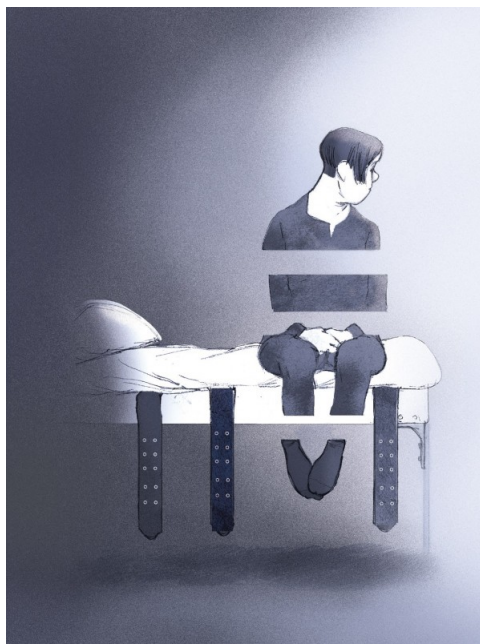


Når lovgivning gir praksisendring



Det er oppsiktsvekkende at den samme populasjonen som ble antatt å ha behov for tvungen behandling bare måneder tidligere, nå har frivillig kontakt med behandlingstilbudet.

TEKST

Anders Jacob

ILLUSTRASJON

Siri Dokken

PUBLISERT 1. juli 2019

Da psykisk helsevernloven (1999) ble endret høsten 2017, fikk pasienter med alvorlig sinnslidelse mulighet til å nekte behandling gitt at de vurderes å ha samtykkekompetanse. Flere har uttrykt bekymring over pasientenes økte selvbestemmelsesrett, som samtidig medfører at behandlere får redusert sitt mandat til å iverksette tvangsbehandling. Så langt er det ikke publisert litteratur som forteller noe om hvilke følger endringer i behandlingsforløpene har fått for pasienter som tidligere ble behandlet med tvang, i etterkant av lovendringene. For å få mer kunnskap om dette har forfatteren av dette bidraget gått gjennom journalene til de pasientene som var underlagt tvangsbehandling uten døgn (TUD) i 2017 på Lovisenberg DPS. Vi fant at 80 prosent av tvangsvedtakene ble avsluttet av behandler, og at alle pasientene som tidligere ble tvangsbehandlet, var i frivillig behandling sommeren 2018. I løpet av denne ettårsperioden fant vi at antall pasienter som ble behandlet på tvang, ble redusert med 35-50 prosent. Denne nedgangen regnes som unik og vesentlig. I det

videre skal jeg utdype noen av de grepene vi gjorde, og beskrive noen av de følgene de virker å ha fått. ^[1]

Selvbestemmelse og tvang

Et grunnleggende prinsipp i all helsehjelp er at den skal gis på frivillig grunnlag. Selvbestemmelsesretten tilsier at man har rett til å ta imot behandling, men også at man har en tilsvarende rett til å nekte å motta behandling. I psykisk helsevern har man tradisjonelt skilt mellom personer som subjektivt opplever plager og vil motta hjelp, og personer som omgivelsene mener har plager, og som skal motta hjelp. Helsehjelpen som skal gis, varierer med hva samtiden anser som den beste faglige praksisen, tilgjengelige ressurser og rådende politiske føringer.

Tvang er regulert i psykisk helsevernloven og har vært gjenstand for flere endringer siden den trådte i kraft i 2001. Denne loven gir blant annet hjemmel for helsepersonell til å anvende tvang ved mistanke om alvorlig sinnslidelse, samtidig som et av hovedformålene med regelverket er å forebygge og begrense bruken av tvang i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Tvang i psykisk helsevern er en stor inngripen i enkeltmenneskers autonomi og selvbestemmelsesrett, og kan blant annet innebære tvangsinnleggelse på sykehus, bruk av tvangsmidler (kortvarig isolasjon, mekaniske tvangsmidler/ belter mm.) og medisinerer med psykofarmaka mot pasientens eget ønske.

Nye endringer i psykisk helsevernloven

En viktig grunn til endringene som ble gjort i psykisk helsevernloven i 2017, var at bruken av tvang ikke var gått tilbake de siste årene; dette til tross for at tidligere lovendringer og intervensjoner hadde tvangsnedgang som hovedmål. Videre så man at det var store geografiske variasjoner i hvordan både tvangsbehandling og tvangsmidler ble anvendt på landsbasis.

En sentral endring i loven var at behandlere som vurderer om pasienter bør tvangsinnlegges eller få tvangsbehandling med legemidler, ble pålagt å vurdere dette opp mot pasientens samtykkekompetanse. Å ha samtykkekompetanse betyr at man er en person over 16 år som både har innsikt i og kan vurdere konsekvensene av valgene om å motta eller avslå tilbud om psykisk helsehjelp. Denne kompetansen skal ses i lys av den helsehjelpen som skal gis, og den skal vurderes fortløpende. Retten til selvbestemmelse kan kun settes til side dersom behandler antar at det er nærliggende fare for pasientens eller andres liv og helse, som følge av pasientens psykiske tilstand.

Flere har innvendt at dersom pasienter avslutter en antatt virksom behandling i form av medisinerer, kan dette gi alvorlig forverring av en psykisk lidelse og muligens medføre lengre sykehusinnleggelse eller få andre alvorlige følger som selvpåført skade eller skade på andre. Så langt har det ikke vært gjennomført konsekvensutredninger eller lokale testgrupper for å kartlegge hvordan økt selvbestemmelsesrett kan påvirke pasientene og behandlingsapparatet. Samtidig har utviklingen gått i retning av at behandling i større grad foregår poliklinisk og/eller ambulant, fremfor innleggelse på

sykehus eller annen institusjon. De fleste sykehus i psykisk helsevern har redusert antall sengeplasser i tråd med denne utviklingen, og står dermed dårligere rustet enn tidligere til å ta imot flere innleggelses dersom lovendringen skulle gi flere alvorlig forverrede ubehandlede tilstander.

Tvang på landsbasis

I dag finnes det ingen komplett oversikt over hvor mange pasienter som behandles med tvang i psykisk helsevern, og det er store mangler i rapporteringen fra enkeltinstitusjoner til Norsk pasientregister (Bremnes et al., 2016; Tvangsforsk, 2017; Helsedirektoratet, 2018). Både VG, NRK og Aftenposten har avslørt at det er store sprik i tallene som forteller om omfanget av den reelle tvangsbruken, og som helseforetakene har rapportert til Helsedirektoratet de siste årene. Helsedirektoratet (Bremnes et al., 2016) rapporterte at Lovisenberg Sykehus var på landstoppen i bruk av TUD i 2014, rett nok sammen med Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Helse Bergen HF. Som følge av blant annet dette startet Lovisenberg Sykehus i denne perioden et omfattende arbeid med kvalitetssikring og reduksjon av tvangsbruk.

Som del av dette arbeidet ønsket vi å undersøke forløpene hos pasientene som fikk avsluttet poliklinisk tvangsbehandling ved Lovisenberg DPS på to ulike tidspunkt (oktober 2017 og mai 2018), for slik å undersøke forløps- og behandlingsstatus som følge av økt autonomi etter lovendringene i psykisk helsevernloven.

Helsetilbudet til Lovisenberg DPS

- Lovisenberg DPS har et bredt psykisk helsetilbud til sine pasienter.
- Her finner vi allmennpsykiatriske poliklinikker, et spesialisert ambulant team for samtidig rus og psykiatri samt stasjonære og oppsøkende akutteam og rehabiliteringsteam.
- Lovisenberg har også tre oppsøkende fleksible behandlingsteam (FACT-team). Alle enhetene i Lovisenberg DPS forvalter TUD.

Fremgangsmåte og resultater

«Lovendringen ser ut til å ha ført til en endret holdning blant behandlere om når det er absolutt nødvendig med tvangsbruk»

For å finne antall pasienter på TUD og hvilken seksjon de tilhørte, ble det hentet ut informasjon om behandlingsstatus fra pasientenes journal, fra de pasientene som hadde vært underlagt tvangsbehandling i 2017. Antall pasienter underlagt TUD ble talt opp måned for måned. Pasientene som ikke lenger var underlagt TUD i perioden fra

januar til oktober 2017, ble undersøkt nærmere ved manuell gjennomgang av journal, slik at vi fikk avklart hvem som avvirket tvangsbruken, om pasienten hadde vært innlagt på sykehus, og om pasienten fortsatt var i behandling. Disse pasientene ble undersøkt på ny i mai 2018 for innen-gruppe-sammenligning. Pasienter som var overført til eksterne institusjoner eller registrert som avdød, ble ekskludert. Det er ikke registrert hvorvidt det var samtykkekriterium eller farekriterium som var blitt anvendt for etablering eller videreføring av TUD. Denne registreringen gjøres verken lokalt eller nasjonalt per dags dato.

I januar 2017 var det registrert 104 pasienter underlagt TUD på Lovisenberg DPS, mens antallet var falt til 53 i desember samme år; en nedgang på nesten 50 prosent. Syv pasienter ble ekskludert fra analysen i henhold til kriteriene beskrevet over, og man satt igjen med 44 pasienter underlagt TUD. Når man sammenlignet samme pasientgruppe i mai 2018 med januar 2017, fant vi en nedgang på 36 prosent i antall pasienter underlagt TUD. Tallene fra oktober 2017 fortalte at rundt 80 prosent av vedtakene var opphevet av behandler og ikke av kontrollkommisjonen. Rundt 90 prosent av pasientene hadde ikke registrert psykiatrisk innleggelse i Lovisenberg-systemet i denne perioden. Ved sammenligning av samme utvalg i mai 2018 var 77 prosent fremdeles uten kjent psykiatrisk innleggelse.

I oktober 2017 var 96 prosent av pasientene som var tatt av TUD, registrert i aktiv pågående behandling. I mai 2018 fant vi at alle pasienter som var tatt av TUD i perioden januar til oktober 2017, fortsatt var i en aktiv og frivillig behandlingskontakt på Lovisenberg DPS.

Vi har også forsøkt å hente ut en komplett historisk statistikk de siste årene, slik at vi kan sammenligne tallene på TUD på tvers av våre tilbud. Slike undersøkelser vanskeliggjøres av omorganiseringer, og så langt har det ikke teknisk latt seg løse å hente ut slike tall. Muntlige rapporter fra ledergruppen forteller imidlertid at tallet på pasienter på TUD har ligget på 100-130 hvert av de siste årene. En relativ nedgang på 35-50 prosent på ett år fremstår derfor som vesentlig, selv om vi foreløpig ikke vet om endringene er stabile.

Hva kan reduksjonen skyldes?

En mulig årsak til nedgangen i TUD er lovendringene i 2017 som ga økt selvbestemmelsesrett til å nekte behandling. Lovendringen ser ut til å ha ført til en endret holdning blant behandlere om når det er absolutt nødvendig med tvangsbruk, men også til at man har videreutviklet og gjør mer bruk av ambulante tilbud som møter pasienten der de oppholder seg, og et godt samarbeid med førstelinjetjenester, som ofte kjenner pasientene godt fra mer stabile faser.

Lovisenberg DPS har videre tilgang til en rekke andre tilbud, som lokalt akutteam, Sosial ambulant akuttjeneste på Oslo kommunale legevakt og Psykiatrisk legevakt. Sistnevnte har de siste ti årene arbeidet systematisk med faglig kvalitetsheving og reduksjon av unødvendig tvangsbruk, og har redusert antall tvangsinnleggelser med over 50 prosent (Ness, Steen, Reichelt & Walby, 2016). Vi deler behandlingsfilosofi med

alle de nevnte instansene, og disse sentrale samarbeidspartnerne supplerer tilbudet ved vår DPS utover ordinær kapasitet og arbeidstid, og antas å ha bidratt til nedgangen i TUD-pasienter.

«Når pasienter som tidligere har vært tvangsbehandlet, fremdeles er i aktiv poliklinisk behandling, tilsier dette at tvang ikke alltid er nødvendig»

Rundt 80 prosent av vedtakene om avsluttet TUD ble gjennomført av behandler selv, ikke av Kontrollkomisjonen. Kanskje er dette et uttrykk for en holdningsendring blant behandlere for hvordan tvangsbehandling skal forvaltes. Ser vi på tvangsinnleggelse, finner vi at 7 prosent av TUD-pasientene var registrert med en eller flere innleggelse i oktober 2017. Dette tallet var steget til 23 prosent i mai 2018, en relativ økning på 233 prosent. Vi mangler gode tall for å bedømme om dette er en høy eller lav innleggesrate for denne pasientpopulasjonen. Men kanskje er det mer ressurskrevende å behandle dårlige pasienter frivillig utenfor institusjon; spesielt ettersom man ikke har økt de polikliniske ressursene for å håndtere pasientgruppen som tidligere var underlagt tvangsbehandling. Antagelig vil mer ressurser til poliklinikkene bidra til at de bedre kan håndtere økt symptomtrykk hos pasientene, som når tilgjengelig helsepersonell hjelper pasientene med å finne alternativer til tvangsinnleggelse.

Fokus på kvalitet og fagutvikling

- Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg Sykehus har hatt et omfattende fokus på kvalitetsheving og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern de siste årene (f.eks. Veland & Jacob, 2014; Veland & Jacob, 2016; Moldal, 2016; Bruaset, Sundby & Midgaard, 2017).
- En sammenligning av tall på TUD med andre storby-DPS-er kan avklare om det finnes forskjeller i både reduksjon av tvangsbruk, innleggesrater og pasientretensjon, og videre om dette fagarbeidet kan ha hatt en smitteeffekt mellom seksjonene.
- Vår undersøkelse er korrelasjonell av design, og spekulasjoner om mulige årsaker må tolkes med forsiktighet.
- Det foreligger foreløpig ingen tilgjengelig statistikk som muliggjør en slik sammenligning med andre storby-DPS-er.

Fortsatt behov for tvang?

I oktober 2017 var 96 prosent av pasientene som var underlagt TUD på Lovisenberg DPS, i aktiv behandling. I mai 2018 fant vi at alle pasientene som ble tatt av TUD i løpet av 2017, var i aktiv og frivillig behandling. Det er altså ikke pasientgruppen som var tatt

av TUD fra januar 2017 til oktober 2017, som utgjør stigningen i pasienter på TUD i 2018, men nytilførsel av pasienter.

Det er oppsiktsvekkende at den samme populasjonen som ble antatt å ha behov for tvungen behandling bare måneder tidligere, nå har frivillig kontakt med behandlingstilbudet. Hva slags behandling pasientene faktisk mottar, er ikke undersøkt og er noe man bør se nærmere på. Kanskje har det en positiv funksjon å tvinge pasienter til å etablere en medikamentell og psykoterapeutisk behandling i en avgrenset periode etter utskrivelse fra sykehus, som man så senere står fritt til å velge bort når situasjonen er mer stabil. Flere pasienter har hatt mange negative relasjonelle erfaringer, og et ønske om å avslutte videre poliklinisk behandling vil da i større grad være et informert valg fremfor lært unngåelsesatferd med påfølgende negativ forsterkning.

Det er viktig å presisere at selv om tallene ser lovende ut, er dette en foreløpig status. Hvordan pasientforløpene med økt autonomi utvikler seg på gruppenivå i fremtiden, krever ytterligere statistiske data på lokalt og nasjonalt nivå. En hypotese som bør vektlegges i fremtidige undersøkelser, er om økt autonomi fører til mer langvarige og alvorligere innleggelse, og eventuelle konsekvenser dette har for både pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.

Veien videre

Hensikten med lovendringene i psykisk helsevernloven var å redusere bruken av tvang. Så langt ser det ut til å være en tydelig sammenheng mellom endringer i psykisk helsevernloven og en nedgang i tvangsbruken på Lovisenberg DPS, om enn kombinert med andre faktorer, som fagutvikling, holdningsendringer, samarbeidspartnere og pragmatisk pasienttilnærming. Det foreligger ikke sammenlignbare tall som muliggjør komparative studier med andre DPS-er i Norge. Det bør være et prioritert område fra helsemyndighetenes side å få på plass et nasjonalt register der man kan sammenligne landsdekkende statistikk på tvangsbruk. Hvert helseforetak bør stå ansvarlig for kvaliteten på egne data i innrapportering av tvangsbruk.

Når pasienter som tidligere har vært tvangsbehandlet, fremdeles er i aktiv poliklinisk behandling, tilsier dette at tvang ikke alltid er nødvendig. Det er imidlertid for tidlig å si noe om langtidskonsekvensen av økt autonomi for pasienter med alvorlig sinnslidelse, noe som bør følges tett opp i videre studier. Flere sykehus melder om økt tilstrømning av behandlingstrengende pasienter, og for få ressurser til å gi dem adekvat behandling. Det er ikke gitt økonomisk tilskudd til behandlingsapparatet i kjølvannet av endringene i psykisk helsevernloven. Helsevesenet har trolig også en vei å gå når det kommer til å selge inn sitt tilbud om hva som finnes av ulike typer psykisk helsehjelp, og å presentere reelle alternativer for behandling som kan imøtekomme den enkelte pasients behov i rimelig grad uten å bruke tvang. Gårdagens «best practice» er å regne som et alvorlig regelbrudd i det nye lovverket, og behandlingssystemet er tvunget til å tilpasse seg nye pasientrettigheter uten ny tilførsel av midler. Hvordan denne utviklingen vil bli i årene som kommer, er i alles interesse å følge tett.

[1] Teksten er en omarbeidet spesialistoppgave.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 514-519

TEKST

Anders Jacob, seksjonsleder ved Blakstad Sykehus og psykologspesialist ved psykiatrisk legevakt, Storgata i Oslo

ILLUSTRASJON

Siri Dokken, illustratør

+ Vis referanser

Lov om psykisk helsevern (1999). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html>. Helse- og omsorgsdepartementet.

Bremnes, R., Pedersen, P.B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Engeset Vedvik M.A., Gaarder, M., Lilleeng, S., Nystadnes, T. & Kindseth, K. (2016). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2014. Helsedirektoratet.

Bruaset, G.T., Sundby, K., & Midgaard, K. (2017). Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi. Sykepleien, 105, doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64279

Helsedirektoratet (2018). Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/kontrollkommisjonen-i-psykisk-helsevern>

Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. Sykepleien, 104(1), 46-48. doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56183

Ness, E., Steen, O., Reichelt, J.G. & Walby, F.A. (2016). Reduksjon av tvangsinnleggelse fra legevakt. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53(8), 624-631

TvangsForsk (2017). Nøkkeltall tvang. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. [Hentet 2017-19-10] Hentet fra: http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang

Veland, M. & Jacob, A. (2014). Jobber for mindre tvang. Sykepleien, 102(9), 50-51. doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0102

Veland, M. & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. Sykepleien, 104(4), 54-57. doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57137