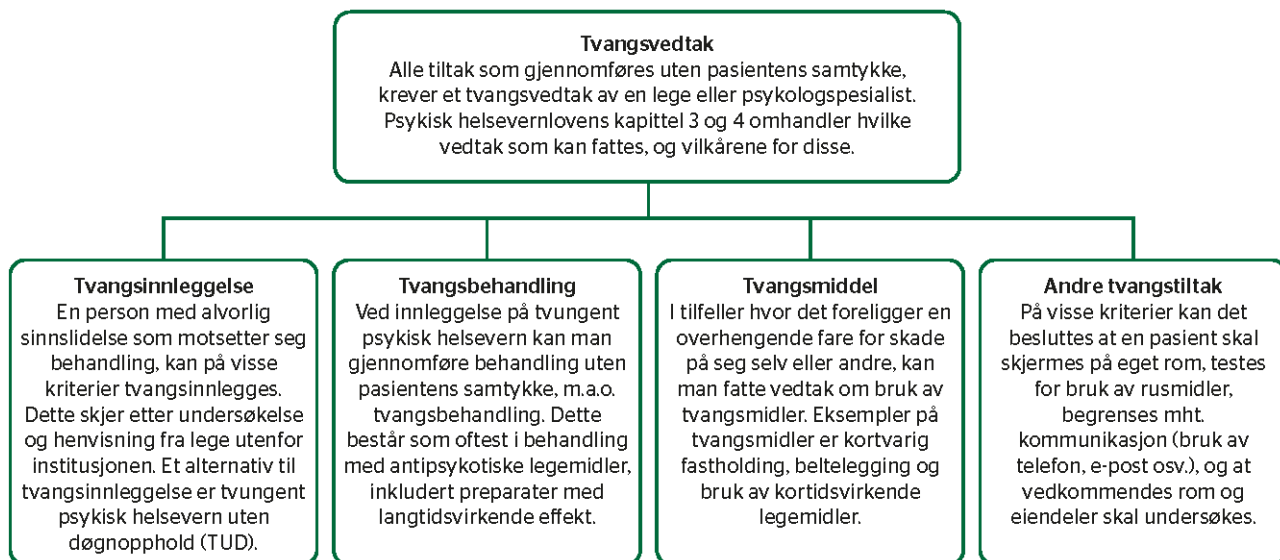
Helsedepartementet ga i 2003 Sosial- og helsedirektoratet i oppgave å utarbeide en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Den ferdige planen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) hadde fire hovedmålsettinger: økt frivillighet ved innleggelse, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk. De fleste av de 29 tiltakene var innen de to første målområdene. Ansvar for gjennomføringen ble i all hovedsak lagt til direktoratet, i samarbeid med instanser som regionale helseforetak, yrkes- og brukerorganisasjoner med videre. Ingen av tiltakene var direkte rettet mot å redusere tvang, men omfattet i hovedsak utarbeidelse av faglige anbefalinger for å styrke tjenestetilbudet (funksjonsdelingen mellom sykehus og DPS, akutteam mv.). Flere av tiltakene var relativt vagt formulerte. Eksempelvis skulle man vurdere å etablere opplæringsprogram for ansatte. Både tiltaksplanens egen omtale av personalets kompetanse, datidens kunnskapsstatus og den lange prosessen for å utvikle MAP (<https://sifer.no/undervisning/map-mote-med-aggresjon-og-vold-i-psykisk-helsevern/>) tilsier at man allerede da burde sørget for å etablere et slikt opplæringsprogram. I planen fremkom det ikke hvordan den skulle ledes, koordineres eller følges opp underveis.

Ingen reduksjon i bruken av tvang

Psykisk helsevernloven hjemler bruk av tvang på en rekke områder. Grovt sett kan disse deles inn som i figur 1.

Figur 1

Sentrale begreper innen tvungent psykisk helsevern



En nærmere beskrivelse av de fleste tvangshjemlene framstilles i tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over typer av tvang og vilkår for bruk av disse i psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven	Type tvang	Vilkår for bruk av tvang
Innleggelse på tvungent psykisk helsevern		
<i>Frivillighet skal være forsøkt før tvangsinnleggelse, og det skal gjøres en helhetsvurdering om hvorvidt tvangsinnleggelse er til det beste for pasienten. Pasienten skal undersøkes av lege forut for innleggelsen og av lege- eller psykologspesialist ved ankomst til institusjonen.</i>		
§ 3-2	Innleggelse for tvungen observasjon	Alvorlig sinnslidelse er overveiende sannsynlig. Pasienten mangler evne til å samtykke, ev. må det foreligge fare for eget liv eller andres liv eller helse.
§ 3-3	Tvangsinnleggelse	Alvorlig sinnslidelse (f.eks. psykose) foreligger. Pasienten mangler evne til å samtykke, samt at det må foreligge fare for eget liv eller andres liv eller helse, og/eller behandling er nødvendig.
Tvangsmidler og tvangsbehandling		
<i>Bruk av tvang skal begrenses til det strengt nødvendige og ha kortest mulig varighet. Tvangsiltak skal være minst mulig inngripende, og effekten av tiltaket må klart oppveie ulempene. All bruk av tvangsmidler/-behandling skal nedtegnes i egen protokoll.</i>		
§ 4-3	Skjerming	Pasienten kan holdes atskilt fra medpasienter dersom den psykiske tilstanden eller utagerende adferd gjør det nødvendig.
§ 4-4	Tvangsbehandling	Ved en alvorlig sinnslidelse kan pasienten behandles med legemidler mot sin vilje. Ved en alvorlig spiseforstyrrelse kan pasienten behandles med ernæring mot sin vilje.
§ 4-5	Innskrenking av kommunikasjon	Ved sterke behandlingsmessige eller velferdsmessige grunner, eller ved sterke hensyn til nærstående person, kan det besluttes begrensninger i pasientens rett til å motta besøk, bruke elektronisk kommunikasjon eller sende/motta pakker.
§ 4-6	Undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon	Ved begrunnet mistanke om at rusmidler, farlige gjenstander eller lignende innføres i en institusjon, kan pasientens rom eller eiendeler undersøkes, ev. kan det også gjennomføres kroppsvisitasjon.
§ 4-7	Rusmiddeltesting	Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan det tas prøver av pasienten for å avdekke dette.
§ 4-8	Bruk av tvangsmidler	For å hindre at en pasient skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar etc., kan det brukes tvangsmidler som fastholding, beltelegging og korttidsvirkende medikamenter.

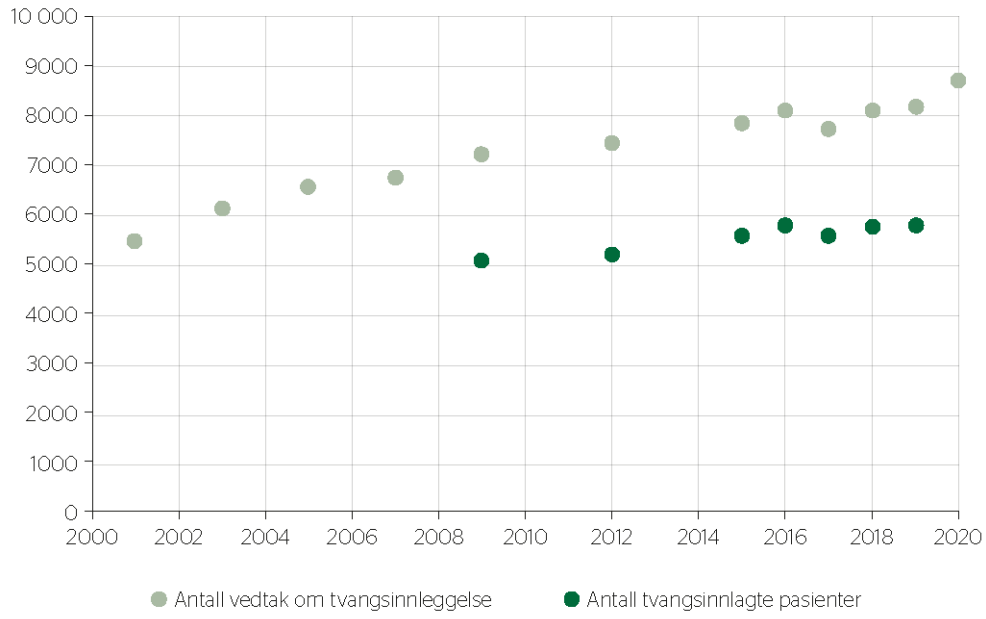
Det er bare for tvangsinnleggelse og tvangsmidler vi har utviklingstall på nasjonalt nivå for de siste 20 årene. For tvangsmidler har det vært benyttet ulike innsamlingsmetoder, og tallene for tvangsinnleggelse har vært beheftet med manglende innrapportering fra noen geografiske områder enkelte år. Det primære for vårt formål er å vise de grove utviklingstrekkene, men det må tas forbehold om nøyaktigheten i tallene for enkeltår (jf. tekst til den enkelte figur).

Utvikling i tvangsinnleggelse

I figur 2 viser vi antall tvangsinnleggelse (tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern) og antall personer tvangsinnlagt det enkelte år. Fordi noen pasienter tvangsinnlegges flere ganger i løpet av et år, er antallet tvangsinnleggelse høyere.

Figur 2

Tvangsinnleggelse og tvangsinnlagte i Norge



Merknad. Antall tvangsinnleggelseser i Norge i perioden 2001–2020 samt antall personer tvangsinnlagt 2008–2019.

Som det framgår av figur 2, har det over 20-årsperioden vært en økning både i antall tvangsinnleggelseser og antall tvangsinnlagte. For tvangsinnleggelseser har en over mange år manglet pålitelige og komplette opplysninger. For perioden fram til 2011 er de publiserte tallene estimerer (høy/lav). Vi har derfor av framstillingshensyn valgt å presentere et gjennomsnitt for noen år i figuren over. Tallene for 2001–2006 er hentet fra Bremnes et al. (2008b), for 2007–2010 fra Helsedirektoratet (2012), for 2011 fra Helsedirektoratet (2014), for 2012–2018 fra Helsedirektoratet (2021a) og for 2019–2020 fra Helsedirektoratet (2021b).

En definerer her «riktig bruk» av tvang til å «være en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter»

Utvikling i bruk av tvangsmidler

I figur 3 viser vi utviklingen i samlet bruk av tvangsmidler (mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og holding), både antall pasienter det er fattet vedtak overfor (inkluderer for 2001–2012 også skjerming) og antall vedtak/ganger.

Figur 3

Utvikling i bruk av tvangsmidler

Merknad. Antall vedtak som ble fattet 2001–2018, og antall pasienter som fikk vedtak om bruk av tvangsmidler i perioden 2001–2020.

For perioden 2001–2012 ble opplysningene om bruk av tvangsmidler samlet inn manuelt, for 2001–2006 av Bremnes et al. (2008a), for 2009 av Bjørkly et al. (2011) og for 2012 av Knutzen et al. (2014). For tvangsmidler ble datakvaliteten i Norsk Pasientregister (NPR) i flere år etter dette vurdert som for lav til å bli publisert. Muligens som et resultat av at VG i 2016 skrev en rekke artikler om tvangsmiddelbruk, herunder manglene ved offentlig statistikk (<https://www.vg.no/spesial/2016/tvangsprotokollene/>), har man publisert opplysninger om tvangsmidler fra NPR fra 2015 (Helsedirektoratet, 2021a, 2021b). Tallene for periodene før 2012 og etter 2015 er derfor basert på ulike datainnsamlingsmetoder, og det er grunn til å anta at utviklingen på tvers av disse periodene ikke er direkte sammenlignbare. Derimot viser utviklingen innen hver av periodene en til dels betydelig økning i bruk av tvangsmidler.

Strategi for økt frivillighet

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) består av tre plandeler: en nasjonal, en regional og en lokal del (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Strategien hadde tre hovedmål: Tjenestene skal i størst mulig grad være basert på frivillighet, de skal være av en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minimum og aldri brukes der det ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter, samt at all tvangsbruk skal registreres og innrapporteres til NPR. Det erkjennes at man ikke har oppnådd målet om å redusere bruken av tvang, tross gjentatte styringssignaler til RHF-ene og at de fleste tiltakene i tiltaksplanen fra 2006 er blitt gjennomført.

I den nasjonale delen av strategiplanen kobles tvangsbruken til større samfunnsmessige trekk og utviklingen av helsetjenestene (Meld. St. 47 (2008–2009)). Strategien viser til de ulike strukturelle grepene i Samhandlingsreformen og hvordan disse kan bidra til å redusere bruken av tvang. Blant

annet peker den i kapittel fire på områder som godt utbygde og tilrettelagte tilbud i kommunen – et sted å bo, noe å leve av og noe å leve for, god oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse – tilgjengelige og sammenhengende psykiske helsetjenester, samt god beredskap, – kompetente og tilgjengelige akutt-tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Strategien peker også på at det er en forutsetning at man kontinuerlig monitorerer tvangsbruk på både lokalt og nasjonalt nivå for å lykkes i arbeidet med å redusere bruken av tvang.

Den viktigste endringen i 2017-revisjonen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke skulle kunne tvangsinnlegges eller tvangsbehandles, selv om de hadde en alvorlig sinnslidelse

Samtidig hevdes det at det ikke er godt nok faglig grunnlag for å fastsette nasjonale normtall for tvangsbruk, selv om de regionale og lokale planene forutsettes å inneholde konkrete og målbare tiltak. I den regionale og lokale delen ba departementet om at det ble utarbeidet eksplisitte planer for reduksjon av tvang, men disse skulle bare sendes HOD til orientering. Mens tiltaksplanen av 2006 brukte begrepene redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, inneholder strategiplanen begrep som økt frivillighet og riktig bruk av tvang. En definerer her «riktig bruk» av tvang til å «være en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter» (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 13). I hvilken grad riktig bruk av tvang i en slik forståelse fører til redusert bruk av tvang, blir ikke drøftet.

Det forutsettes at de regionale helseforetakene i sine planer tilfredsstiller departementets krav, og at disse blir gjennomført og fulgt opp.

Helsedirektoratet gis ansvaret med å iverksette tiltakene i den nasjonale plandelen, samt følge utviklingen og understøtte implementeringen av lokale og regionale planer. Helsedirektoratet skulle blant annet sette i gang informasjons- og kommunikasjonstiltak for å understøtte iverksettingen av en samlet strategi, og skape arenaer for kunnskaps- og erfaringsutveksling på ulike nivåer og på tvers av helseforetak og helseregioner. Dette ble så vidt vi kjenner til ikke gjennomført. Den nasjonale plandelen inneholder 14 tiltak, men de to mest konkrete og klinikknære tiltakene ble aldri realisert. Det ene var å utarbeide en felles veileder om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det andre var å utgi et tipshefte til begge tjenestenivå om frivillige og brukerstyrte tilbud.

Det ble forventet at Helsedirektoratet og RHF-ene dekket merarbeidet med å realisere strategien innen eksisterende budsjetter.

Lov-initiativ

Det har de siste 20 årene vært to lovrevisjoner, i henholdsvis 2007 og 2017. Det har også vært satt ned to lovutvalg, Paulsrud-utvalget (Regjeringen, 2011) og Tvangslovutvalget (Regjeringen, 2019).

I korthet innebar lovrevisjonen i 2007 noen få innstramminger i enkelte paragrafer, samt at kortvarig holding ble definert som tvangsmiddel. Den viktigste endringen i 2017-revisjonen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke skulle kunne tvangsinnlegges eller tvangsbehandles, selv om de hadde en alvorlig sinnslidelse. Unntaket var om de var til fare for eget liv eller andres liv og helse. I formålsbestemmelsen til 2017-revisjonen fremkom det for øvrig at loven skulle «... forebygge og begrense bruken av tvang». Med fasit i hånd (se figur 2, 3 og tabell 1) kan vi fastslå at lovrevisjonene ikke har hatt noen tvangsreducerende effekter.

Paulsrud-utvalgets forslag ble i realiteten lagt i en skuff, da det kun ble nevnt i en bisetning i statsbudsjettet som ble lagt fram samme år. Mange av problemstillingene fra Paulsrud-utvalget ble likevel videreført i Tvangslovutvalget, som skulle se på mulighetene for en felles lov på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder (psykisk helse, rus mv.). Det er ennå ikke klart hva som blir resultatet av dette arbeidet. I den siste av to høringer til den såkalte tvangsbegrensningsloven fra Tvangslovutvalget er HOD særlig interessert i å få innspill på konsekvensene av implementering av loven.

Hvorfor uteblir reduksjon i tvangsbruk?

Både tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler har økt gjennom disse 20 årene, stikk i strid med politiske ambisjoner og styringssignaler. Oppsummert viser en gjennomgang av de sentrale offentlige initiativene for å redusere bruken av tvang at det ikke har vært mangel på planer. Det har heller ikke manglet kunnskap om status når det gjelder tvangsbruk, både gjengitt i de to plandokumentene og gjennom regelmessige publikasjoner fra SINTEF og etter hvert Helsedirektoratet. Det har også vært tydelige føringer til de regionale helseforetakene gjennom hele 20-årsperioden om å redusere tvangsbruken. For enkelte år har man også kvantifisert reduksjonsmålet. Myndighetene har vært tydelige på at det er viktig å monitorere tvangsbruk kontinuerlig, både på nasjonalt og lokalt nivå. At man har stilt krav til RHF-ene om tertialvis eller årlig rapportering av tvangsbruk, er dog langt unna de forventninger til løpende statistikk på måloppnåelse som slike endringsprosesser fordrer.

Medieoppmerksomhet om tvang har direkte innflytelse på Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler til RHF-ene. Gjennom 2016 hadde VG en rekke artikler om tvangsmiddelbruk i det psykiske helsevernet, og avdekket blant annet mangelen på komplette data. For 2017 stilte HOD derfor krav om at RHF-ene skulle etablere system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern: «Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass.»

Det er ingen støtte for at forskjeller i lovverk i seg selv har betydelige konsekvenser for bruk av tvang (Sheridan Rains et al., 2019). De mindre endringene man har gjort i det norske lovverket gjennom årene, vil derfor trolig ikke gi de ønskede resultatene. At man har satt så store ressurser inn på lovendringer mens man i 2006 kun skulle vurdere opplæring, er dermed det motsatte av hva forskning på tvangsreduksjon og kliniske endringer foreskriver.

Tvangsbruk innen psykiatrien opererer i spenningsfeltet mellom individets rettigheter på den ene siden og samfunnsvernet på den andre siden. I den grad samfunnsvernet står sterkt i befolkningen og blant politikere vil det sannsynligvis være vanskelig å få ned tvangsbruken i psykisk helsevern. En vesentlig reduksjon i bruken av tvang vil også kreve en større aksept for alvorlig psykiske syke i det offentlige rom, og til syvende og sist kanskje øke faren for alvorlige, om enn svært sjeldne, hendelser. I oppdragsdokumentet til RHF-ene for 2022 er styringsparameteren på tvangsområdet endret til å «forhindre feil bruk av tvang», uten at det er satt noen kvantitative mål. Og i Hurdalsplattformen bebuder Støre-regjeringen en gjennomgang av vilkåret om manglende samtykkekompetanse fra lovendringen i 2017, blant annet begrunnet i samfunnssikkerhet. Om dette samlet sett signaliserer mindre helsepolitisk oppmerksomhet på reduksjon av tvang framover gjenstår å se.

Avslutning

Bruk av tvang i behandling er sammensatt, og innsatsen for å redusere tvangsbruk må skje på flere nivåer (individ, organisasjon, samfunn). Når man ikke bruker kunnskapen om implementeringsarbeid i komplekse organisasjoner, er det fare for at ambisjonen om tvangsreduksjon ikke blir annet enn gode intensjoner. Manglende sentral organisering og ledelse, liten involvering av tjenesteaktører og brukere, lite målrettet arbeid med enkeltområder og fravær av dedikerte ressurser peker seg ut som klare svakheter i myndighetenes proklamasjon om at tvangen må ned. Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne gjelder fra 1. mars 2022: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>. Rådene inneholder en rekke gode tiltak, men uten omfattende implementeringsstøtte viser vår gjennomgang at de ikke vil gi resultatene man ønsker. Vår oppfordring er at en i de kommende årene erkjenner at dette er langsiktig og komplekst endringsarbeid. Det må ledes, både nasjonalt, regionalt og lokalt, det forutsetter tett involvering av det kliniske miljøet og brukere/pasienter – særlig når det gjelder tvangsinnleggelse, er tett kommunal deltakelse avgjørende, og det må foreligge systemer for kontinuerlig monitorering av måloppnåelse på organisasjons-/enhetsnivå. At tvangen ikke er redusert de siste 20 årene, skyldes etter vår vurdering at disse faktorene i stor grad har vært fraværende i tvangsreduksjonsarbeidet så langt.

Referanser

- Bjørkly, S., Knutzen, M., Sandvik, L. & Furre, A. (2011). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009*. (Rapport 2011 - 1), Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Oslo. https://www.researchgate.net/publication/272060986_Innsamling_og_analyse_av_data_om_bruk_av_tvangsmidler_og_vedtak_om_skjerming
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007* (Rapport A8231). SINTEF Helse.
- Bremnes, R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008b). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001–2006* (Sluttrapport. SINTEF A4319). SINTEF Helse. <https://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Tvang-i-psykisk-helsevern/Bruk-av-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern-i-2001-2003-2005-og-2007/>
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P. M. & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 75–83. <https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>
- Den norske legeforening. (2011). *Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter-fra-gjennombruddsprosjekter/gjennombruddsprosjekt-psykiatri-bruk-av-tvang/>
- Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27–39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011* (Rapport IS-2035).
- Helsedirektoratet. (2014). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013* (Rapport IS-2243). <http://docplayer.me/9781388-Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2013.html>

- Helsedirektoratet. (2021a). <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Supplerende notat for NKI Publiseringen*. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne/Supplerende%20notat%20til%20NKI%20publiseringen.pdf/_/attachment/inline/b95bac6e-00ca-4203-9f2f-e6c3b5b6b538:312ddda5886e09aad445e0594b882cf264000b52/Supplerende%20notat%20til%20NKI%20publiseringen.pdf
- IHI. (2021a). *Communication Strategies for Spreading Changes*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/CommunicationStrategiesforSpreadingChanges.aspx>
- IHI. (2021b). *Science of Improvement: Setting Aims*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementSettingAims.aspx>
- Islam, M. & Li, Y. J. (2019). Quality improvement in healthcare: the need for valid, reliable and efficient methods and indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 495–496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz077>
- JICA. (2013). *Change Management for Hospitals through Stepwise Approach* (T. H. W. Karandagoda, red., 2. utg.). Japan International Cooperation Agency.
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A. & Sandvik, L. (2014). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012* (Rapport 2014 - 2), Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Oslo. https://sifer.no/wp-content/uploads/2019/08/Rapport_2012_Tvangsmidler_og_sjerming_17_des3.pdf
- Leite, H., Bateman, N. & Radnor, Z. (2020). Beyond the ostensible: an exploration of barriers to lean implementation and sustainability in healthcare. *Production Planning & Control*, 31(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1623426>
- Mannion, R. & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, k4907. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A. & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- Nystrom, M. (2009). Characteristics of health care organizations associated with learning and development: lessons from a pilot study. *Quality Management in Health Care*, 18(4), 285–294. <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e3181bee19e>
- Ovretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., Lofgren, S., Mazzocato, P., Tolf, S. & Brommels, M. (2012). Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 237–257. <https://doi.org/10.1108/14777261211230790>
- Regjeringen. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>

- Regjeringen. (2019). *Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Sanson-Fisher, R. W. (2004). Diffusion of innovation theory for clinical change. *The Medical Journal of Australia*, 180(S6), S55–56. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05947.x>
- Shah, A. (2019). Using data for improvement. *BMJ*, 364, 1189. <https://doi.org/10.1136/bmj.1189>
- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*, 6(5), 403–417. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (Rapport IS-1370). https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Vaughn, V. M., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J., Ameling, J., Winter, S., Townsend, W. & Chopra, V. (2019). Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 74–84. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573>
- Wensing, M., Grol, R. & Grimshaw, J. (2020). *Improving patient care: the implementation of change in health care* (3. utg.). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119488620>