

Tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg

Den 2. nasjonale konferansen om forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet

Holmen Fjordhotell 22. – 23. mars 2010

Referat fra gruppearbeidet: Prosedyre

Gruppen hadde fem deltakere: Torbjørn Mikkelsen, Heidi Magnussen, Anne Sofie Dahle, Nelli Sørensen, Alberto Valiente Thoresen (referent)

Hvem fatter vedtak om TUD?

Psykiater. Psykologspesialist kan forlenge vedtaket i samarbeid med kompetent personell. Psykiateren på sykehus kan også overgi ansvaret til DPS.

Det finnes ikke forskjellige regler for hver enkelt kommune(eller DPS), men de praktiske forholdene bestemmer hvordan dette gjøres. Det finnes DPSer som ikke er godkjent for tvang, hvis det ikke er kompetente psykiatere der. Det er vanskeligheter med å få tilsatt folk.

Videokonferanse blir brukt i stadig større grad for å gjøre noe med mangelen på folk som er vedtakskompetente.

Hva er begrunnelsene for TUD vedtak?

Oftest er begrunnelsen for TUD å sikre medisinerings.

Det antas ofte at det å være hjemme er bedre for pasienten. Det er sjeldent at man kan gjøre en grundig nok vurdering om dette er faktisk tilfellet for den enkelte pasienten. Det er spesielt viktig å fokusere på dette, med tanke på § 3 i Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, som krever at den faglig ansvarlig for vedtak skal foreta en helhetsvurdering, og at det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske.

Hvem står for den praktiske gjennomføringen av behandlingen ved TUD vedtak?

Den kommunale psykiatritjenesten, DPS. I praksis er det en del tilpasninger som gjøres og som svarer til forholdene.

Hvordan er saksbehandlingen og begrunnelsene for vedtak i kontrollkommisjonene ved a) forlengelsesvedtak av TUD (ut over et år eller videre årlige forlengelser)? Eller ved b) klage over TUD?

Det skal gjøres et begrunnet vedtak som journalføres og sendes til kontrollkommisjonen. Ved klage innkalles pasienten til kontrollkommisjonen.

Hvordan reageres det på non-compliance hos pasienter under TUD?

Non-compliance pasienter er de pasientene som ikke følger behandlingen, enten fordi de ikke vil, eller fordi de ikke skjønner hvordan behandlingen kan ha en positiv effekt. Det er noen non-compliance pasienter som "blir hentet av tvangen". Det er andre som blir truet med at de mister tilbudet hvis de ikke følger rådene. Det er også enkelte som blir tvangsinnlagt, fordi spesialisten kanskje vurderer at de utgjør en risiko for seg selv eller andre.

Sosialsituasjonen til pasienter på TUD (Har de ulik tilgang til bolig, arbeid med mer sammenlignet med pasienter som skrives ut uten TUD?)

Fattigdomsproblemet er gjennomgående. De fleste har ingen jobb. Det er vanskelig å si med sikkerhet, men det er inntrykket. De fleste får tilbud om kommunale leiligheter.

Hva er den sosialpolitiske begrunnelsen for bruk av TUD?

Dette aspektet er veldig interessant med tanke på "vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon". Disse spesifiserer at den faglig ansvarlig for vedtak skal gjennomføre en helhetsvurdering av om pasienten behøver den døgnkontinuerlig omsorg eller om dette kan ivaretas uten døgnoophold. Hvis det handler stort sett om pasienter som ikke har tilgang til bolig og som har en dårlig økonomisk situasjon må kommunene kunne ivareta disse pasientene. Men i praksis skaper dette utfordringer. Det er for eksempel medlemmer i gruppen som har opplevd at pasienter blir spurt "kan du garantere at du ikke skal ødelegge den kommunale boligen?", osv.

Det er et sosialpolitisk mål om at alle skal ha rett til egen bolig. Derfor kan TUD være et middel til å skaffe dette til brukere. Ønsket outcome av dette (og dermed TUD) burde være økt livskvalitet og mestring. Det er uklart hvordan dette fungerer i praksis, spesielt når man tar i betraktning utfordringene som er nevnt ovenfor.

Samhandling og TUD. (Bukere, pårørende og helsepersonell. Spesialisthelsetjenesten og Kommune/helsetjenesten)

Det kunne vært en bedre dialog mellom alle aktørene som er involvert. Man må bli bedre på dette. Samhandlingsreformen er en mulighet. Det må forskes mer på hvordan dette kommer til å påvirke TUD.

Finnes andre (og bedre) alternativer til TUD?

Dette er noe som videre forskning kan svare på.

Type studier:

- a) Komparative kvalitative studier av ulike samhandlingsformer som berører TUD
- b) Komparative statistiske studier av ulike samhandlingsformer som berører TUD.
- c) En kombinasjon av a) og b).
- d) Deskriptive studier av formelle og uformelle kriterier, begrunnelser, ideologi, praksis, konsekvenser og outcome
- e) Diskursanalyse. Aktørene involvert bruker forskjellige diskurs og samhandlingen mellom disse diskursene fører til ulike utfall. Her kan det lages studier fra de ulike perspektivene i diskursanalyse, bl.a. etnografi av kommunikasjon, "speech acts theory", "conversation analysis", kognitiv psykologi og "critical discourse analysis".
- f) Konfliktstudier. "Conflict resolution" perspektiv på prosedyren, hvordan det fattes vedtak og klager. Modeller som ser på om holdninger fokuserer på konkurranse eller samarbeid, og om disse fører til konstruktive eller destruktive utfall. Dette kan brukes for å studere TUD med tanke på effektene prosedyren har på utfallsvariabler som livskvalitet. Disse modellene tar også i betraktning andre variabler som påvirker konflikter og som kan spille en rolle i prosedyren. Noen eksempler er tillit, makt, autoritet, kommunikasjon, språk, gruppekonflikt, "judgemental biases", følelser, "counterintuitiveness" og kreativitet.

Elementene som må tas i betraktning for å utforme problemstillinger:

Ulike samhandlingsformer mellom aktørene som er berørt av TUD

Formelle/uformelle kriterier – Begrunnelse – Ideologi (Påvirker samhandlingsformer)

Prosedyren (Hvordan foregår dette i praksis?)

Klage – Fatte vedtak om TUD

Konsekvenser

Outcome Mål

Det er viktig å ikke lage problemstillinger som det ikke går an å svare på eller som ikke kan gjennomføres.