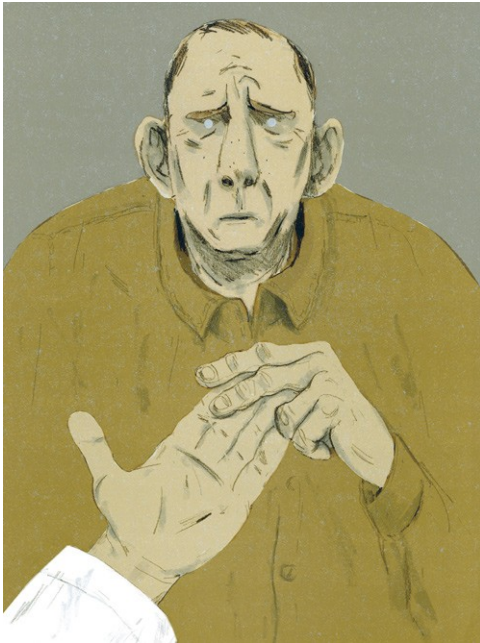


# Hvordan forebygge tvang?



Bruk av tvang i psykisk helsetjenester har holdt seg stabil tross nasjonale handlingsplaner. Derfor må vi ha en åpen debatt om bruk av tvang, der også de som blir utsatt, får uttale seg.

## TEKST

**Dagfinn Bjørgen**

**Reidun Norvoll**

**Tonje Lossius Husum**

**PUBLISERT 4. desember 2015**

REDUKSJON AV TVANG er et viktig statlig satsingsområde innenfor psykisk helsetjenester. Til tross for at vi nå har vært igjennom to handlingsplaner for å redusere bruk av tvang i Norge, ser vi samtidig knapt noen reduksjon på den offentlige helsestatistikken (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik, & Bergesen, 2014). Likestillings- og diskrimineringsombudet har nylig kritisert Norge for høy tvangsbruk i en rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (LDO, 2015). Ombudet påpeker også manglende konkrete tiltak for å bekjempe tvangsbruk basert på fordommer og diskriminering av mennesker med psykiske funksjonshemninger. Det er nå planer om en ny nasjonal strategi for økt frivillighet samt retningslinjer for redusert og riktig bruk av tvang. Disse ulike initiativene aktualiserer spørsmålet om viktige tiltak for å redusere tvangsbruk i tiden fremover.

Personer med førstehåndserfaringer med tvang er en viktig kilde til kunnskap om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon. Vi vil derfor her løfte frem og diskutere forslag fra et brukerledet prosjekt ved *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk*

*helse* i samarbeid med *Senter for medisinsk etikk* ved Universitetet i Oslo (Bjørgen, Storvold, Norvoll, & Husum, 2014; Husum & Norvoll, 2014).

### **Hvilke tiltak foreslo deltakerne?**

De 60 voksne brukerne med tvangserfaringer i prosjektet beskrev tvang gjennomgående som traumatisk, selv om det kan være behov for å bli ivaretatt i svært dårlige perioder, og at tvang noen ganger kan være livreddende. Tvang kan også virke re-traumatiserende. Den vekker til live gamle minner og aktiverer reaksjoner fra tidligere hendelser.

### **«Personer med førstehåndserfaringer med tvang er en viktig kilde til kunnskap om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon»**

Brukerne mente at dersom man skal lykkes med tvangsreduksjon, er det behov for mer toleranse og respekt for annerledeshet og ulike forståelser av virkeligheten uten at man blir definert som «unormal» eller «syk». Ansatte må evne å se forbi diagnosen og møte mennesker i krise på en mer lyttende, anerkjennende og respektfull måte. Disse menneskene trenger tid, rom og trygghet ved at noen er til stede og formidler håp om bedring. Personalet bør rustes opp til å håndtere sterke følelser uten å ty til medisiner og tvang.

De foreslo også styrking av personalets kunnskap om traume-forebygging og økt tilbud om ettersamtaler. Et annet forslag var kriseplaner som utarbeides i et samarbeid mellom brukeren selv og en person man har tillit til. Denne kriseplanen må ha gyldighet i senere møter med helsevesenet, og tillitspersonen må bli kontaktet om noe oppstår.

Brukerne mente også at det er viktig å lytte til personens erfaringer med varselsignaler og styrke tilgangen til rask frivillig hjelp. Støtten må vare over tid og være individuelt tilpasset. I en krisesituasjon bør legevakt eller andre som blir kontaktet, forsøke å dempe situasjonen og gjøre grundige vurderinger av frivillige alternativer. I mange tilfeller vil en tett oppfølging uten innleggelse være det beste alternativet, dersom noen man har tillit til holder tett kontakt gjennom den kritiske fasen. Dette kan gjøres ved å styrke fastlegenes kompetanse om krisehåndtering og øke bruken av hjemmebesøk og ambulante team. I tillegg trengs flere frivillige krisetilbud som brukerstyrte senger eller hvilesteder der personalet har kompetanse nok til å stå i en vanskelig situasjon til det har roet seg. Andre forslag var retreatsteder og medisinfrie tilbud.

Deltakerne i undersøkelsen foreslo videre at det innføres en hovedregel om å unngå bruk av uniformert politi og krav om (samtale-)kompetent personale i akutt-tjenestene.

I sykehus er det avgjørende å vise omsorg ved ankomst og ikke sette personen alene på et rom. Det er behov for alternativ håndtering av sterke følelser, frustrasjon og sinne. I tillegg foreslås mindre husregel- og restriksjonsbruk og mer medvirkende kommunikasjonsformer. Man bør unngå overdreven medisinbruk eller medisinpress og bedre oppfølgingen av bivirkninger. I stedet for ensidig vekt på skjerming bør det tilbys mer aktive behandlingsformer som aktiviteter, sosial kontakt, støttesamtaler og samtaleterapi. Ansatte bør ha et mer langsiktig behandlingsperspektiv og sikre god oppfølging ute i kommunene før vedkommende skrives ut.

Brukerne fremhevet at tvang kan forebygges svært tidlig, og at den bør begynne allerede i kommunen. Det er nødvendig å utvikle flere tiltak som er rettet mot å styrke brukeren og livskvaliteten i hverdagen. Ensomhet, kaos på hjemmeplan med økonomi og uavklarte boforhold, kan føre til økt stress og en forverret helse som leder til tvang. Det er derfor viktig at brukeren får hjemmebesøk og hjelp til aktiviteter dersom man er vant til å isolere seg, eller har vært lenge under tvungent psykisk helsevern. Det bør etableres flere sosiale arenaer som motvirker ensomhet og isolasjon. Andre foreslåtte behandlingstilbud som kan bidra til å ta tilbake kontrollen over eget liv, er selvhjelpsgrupper, psykodramagrupper og kreative kurs.

I tillegg påpekte de generelt betydningen av åpen kommunikasjon og støttesamtaler i hverdagen. En fast tilgjengelig person å forholde seg til, som man stoler på, og som bruker god tid på samtale, kan avverge en krise før den kommer. Brukeren må også være trygg på at man kan fortelle om vanskelige tanker og følelser uten at dette skal ende opp i en tvangsinnleggelse.

Deltakerne viste til slutt til behovet for å styrke rettssikkerheten rundt tvangstiltak. Det etterlyses en mer aktiv holdning fra kontrollkommisjonene for å kontrollere tvangsbruk og minimalisere bruken.

## **Veien videre**

Deltakernes erfaringer og forslag til tiltak samsvarer i stor grad med nasjonal og internasjonal forskning om tvangsreduksjon (Husum & Norvoll, 2014). Mange støtter også Likestillingsombudets vekt på betydningen av samfunnsmessige forhold og diskriminering for tvangsbruk, selv om synet på tvang kan variere.

Funnene i prosjektet vårt kan tyde på at en mer vellykket innsats for tvangsreduksjon fordrer et sterkere fokus på de som utøver tvangen, og ikke bare de som erfarer den. Noen helt sentrale spørsmål er disse: Hva er det som gjør at ansatte velger å bruke tvang, og hvilke utfordringer møter de i arbeidet for tvangsreduksjon? Hva er de tvangsdrivende faktorene? Hvordan kan man stimulere ansatte til økt refleksivitet over egen tvangsbruk, mer mot til å si nei til unødig bruk av tvang og medisiner, og til å åpne opp for mellommenneskelige møter som kan gi nytt håp i seg selv?

Prosjektet understøtter også nødvendigheten av å vurdere behovet for mer langvarige og målrettede satsinger på strukturelle og innholdsmessige endringer av tjenestene. Dette vil kunne ha langt større effekt på tvangsbruken enn avgrensede «småtiltak» i

tiltaksplanene. Slike endringer kan være styrking av tjenestenes tilgjengelighet og evne til å respondere raskere ved behov for hjelp, og en vridning av behandlingssystemets innretning og innhold ved å bygge ut flere frivillige hjelpetilbud.

Her kan det være nyttig å undersøke erfaringer med relevante tiltak fra andre land, eksempelvis Soteria-hus og nettverksmodeller. Soteria er krisehus basert på en psykososial behandlingstilnærming med minst mulig medisinerbruk. Det benyttes ofte ikke-profesjonelle sammen med en håndplukket psykiater med ønskede verdier og holdninger, samt en bevisst praksis om «å sitte hos» veldig urolige og redde mennesker. Nettverkstilnærmingen er innrettet mot at den som sliter, og nettverket i størst mulig grad skal ta ansvar for beslutningene selv. Et oppsøkende team reiser hjem til den som er i en psykisk krise, helst innen 24 timer, og tilstreber at man sammen drøfter løsninger. Modellene er omdiskuterte, men evalueringene peker på interessante muligheter for alternative løsninger (Husum & Norvoll, 2014).

En annen sentral strategi vil være å bygge ut alternative institusjonstilbud på spesialisthelsetjenestnivå som understøtter en mer helhetlig, frivillig og aktiv behandling enn dagens tradisjonelle vekt på lukkede (akutt-)poster. Slike organisatoriske rammebetingelser er helt avgjørende for at ansatte overhodet har mulighet for å jobbe på alternative måter.

Tvangsforebygging må også i større grad inkludere helheten i brukernes livssituasjon og levekår. Dette fordrer at kommunene og velferdstjenestene kommer mer aktivt på banen, en bedre samordning av tjenestetilbudet på tvers, samt kompetanseheving i de kommunale tjenestene. Det er også nødvendig å forhindre at den tradisjonelle sykehus-tvungen gradvis forplanter seg ut i de kommunale tjenestene og fortrenger frivillige løsninger gjennom bruk av tvang uten døgnopphold.

Deltakernes egne refleksjoner over hva som kunne ha overflødiggjort tvangen i deres tilfelle, er tiltak som understøttes av forskning. Dette aktualiserer, som Likestillingsombudet også påpeker, spørsmålet om tjenestene faktisk evner å forsøke frivillighet før tvang blir brukt, og om det er tilstrekkelig kontroll av praksis og lovmessig beskyttelse mot diskriminering på dette området. Kommunens ansvar og foretakets ansvar hver for seg og samlet, bør derfor ansvarliggjøres i større grad dersom frivillighet ikke er blitt tilstrekkelig prøvd. Dette utfordrer intensjonene med dagens lovverk og dens vektlegging av menneskets integritet i tråd med menneskerettighetene.

Sist, men ikke minst, det er også behov for å utvikle metoder som kan understøtte alternative frivillige behandlingsformer. Psykologene besitter mange kommunikasjons- og hjelpeverktøy som etterspørres av deltakerne i dette prosjektet. Det synes å være et ubrukt potensial i psykologenes kompetanse. Psykologene bør derfor engasjere seg i å styrke mulighetene for alternative tilnærminger og inngå i tverrfaglig samarbeid for å bidra til en helhetlig hjelp til brukeren og familien. Her kan de nye kommunepsykologene ha en viktig funksjon for å bidra til støtte og tilgjengelig hjelp.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 12, 2015, side 1076-1079*

**TEKST**

**Dagfinn Bjørgen**, Daglig leder ved Kompetansesenteret for Brukererfaring og Tjenesteutvikling i Midt-Norge og landsleder i Mental Helse

**Reidun Norvoll**, Post Doc/forsker ved Senter for medisins etikk, Universitetet i Oslo

**Tonje Lossius Husum**, Psykologspesialist, med doktorgrad om bruk av tvang i psykisk helsevern

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. L. (2014).  
(Vol. 2014:2). Skien: Nasjonalt senter for  
erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Bremnes, R., Lilleeng, S. E., Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Bergesen, F. (2014).  
. Oslo: Helsedirektoratet.

Husum, T. L., & Norvoll, R. (2014).  
(Vol. 2014:3). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

LDO. (2015). CRPD 2015. Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne- et supplement til Norges første periodiske rapport.