

- En lov alene hjelper lite mot tvang

PSY
KOL
OGI



Lederen for Tvangsforskningsnettverket, Erlend Bugge, sier det fins få holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, selv om det ikke kan utelukkes. Foto: Ronald Johansen

Lederen for Tvangsforsk, Erlend Bugge, har liten tro på at nytt lovverk i seg selv vil redusere tvangstallene i psykisk helsevern. Han mener det er institusjonsstrukturene som må endres.

TEKST:

Per Halvorsen

PUBLISERT **2. desember 2019**

EMNER **Tvangslovutvalget**

- Hvor stor tro har du på at forslaget til tvangsbegrensningslov skal redusere tvangen i helse-og omsorgstjenestene hvis den blir vedtatt?

– Jeg mener vi generelt sett har for stor tro på at lovendringer skal kunne gjøre en stor forskjell på dette feltet. Senest i sommer publiserte det britiske tidsskriftet Lancet resultatet av en sammenliknende undersøkelse som viser at det er andre faktorer enn lovverk i seg selv som avgjør nivået på bruk av tvang. I land med høyere bruttonasjonalprodukt, mer utbygd helsesystem og dermed flere senger og sykehusinnleggelse er det mer tvang enn andre steder. Om vi endrer lovverket, kan fremdeles behandlingskulturen passe inn, og det er personalets praksis som må bli

annerledes. Da må institusjonene endres, sykehusstrukturene må kanskje endres. Hvis forslagene i tvangsbegrensningsloven bidrar til at det skapes bedre vilkår for å kunne jobbe mer aktivt klinisk, er det positivt.

– Hva er det viktigste som må gjøres med sykehusstrukturene?

– Vi må innse at behandling uten tvang vil kunne ta lengre tid, og det er uforenlig med ytterligere nedbygging av sengeplasser. Bygningsmassen og sammensetningen av personalet må avspeile at det satses på frivillighet. Institusjonene må ha flere rom som legger til rette for ulike aktiviteter.

«Vi har egentlig ingen holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, selv om det ikke kan utelukkes.»

Erlend Bugge

– Hvor stort er egentlig omfanget av tvang i psykisk helsevern i dag?

– Leser man tallene fra Norsk pasientregister fra de siste 7–8 årene, er hovedinntrykket at antall tvangsinnleggelse er stabilt og høyt, både når det gjelder antall tvangsinnleggelse, antall personer som blir tvangsinnlagt, og hvor lenge tvangsinnleggelsene varer. Fra 1. september 2017 ble behandlingsvilkåret i lov om psykisk helsevern innskjerpet. Fra denne datoen gjelder kravet om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Dette er kanskje den viktigste endringen av loven på mange år. Da vil det ikke være unaturlig å forvente en reduksjon i tvangsinnleggelse begrunnet i behandlingsvilkåret alene. Reduksjonen kom, men den var overraskende kortvarig, og vi vet ikke helt hvorfor. Igjen: For meg tyder det på at lover og regler alene har begrenset effekt.

– Hvorfor er de geografiske forskjellene i tvangsbruk så store?

– Det er flere grunner. Ser vi på Troms og Finnmark, er tvangstallene der høyere enn landsgjennomsnittet. Noe av årsaken kan være lange avstander med opptil 100 mil til nærmeste sykehus. I gitte situasjoner kan valget da stå mellom å la pasienten snu i døra og å legge vedkommende inn på tvang. I mer sentrale strøk, der det bare er 20–30 minutter mellom pasienten og sykehuset, står det ikke så mye på spill. En annen forklaring kan være pasientsammensetning. For eksempel vil bynære institusjoner med mange pasienter med rusproblemer gjerne skåre høyere på tvang enn sykehus som tar imot færre rusmisbrukere. Det kan forklare hvorfor eksempelvis Bergen ligger høyere enn Sogn og Fjordane, og Lovisenberg sykehus i Oslo ligger høyere enn Diakonhjemmet. Det er også temmelig sikkert at ulikheter i behandlingskultur spiller inn. Paternalismen er en grunnfestet del av norsk helsevesen, ja av velferdsstaten: Vi vil så gjerne hjelpe at det av og til skygger for pasientautonomien. Denne holdningen vil

med ulik styrke prege de terapeutiske kulturene og kunne slå ut i mer eller mindre tvang. Tvang vil for mange være det samme som å vise omsorg for pasienten. Dette harmonerer ikke alltid med pasientens egen opplevelse av å bli alvorlig krenket. Andre årsaker kan være ulikheter i tilgang på kompetanse, dårlig ressursutnyttelse eller simpelthen at rutinene for registrering og rapportering av tvang varierer fra institusjon til institusjon. Forskning viser også at tvangsbruken varierer mellom land.

Internasjonale sammenlikninger er kompliserte. Men når Norge og Finland, som er ganske like land, skårer ganske høyt, er en hypotese at det er homogene land der byggedyret har mer spillerom; at vi har mindre toleranse for annerledeshet.

– Hva vet vi om hvilken effekt tvang har på den enkelte pasient?

– Vi har egentlig ingen holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, selv om det ikke kan utelukkes. Når det gjelder negative effekter, er spennet stort, fra kortvarige reaksjoner til posttraumatisk stress (PTSD), avhengig av situasjonen: type tvang, grad av tvang, relasjon mellom pasient og behandlere, og så videre. Et poeng i denne sammenheng er selvsagt at pasienter som innlegges ved psykiatriske sykehus, er mer sårbare for traumatisering enn andre.

– Hva sier forskningen om hva som må til for å begrense tvangen?

– Så å si alt vi gjør for å begrense tvangen, hjelper. Vi vet for eksempel at såkalte kriseplaner bidrar til å redusere antall tvangsinnleggelses for polikliniske pasienter i psykisk helsevern. Kriseplaner blir til i samarbeid med pasient, pårørende og helsepersonell. De blir enige om hva som skal skje hvis det oppstår en krise, eller hvis pasientens tilstand blir verre. Slike planer gir anledning til å gripe inn på en mildere måte og kan forebygge at situasjoner eskalerer og ender med tvang. Det nytter også med lokale intervensjoner av den typen de gjennomførte ved akutteamet på Lovisenberg sykehus for noen år siden. Der tok de ansatte på inntaksposten et oppgjør med egen praksis. Over en toårsperiode ble bruk av mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging redusert med 85 prosent. De jobbet bevisst med egne holdninger og måten de intervenerte på overfor pasientene.

– Hvis du skulle velge noe ved tvangsbegrensningsloven som peker i riktig retning, hva vil du fremheve da?

– Jeg mener det er konstruktivt at de nye kontrollorganene – tvangsbegrensningnemndene – får et såpass tydelig mandat. De skal ha som oppgave å redusere tvang. Det foreslås blant annet en ordning med uavhengig psykiatrifaglig overprøving som ledd i klagesaker som dreier seg om tvangsmedisinering. Nemndene skal også kunne foreslå alternative tiltak til tvang. Da må de ha opplæring i hvilke tiltak som kan forebygge tvang. Kanskje de også burde kunne ilegge foretaksbot til de sykehusene som ikke følger opp. Mye vil stå på nemndene og hvordan de forvalter sitt mandat. De må føre tilsyn på en langt mer aktiv måte enn kontrollkommisjonene.

- Erlend Bugge er psykiater og leder for Tvangsforskningsnettverket (Tvangsforsk), et nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge.
- 16. desember går fristen ut for å levere høringsuttalelse til NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven, som foreslår felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 12, 2019, side 896-897

TEKST:

Per Halvorsen, journalist