

Mer enn medisinerer og tvang

Tar en helt bort tvangsmedisinering som mulighet, holder det ikke med forbedring og utvikling innen de eksisterende rammene i psykisk helsevern. Da må vi utvikle et helt nytt tilbud.

TEKST

Asbjørn Kolseth

PUBLISERT **31. august 2022**

EMNER

tvangsmedisinering

Tvang i psykisk helsevern

Spesialisthelsetjenesten

Psykologtidsskriftet har i flere utgaver rettet oppmerksomhet mot tvang i helse- og omsorgstjenestene. I nyhetssaken [Vil ha tvangspraksis for retten](#) i julinummeret ble jeg spurt om hva jeg tror konsekvensene et forbud mot tvangsmedisinering ville få for akutt psykisk helsevern. Jeg ønsker her å gi et mer utfyllende perspektiv på akutt psykisk helsevern for å vise hvordan ulike behandlingstilbud og tiltak er avhengige av hverandre.

LES OGSÅ

Vil ha tvangspraksis for retten

De hevder at behandlingen de fikk i psykisk helsevern brøt med menneskerettighetene, og krever erstatning. På sikt vil de ha forbud mot tvangsmedisinering.

Akutt psykisk helsevern har følgende samfunnsmandat:

1. Å ivareta helsetjenestenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til mennesker med psykiske lidelser med en alvorlighetsgrad som gjør sykehusinnleggelse nødvendig.
2. Å ivareta et samfunnsvern der det foreligger fare for skade på andre.

Slik jeg ser det, vil det ligge noen grunnleggende prinsipper til grunn for god akutt behandling. Jeg ser for meg fire søyler.

1. Mennesker i alvorlig krise trenger andre mennesker

Når folk er i krise, overmannet av angst eller forvirring, er vennligsinnete, trygge mennesker det første de trenger. Vi tenker gjerne at våre primære forsvarsmekanismer er «fight, flight & freeze», men først kommer rop om hjelp. Og like primært er det å vende seg mot ropet for å hjelpe. «Hva er det som plager deg, hva har hendt, er det noe vi kan gjøre?» En akuttpost er en forsikring fra «hjelperne» om at de plagene pasienten har, er noe vi er kjent med, og at pasienten er på rett sted for å få hjelp. Vi oppnår stort sett alltid å gi en lindring og en bedring. Tilbud om kontakt og tilstedeværelse er alltid riktig. Isolasjon skal ikke være en del av behandlingen. Isolasjon skal kun brukes ved akutt fare for andre eller ved fare for større materielle skader, og kun kortvarig.

«En akuttpost er en forsikring fra «hjelperne» om at de plagene pasienten har, er noe vi er kjent med»

Samtykke er det helserettslige utgangspunktet for all behandling, tvang er unntaket. Når tvang er vurdert som det riktige alternativet, skal en allikevel forsøke å oppnå samarbeid der det er mulig. En bør ha en klar plan for hvordan en gradvis skal utfase tvangen. Behandling blir selvsagt best når pasienten selv føler et eierskap til sine vansker og til behandlingen.

Det bør alltid være et selvstendig mål å unngå tvang, og dette bør være en del av den langsiktige strategien, ikke minst i en akutfase hvor grunnlaget for videre behandling legges. Samarbeidsevner hos personalet er vesentlig. Godt samarbeid starter alltid med at pasienten føler seg hørt og forstått.

2. Medisinsk tilsyn og behandling, inkludert psykofarmaka

Alle symptomer på psykisk lidelse kan ha en underliggende medisinsk årsak, spesielt gjelder dette ved brått oppståtte symptomer. Forvirringen og angsten kan skyldes en infeksjon, paranoiaen en begynnende demens, humørsvingningene en svulst, den dårlige emosjonelle kontakten en uoppdaget epilepsi osv. Alle kombinasjoner er mulige. Uansett vil en grundig medisinsk undersøkelse være en nødvendig del av akutt psykisk helsevern.

Psykofarmaka og annen angstdempende eller søvnfremmende medikasjon er også helt sentralt i behandlingen. Symptomer og plager pasientene kommer inn med, oppleves vanligvis som svært ubehagelige og skremmende. Sterk angst og en følelse av aldri å få ro eller nok søvn er smertefullt og belastende over tid. De fleste opplever at medisiner gir lindring. Spesielt hvis medisinene gis med gode forklaringer og under tett oppfølging. Pasienten må gis mulighet til å gi tilbakemeldinger om virkninger, også bivirkninger. At medikamentell behandling er effektivt i en akutt fase, er det bred enighet om i fagfeltet. Det er langtidsvirkningene av særlig antipsykotika som det er kontroverser rundt. Likevel er det en del pasienter som ikke ønsker medisiner, spesielt antipsykotika er det flere som vegrer seg imot. Det kan komme av tidligere dårlige

erfaringer eller mer prinsipielle holdninger til medisiner, eller at pasienten er helt uenig i at han eller hun har en psykisk lidelse som trenger behandling.

Noen kan være overbevist om at de styres av en chip som er implantert i hjernen av en uvennlighetsmakt, eller at de er skyld i stor menneskelig lidelse og nasjonale katastrofer bare ved sitt blotte nærvær. Behandling med medisiner eller for den saks skyld psykologisk behandling virker da absurd for pasienten. Det vedkommende ønsker, er at vi opererer ut chipen eller sørger for en passende straff.

I slike tilfeller vil pasienten oftest mangle sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse. Det vil da være en vurdering om det bør fattes et vedtak om tvungen behandling.

3. Menneskerettigheter

Hensynet til menneskets iboende verdighet, autonomi og integritet er et bærende element i menneskerettighetene og norsk helserett. Samtykke er utgangspunktet for all behandling, også i psykisk helsevern. Tvang er et unntak som kun skal anvendes der frivillighet er forsøkt eller er åpenbart formålsløst. Men tvang må også begrunnes menneskerettslig. Når det foreligger fare for andre, er begrunnelsen i teorien enkel: andre borgeres rett på sikkerhet. Det blir mer komplisert når en i praksis må vurdere hvor stor og hvor nærliggende faren er. For pasienter som kun er til fare for seg selv, eller bare står i fare for å forbli syke eller gradvis sykere, vil begrunnelsen være retten til nødvendig helsehjelp. Retten til helsehjelp gjelder for alle, ikke minst for dem som har en sykdom eller tilstand som gjør at de ikke forstår at de er syke, eller ikke greier å oppsøke og/eller motta helsehjelp. Før en beslutning om tvungen psykisk helsevern må en derfor alltid gjøre en avveining mellom minst to grunnleggende rettigheter, mest vanlig mellom autonomi og retten til nødvendig helsehjelp. Vi står altså med et reelt etisk dilemma. Den vedtaksansvarlige må balansere mellom pasientens selvbestemmelsesrett og helsevesenets omsorgsplikt. Det er et ekte dilemma som ikke lar seg endelig løse, kun belyses og drøftes. Problemet blir når en ikke ser at det nettopp er to verdier og en balansegang mellom disse. Det er da en lett kan havne i en av grøftene: ansvarsløshet eller hard paternalisme. Grøfter som i hvert fall ikke vedtaksansvarlige psykologer og psykiatere bør havne i.

4. Sikkerhet

Akuttinnlagte pasienter har til felles at de har redusert mestringsevne på flere områder, med redusert selvivaretagelse og dårlig emosjonsregulering. Ofte er de redde og forvirret. Men deres problemer og aktuelle situasjon kan ellers være høyst ulike. Noen pasienter har lidd over lang tid i ensomhet og føler stor lettelse over at de endelig skal få hjelp. Andre skjønner ikke helt hvor de er, og er forvirret og engstelige. Enkelte har vært utsatt for krenkelser, vold eller overgrep og ønsker hjelp, og er redde for å oppleve nye krenkelser og er spesielt redd for sinte, høylytte pasienter. Noen har ankommet med politi etter at de har oppført seg skremmende, truende eller voldelig.

De føler seg urettferdig behandlet, misforstått og er nå enda mer sinte og kanskje redde fordi de føler seg fanget og innesperret. Alle disse ulike sterke følelsene og behovene

blir samlet på ett sted, hvor de har krav på at deres personlige sikkerhet ivaretas, og at de får god og sikker behandling. Behov for og krav på sikkerhet har også personalet. Et utrygt og direkte skremt personell gir ikke god behandling og virker på ingen måte betryggende for pasientene.

Alt henger sammen med alt

Jeg har her forsøkt å vise hvordan akutt psykisk helsevern hviler på noen helt gjensidig avhengige «søyler». Tar en bort én av søylene, vil fundamentet for helsetilbudet slik vi kjenner det i dag, forsvinne. Det vil bli nødvendig med en helt annen organisering av tjenestene. Tar en helt bort tvangsmedisinering som mulighet, holder det ikke med forbedring og utvikling innen de eksisterende rammene. Vi må da ha helt nye rammer, utvikle et helt nytt helsetilbud. Hvis ikke vil den mest sårbare og trengende gruppen – psykosepasienter uten samtykkekompetanse – falle utenfor. Da mener jeg at vi som samfunn og helsevesen har sviktet vår omsorgsplikt.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 9, 2022, side 832-834

TEKST

Asbjørn Kolseth, sjefpsykolog, avdeling for akuttpsykiatri, OUS