

Manglende kapasitet skal ikke løses med tvang

Kim Edgar Karlsen
fagsjef i Norsk psykologforening

Hilde Thomsen
Illustratør

Medbestemmelse er en grunnleggende menneskerettighet. Tvang bør derfor aldri være et alternativ til å løse kapasitetsproblemer i psykisk helsevern.

Psykologforeningen har med interesse fulgt Inger-Mari Eidsvik og Merete Nessets søksmål mot staten, der påstanden er menneskerettslige brudd, pasientskader og traumer etter tvungent psykisk helsevern over en årrekke. Saken illustrerer dilemmaene vi står overfor i arbeidet med mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

Nylig nedsatte regjeringen et utvalg som skal evaluere samtykkekravet som ble lagt til i psykisk helsevernlovens § 3 - 2 i 2017. En bekymring for behandlere er at enkelte pasienter har blitt enda vanskeligere å nå med god helsehjelp, og selv avslutter nødvendig behandling straks de igjen er blitt samtykkekompetente, med risiko for snarlig tilbakefall.

Samtidig har Tvangslovutvalget anbefalt ytterligere begrensninger i bruken av tvangsmidler overfor mennesker som ikke er til fare for seg selv eller andre.

Hovedmomentene i Psykologforeningens argumentasjon for å støtte tvangslovutvalgets anbefalinger er like sentrale i dagens debatter:

Medbestemmelse

Medbestemmelse operasjonalisert som samtykkekompetanse er ikke et særprivilegium for pasienter i psykisk helsevern, men et grunnleggende prinsipp i alle deler av samfunnet. Så lenge vi er i stand til å forstå relevant informasjon, vurdere risiko og fatte beslutninger, skal vi selv kunne bestemme i saker som vedrører vårt privatliv. Tvangslovutvalget anbefalte å videreføre samtykkeprinsippet i den nye tvangsbegrensningsloven. Utvalget kunne ikke akseptere en så diskriminerende psykisk helsevernlov som det tidligere behandlingskriteriet representerte, der tilhørighet i en diagnosegruppe sammen med klinikerens vurdering av behandlingsbehov var tilstrekkelig for etablering av tvang (Aarre og Østenstad, 2021).

Å skulle lempe på samtykkeprinsippet overfor en bestemt gruppe psykisk syke er med andre ord ikke bare en teknisk eller praktisk justering av lovverket.

Å skulle lempe på samtykkeprinsippet overfor en bestemt gruppe psykisk syke er med andre ord ikke bare en teknisk eller praktisk justering av lovverket. Det ville innebære å frata mennesker med psykiske lidelser en grunnleggende rett til en individuell vurdering av evnen til medvirkning etter gitte funksjonskriterier.

Dårlig gjennomført

Psykologforeningen støtter grunnprinsippet om samtykke også i psykisk helsevernloven. Derimot har vi påpekt overfor Helse- og omsorgsdepartementet at lovendringene fra 2017 har vært dårlig gjennomført. Fremdeles synes det å mangle en entydig forståelse av hva samtykkekompetanse innebærer i psykisk helsevern, noe som også gir variasjoner i praksis. Det kan være behov for å klargjøre de spesifikke kriteriene for samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven. Vi mangler også gode, standardiserte verktøy som kan bidra til bedre vurderinger av samtykkekompetanse. Tjenestene mangler kapasitet, tid og noen steder kompetanse til å gjennomføre og videreutvikle nødvendige tiltak som kan redusere behovet for tvang.

Tynt kunnskapsgrunnlag

Tvangslovutvalget har gjort et omfattende arbeid med å sammenfatte tilgjengelig forskning om effekten av behandling under tvang i psykisk helsevern. Vår konklusjon er at kunnskapsgrunnlaget er svakt.

Et nøkkelargument for å støtte ytterligere tvangsreduksjon er at alternative tilnærminger basert på frivillighet er mulig

Ifølge Folkehelseinstituttet mangler det eksempelvis tilstrekkelig gode studier til å dokumentere effekten av tvangsmedisinering, et nærliggende tiltak ved psykose (Jardim et al., 2021). Det samme gjelder vedlikeholdsbehandling med antipsykotika ut over to år (Smedslund et al., 2018). Derimot er det kjent risiko for potensielt alvorlige bivirkninger, som kan forringe helse og livskvalitet. Dette reiser både faglige og etiske betenknninger (Almås-Norum, 2021) ved å skulle tvinge mennesker som ikke er til fare for seg selv eller andre, til slik behandling over tid.

Inngripende tvangsbehandling kan også i seg selv oppleves svært belastende og for noen – som i Eidsvik og Nessets tilfeller – direkte traumatiserende (Lauveng & Skuterud, 2021). Som klinikere har de fleste av oss eksempler på den «gode» tvangen, der pasientene i ettertid takker for at vi grep inn og hindret forverring og forfall. Samtidig har systematiske undersøkelser vist at tvangsbruk kan virke mot sin hensikt om kontinuitet i behandling og svekke tilliten til hjelpeapparatet, så vel som tiltroen til egen mestring og autonomi (Nyttingnes et al., 2016).

Tvang kan forebygges

Et nøkkelargument for å støtte ytterligere tvangsreduksjon er at alternative tilnærminger basert på frivillighet er mulig.

En ny norsk studie intervjuet pasienter som etter lovendringen i 2017 ble vurdert samtykkekompetente og dermed ble tatt av tvang uten døgnopphold. De fleste av disse fortsatte i behandling og beskrev positive erfaringer som økt opplevelse av autonomi, større eierskap til egen bedringsprosess og styrket tillit og dialog i behandlerkontakten (Wergeland et al., 2022).

Vi får også stadig mer kunnskap om hvordan vi kan bidra til å redusere behovet for tvang over tid: «Åpen dialog» ved sikkerhetsavdeling, «åpen dør-policy» i akuttpost, BET (Basal eksponeringsterapi) og KYR (Komplementær ytre regulering) er praksiseksempler her til lands som er omtalt i Europarådets rapport for mer frivillighet i tjenestene (Council of Europe, 2021).

Det er oppnådd gode resultater med ambulante og oppsøkende ACT- og FACT-team, der slike er etablert (Trane et al., 2021).

I Nederland rulles såkalte High and Intensive Care units (HIC) ut som et nasjonalt tiltak rettet mot alvorlig psykisk syke i risiko for krisesituasjoner og tvangsinnleggelse. Her er et av de bærende behandlingsprinsippene at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasienten opp tett av fast behandler, noe som bidrar til bedre overganger og sammenheng i forløpet (van Melle, 2021).

Mangler rammebetingelser for frivillighet

Felles for disse ulike tilnærmingene er at de anerkjenner kompleksiteten i å skulle redusere inngripende tvangsbruk i psykisk helsevern.

Psykologer kan, med sin brede kompetanse om motivasjon og endring i individer og systemer, lede an i dette arbeidet. Men tilbakemeldingen fra våre medlemsundersøkelser i psykisk helsevern er at behandlerne mangler faglige rammebetingelser til å gjøre det som er virksomt, og å etablere nødvendige samhandlingsforløp. Systematiske evalueringer av tjenestene har avdekket alvorlige mangler både i kapasitet, kompetanse og kvalitet i kommuner og sykehus (Riksrevisjonen, 2021). I den samme perioden som samtykkekravet i psykisk helsevernloven har vært gjennomført, har sengekapasiteten i sykehusene blitt ytterligere redusert, uten tilstrekkelig samtidig styrking av de polikliniske og kommunale tilbudene.

Psykologforeningen er urolige for en utvikling der tjenestene ikke har tid til å gjøre det som vi vet er virksomt, ønsket og effektivt. I stedet risikerer vi at systemet gjør seg avhengig av tvang som eneste utvei for å holde folk i behandling, slik blant andre Likestillings- og diskrimineringsombudet har advart mot. Denne utviklingen vil Psykologforeningen utfordre. Derfor er vårt hovedbudskap til helsemyndighetene at det må satses tungt på en styrking av de psykiske helsetjenestene i landets kommuner og sykehus. Behovet for tvang oppstår lenge før pasientene henvises til en akuttpost.

Referanser

- Almås-Norum, L., Thorbjørnsen, G. S. A., Pedersen, R. og Husum, T. L. (2021). En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 752–758.
- Council of Europe (2021). *Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Service*.
- Jardim, P. S. J., Borge, T. C., Dahm, K. T., Müller, A. E. & Hval, G. (2021). Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling. Folkehelseinstituttet.
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Tvangsundersøkelsen: Informantene beskriver et system som har gjort seg avhengig av tvang. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse*. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/tvangsundersokelsen-informantene-...>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet (2020). *Innspill til Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget om statsbudsjettet for 2021*. https://www.ldo.no/globalassets/_ldo_2019/_bilder-til-nye-nettsider/nedsatt-funkeve/innlegg-til-helse--og-omsorgskomiteen.pdf.
- Nyttingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009

- Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 2020 - 2021. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykis...>
- Smedslund, G., Siqveland, J., Kirkehei, I. & Steiro, A. K. (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet.
- Trane, K., Asbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S. & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 38. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>
- Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Osnes Fause, A. B. & Riley, H. (2022). Increased autonomy with capacitybased mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order. *BMC Health Services Research*, 22, 454. DOI 10.1186/s12913-022-07892-9
- van Melle, A. L. (2021). High and Intensive Care (HIC) in psychiatry: development, implementation & effects. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Aarre, T. F. & Østenstad, B. H. (2021). Ny tvangslovgjeving – nokre oppklaringar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17. doi: 10.4045/tidsskr.21.0756