

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202100147

Dato: 27-05-2021

Høring: Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til forslag til nasjonale råd om et svært viktig tema.

Forslagene til nasjonale råd for å forebygge tvang i psykisk helsevern fremstår i all hovedsak gode, og er presentert oversiktlig og enkelt. Legeforeningen støtter rådene som foreslås. Det er gledelig at forbedringskunnskap og tiltak på systemnivå legges til grunn for å redusere tvangsbruk. Rådene inneholder dog lite nytt. Mange av rådene er allerede understreket en rekke andre steder, både i lovtekst og forskrifter samt i Helsedirektoratets veileder IS-1/2017 – om involvering av pasient og pårørende, utarbeiding av kriseplan og ettersamtaler. Flere av rådene er nokså knappe og generelt beskrevet, og sier lite om hvordan de rent konkret skal bidra til å forebygge og redusere tvang.

Legeforeningen savner omtale av hvordan man kan redusere to av de tiltakene som pasienten opplever som mest inngripende, nemlig tvangsmedisinering og beltelegging, samt mer håndfaste og konkrete kliniske råd til bruk i klinisk arbeid.

Legeforeningen savner også omtale av tiltak rettet mot gruppen pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det kunne med fordel vært en egen del i høringsutkastet med beskrivelser av hva TUD skal inneholde, hva som skal til med tanke på å forsøke frivillighet, og hvor mange ganger overføring mellom tvang og frivillighet bør forsøkes.

FACT-team blir nevnt kortfattet, og er en god modell for å jobbe recovery-orientert og tverrfaglig/ flerfaglig i tillegg til å sikre kontinuitet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det er imidlertid viktig at man sikrer robust spesialistdekning i slike team, og at ikke psykiaterne kun blir satt til å forvalte vedtakene knyttet til TUD. Pasientene trenger behandling og oppfølging av medisinske eller psykologfaglige spesialister, og annet personale trenger veiledning av spesialister. Vi mener at en stabil og robust spesialistdekning med kompetente spesialister som er fokusert på å redusere tvangsbruk, kan ha effekt på utbredelsen av tvang i psykisk helsevern.

Helt sentralt i arbeidet for å redusere tvang i psykisk helsevern er tilstrekkelig finansiering av helsetjenestene. Finansiering er nødvendig for å sikre stabil og adekvat bemanning med kvalifisert personale, god rekruttering og spesialistdekning. Det er også viktig med tilgang til stort nok antall døgnplasser slik at pasienter kan legges inn frivillig før de blir såpass dårlige at man ikke har andre



tilgjengelige alternativer enn tvang. En reell tilgang til brukerstyrte senger er et viktig virkemiddel for å sikre hjelp på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet. Tidknapphet hos behandlere og annet personell er en trussel mot å gjennomføre alle gode tiltak som ettersamtaler, lage gode kriseplaner o.l. Finansiering og prioritering over sykehusbudsjettene er også viktig for å sikre egnede lokaler med god plass og muligheter for å være utendørs.

Høringsutkastet bør også inkludere et eget punkt som omhandler samarbeid mellom spesialister på tvers av sykehus og DPS. Et slikt samarbeid er avgjørende for å få til god sømløs og helhetlig pasientbehandling. Får man til en kultur for at man «eier» pasientene sammen og i fellesskap sikrer gode forløp, vil dette gagne pasientene. Behandlere og instanser bør kunne konferere med og hjelpe hverandre. På samme måte er et godt og forpliktende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for personer med alvorlig psykisk lidelse svært viktig for god behandling, og forpliktelsen til samarbeid og samhandling kan gjerne gjentas i de faglige rådene.

De nasjonalfaglige rådene bør også inneholde en diskusjon om «reduksjon av tvang» versus «riktig bruk av tvang». Legeforeningen mener at tvang noen ganger er det riktige og helt nødvendige behandlingstiltaket for svært syke pasienter, og at en nullvisjon for tvang kan føre til at enkelte pasienter ikke får forsvarlig og i noen tilfeller livreddende behandling.

Spesifikke kommentarer til rådene:

Råd nr. 1 som fokuserer på ledelsens tvangsforebyggende arbeid er bra. Det å kontinuerlig følge med på virksomhetens tvangsbruk, identifisere risikoområder, forbedre lokaler, øke aktivitetstilbud og sørge for tilstrekkelig kompetanse er helt sentralt. Trange overfylte lokaler, manglende opplæring, mye bruk av ekstravakter og mangel på kulturbygging er elementer som kan gi økt tvangsbruk. Vi støtter også at ledelsen bør utarbeide en plan for forebygging av tvang. Vi støtter formuleringen om at man bruker data som allerede finnes og ikke innfører ekstra kartleggingsverktøy. Økte dokumentasjonskrav vil ta enda mer tid bort fra direkte pasientrelatert arbeid.

Det foreslås at data om tvangsbruk kan ses i sammenheng med innleggelsesrate for kommuner/bydeler. Her bør det spesifiseres hvordan disse data skal gjennomgås - f. eks. ved årlig gjennomgang i helsefellesskapene.

Råd nr. 2 som vektlegger undervisning og veiledning for å sikre kompetanse hos personalet støttes. Beskrivelsen av vurderinger og verktøy for å forebygge vold synes noe knapp. Man kunne vært noe mer spesifikk på å anbefale at personalet må læres opp i de-eskalerende samtaler, delta jevnlig på samhandlingstreninger og simuleringer der det fokuseres på å håndtere truende og agiterte pasienter med så lite inngripende virkemidler som mulig.

Råd nr. 3 om at ledelsen sikrer systematisk befarings av lokalene og sikrer at kriteriene for godkjennelsen til enhver tid er oppfylt, med enerom, tilstrekkelige fellesarealer og egnede utearealer støttes. Trange, overfylte avdelinger med lite aktivitetstilbud øker risikoen for vold og tvangsbruk.

Råd nr. 4 om involvering av pårørende og ivaretagelse av mindreårige barn inneholder mange gode forslag, men er mer omfattende omtalt andre steder, og omtaler i liten grad hvordan og hvorfor slik involvering er viktig for å redusere tvang.

Legeforeningen savner også en drøfting av pårørendes ofte svært belastende rolle som komparenter når det samles inn informasjon for å vurdere bruk av tvang. Det sterke fokus som har vært rettet mot det å unngå tvangsbruk kan bidra til å gjøre opplevelsen av å avgi slik informasjon enda mer belastende enn tidligere. Når pasienten leser sine egne opplysninger i Kjernejournal eller journal, kan det stå opplysninger der om andre som kan skape vanskelige situasjoner. Eksempelvis legges henvisninger ut til pasientens innsyn over HelseNorge i flere RHF. Behandlere må ha høy bevissthet om hvordan tredjepartsopplysninger journalføres og om de er nødvendige og relevante for å yte helsehjelp til pasienten. Bruk av fremtidsfullmakt kan også være et hjelpemiddel for å løse noen utfordringer, f. eks. ved at pasienten gir NN i familien fullmakt til å kommunisere med helsepersonell om situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til å gjøre vurderinger til sitt eget beste.

Råd nr. 5 som anbefaler at kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør ha fleksible, lett tilgjengelige og proaktive tiltak som styrker mulighetene for tidlig hjelp og forebygging av tvangsinnleggelse støttes. Det som står om at fastlegen, hvis mulig, alltid skal involveres i vurdering av behov for tvangsinnleggelse, bør utvides og reformuleres. Legeforeningen savner en ytterligere beskrivelse av og drøfting av fastlegens rolle i situasjoner der det vurderes bruk av tvang eller i forebygging av slike situasjoner, samt i oppfølging av pårørende. Legeforeningen mener rådene preges av at det ikke har deltatt fastleger i styrings- eller arbeidsgruppen. Vi vil også påpeke at fastlegens rolle vil variere avhengig av organisering rundt om i landet.

Fokus på å sikre legevaktens kompetanse mtp. tvangsinnleggelse er bra. Man kunne godt ha utdypet noe mer om akutt-tjenester ved DPS, og da særlig akutt ambulante team.

Rådene beskriver et bredt sett tiltak for å forebygge tvangsinnleggelse, blant annet øyeblikkelig hjelp-døgnplass i kommunene og brukerstyrte senger ved DPS. Legeforeningen vil påpeke at ikke alle tiltakene som beskrives eksisterer i alle kommuner og helseforetak – f. eks. er øyeblikkelig hjelp-plasser flere steder ikke tilgjengelige utenom normalarbeidstid. Brukerstyrte senger kan være et svært godt behandlingstilbud, men eksisterer mange steder ikke eller i liten grad. Brukerstyrte senger krever tilgjengelighet på nokså kort varsel og at ikke alle sengeplasser er opptatt når behovet oppstår, altså en viss romslighet i belegg. I mange situasjoner kan det derfor oppleves å være få frivillige alternativer tilgjengelig.

Rådene bygger helt og fullt på frivillighet, eller forteller spesialisthelsetjenesten hva de skal gjøre når tvangsinnleggelsen har skjedd. Legeforeningen ønsker å påpeke at det er en svakhet ved dagens lovgivning og ved forslaget til nasjonale råd at det mangler et nivå mellom frivillige tiltak og tvangsinnleggelsen. Førstelinjetjenesten har lite handlingsrom hvis pasienten ikke ønsker hjelp eller bistand og ikke gir samtykke til at fastlegen konsulterer eller samarbeider med eksempelvis spesialisthelsetjenesten om tiltak for å unngå tvangsinnleggelse. I beste fall kan rådgivning skje anonymt og uten at spesialisthelsetjenesten dokumenterer råd som er gitt og uten at de besøker pasienten.

Råd nr. 6 om at man må sikre og sørge for å skape trygghet og tillit når pasientene legges inn i en avdeling i psykisk helsevern bør utvides til å dreie seg om hele innleggelsen. Det er etter vår vurdering ingen gode grunner for kun å fokusere på selve mottakssituasjonen. Utrednings- og behandlingsaspektet er utelatt. Det å sørge for god kartlegging av plagsomme psykiske symptomer,



kartlegge evt. abstinens og somatiske sykdommer, igangsette virksom behandling og lindre uro, søvnvansker, agitasjon, håpløshet og sterke symptomer på f.eks. mani og psykose vil også kunne bidra til å redusere tvangsbruk.

Råd nr. 7 om å legge til rette for tilnærminger og tiltak som kan redusere bruk av tvangsmidler og skjerming, med fokus på oversiktlig og hyggelig miljø, unngå for strenge husordensregler som kan være kime til konflikt og at pasientene har meningsfulle aktiviteter støttes. Dette rådet er imidlertid til dels sammenfallende med råd nr. 3.

Legeforeningen vil påpeke at daglig uteaktiviteter ikke alltid praktisk mulig å få til for alle – det krever tilgang til egnet uteareal og tilstrekkelig personal slik at det er mulig å følge pasienter ut der det er risiko for rømming.

Råd nr. 8 som omhandler å utforme en individuell tilpasset skjermingsplan tilføyer lite nytt. Mye av innholdet som skisseres (konkrete rammer og plan for dagen) er ofte nedskrevet i en tverrfaglig behandlingsplan som pasienten kan få kopi av, evt. en dagsplan/ukeplan. Hvis denne anbefalingen skal stå krever den mer gjennomarbeiding. Formålet med skjermingen bør inngå, og beskrivelsen i planen bør inneholde behandlingsmessige aspekter.

Råd nr. 9 om ettersamtale med pasienten etter tvangsbruk er allerede lovpålagt og tilføyer derfor lite nytt. Legeforeningen savner at det beskrives hvordan bruk av slike samtaler og dokumentasjon på evaluering av tvangsbruk kan brukes mer aktivt i den videre behandlingen med pasienten for å unngå tvangsbruk i fremtiden. Nyttig informasjon fra ettersamtaler om hvordan forebygge nye situasjoner med tvangsbruk kan med fordel nedfelles i behandlingsplan, kriseplan og epikrise.

Råd nr. 10 om gjennomgang av hendelser hvor tvangsmidler og skjerming er benyttet med nærmeste leder, vedtaksansvarlig og involvert personale er i liten grad gjennomførbart på en ordinær akuttavdeling i psykisk helsevern, da det vil være for mange vedtak til at dette er praktisk og tidsmessig mulig. Leder bør heller inkluderes i slike gjennomganger på jevnlig basis, mens det enkelte vedtak bør evalueres av faglig ansvarlig og involvert miljøpersonale.

Råd nr. 11 om å utarbeide kriseplan før utskrivelse er nedfelt en rekke andre steder. Igjen bør et slikt råd vektlegge hvordan bruk av kriseplan kan redusere tvang i fremtiden.

Råd nr. 12 om evaluering av tvangsinnleggelse inneholder mange gode elementer, men det kan være krevende å få alle sentrale aktører involvert i tvangsinnleggelsen (inkl. fastlege) til å møtes etter enhver tvangsinnleggelse. Man kan se for seg at en evaluering av tvangsinnleggelse kan gjøres som en del av evaluering i pakkeforløpene, evt. kombineres med et samarbeidsmøte. Bruk av digitale løsninger kan også være gode hjelpemidler for å sikre at slike evalueringer blir gjennomført.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør/lege



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Miriam Sandvik
Spesialrådgiver / lege

Dokumentet er godkjent elektronisk