

# Omfanget av tvang

Ordstyrer: Torleif Ruud

Referent: Per Bernhard Pedersen

## 1 Hva er det viktig å vite mer om?

### Tvangsinnleggelser

Det er et grunnleggende problem at vi mangler kunnskap om omfang av tvang, og hvem som utsettes for tvangen. Tvungent vern er et stort inngrep, og har store konsekvenser for de som blir utsatt for det. Før vi kan vite hva som virker må vi kjenne omfanget. Fortsatt mye synsing, og lite evidens-basert kunnskap. Vi trenger data/analyser omfang og geografiske variasjoner i omfang av:

- Hvor mange tvangsinnleggelser har vi
- Hvem som blir innlagt under tvang
- Hvor mange innleggelser de har
- Hvor mange personer det gjelder
- Hvor mange døgn de er underlagt tvang

Noen aktuelle problemstillinger og hypoteser:

- Stort omfang av tvang kan være uttrykk for et strukturproblem. Paradoks: Ber du om hjelp, blir man ansett som for frisk til å få hjelp.
- Kan se ut for at man noen (mange?) steder setter likhetstegn mellom tvang og alvorlighet. Eneste mulighet for å bli innlagt, er å bli innlagt under tvang.
- Hvorfor blir så mange henvisninger til tvang omgjort?
- Hva skjer med pasientene som får omgjort vedtaket?
- Hva kjennetegner de innleggende legene? Rollen til legevaktlegene. Er primærlegenes henvisning/undersøkelse for dårlig?
- Det er store geografiske forskjeller i tvangsbruken. Ressurser kan være viktig, både i spesialisttjenesten og førstelinjetjenesten, men: Ikke nødvendigvis mindre tvang i områder med størst ressurser.
- Utenforliggende forhold kan spille inn: F eks i Finnmark: Må bruke tvang for å få politieskorte på ambulanseflyet.
- Planlagte innleggelser kan redusere omfanget av tvangsinnleggelser for "svingdørspasienter". Gir trygghet. Vellykkede forsøk flere steder i landet.
- Går det an å utforme alternative tilbud, som forhindrer tvangsinnleggelser (akutteam osv)? DPS-enes rolle vil bli viktig: Tiltak i kommunene.
- Flere psykiatere "ute" (ved DPS) gir mindre tvangsinnleggelser! Problemer med å få fylt spesialiststillingene i distriktet. Reguleringen av legespesialister.
- Samtykkekompetanse undervurdert i Norge. Hvordan vurderes dette ved innleggelse og under oppholdet? Kan også ha samtykkekompetanse på noen områder, selv om man ikke har det på andre.

- Pasienten skal høres: I hvilken grad kommer pasientens syn fram f eks i journalen?
- "Kriseplaner" kan bli viktig, enten i individuell plan, eller som egen plan.
- En liten gruppe står for en stor andel av oppholdsdøgnene og tvangen. Hva kjennetegner disse?
- Hva er "riktig" omfang av tvangsbruk? Er det nødvendigvis riktig å redusere bruken av tvang alle steder? Dilemma: Samfunnets behov for beskyttelse mot pasientenes rett på minst mulig tvang.
- Hva med peer-reviews av områder med høy og lav tvangsincidence?
- Konklusjon: Mange andre faktorer enn egenskaper ved pasientene styrer omfanget av tvangsinnleggelse. Tvangsinnleggelsene er også av varierende lengde. Døgn på tvang er derfor også viktig. Variasjon i innleggelse kan skyldes
  - Egenskaper ved pasienten
  - Spesialisthelsetjenesten
  - Lokalsamfunn og førstelinjetjenesten
  - Samhandlingsmønster mellom disse, men også:
  - Kontrollkommisjonenes praksis

### **Kontrollkommisjonenes rolle**

Kontrollkommisjonenes rolle ble spesielt diskutert. Noen aktuelle problemstillinger:

- Hvor mange klager, og hvor mange får medhold?
- Varierende praksis mellom kontrollkommisjonene? Hva slags begrunnelse har kommisjoner med ulik praksis.
- Kommunikasjonsproblem: pasientene kan ha problem med juridiske formuleringer. Hvordan oppfatter pasienten klageretten? Hvilken hjelp får pasientene fra personalet med å utforme klager?

### **Tvang uten døgnopphold**

- For noen vil dette være et livsløp. TUD kan være en god ting hvis alternativet er lengre opphold, men krever oppfølging. Husk: samme krav som ved innleggelse på tvang.
- Kontrollkommisjonene bør ha en viktig rolle her, særlig for varigheten.
- Pasienter på TUD følges ofte opp i kommunene, fanges derfor ikke opp i virksomhetsdataene.
- Har lite data her. Vi trenger kunnskap om:
  - Omfang
  - Hvordan blir vedtak fattet
  - Hvordan vedtaket blir fulgt opp.
- Hva slags tilbud får pasienter på TUD? I hvilken grad/hvordan blir folk på TUD fulgt opp? Er det noe mer enn medisinerings?
- Registreringsproblem: "permisjon" kontra nytt vedtak ved utskrivning, kan gi ulikt omfang av vedtak om TUD.

## **2 Hvordan få kunnskap**

Pasientdata må på plass! Dette gjelder også TUD (samme krav til dokumentasjon som ved innleggelse).

Mangler i data kan enten skyldes mangelfull registrering men også problemer med datasystemene: Mange har gode system, men mange ulike system. Klikker i overføringene mellom disse. Rutinene for å føre vedtak er gode, men tallene kommer ikke fram. Hvorfor rapporterer noen foretak bra? Hva kan andre lære av disse?

Det er behov for faktabeskrivelser, men også behov for kartlegging og måling av opplevelser knyttet til tvangsbruk både fra pasientperspektiv og personellperspektiv.

Det er også behov for kvalitativ forskning knyttet til tvangsvedtakene. Selv om det er relativt klare kriterier, er en også pålagt å gjøre en helhetsvurdering.

Riksrevisjonen har påpekt forskjeller i praktisering av retten til helsehjelp. Også her er det behov for flere undersøkelser.

Det er nå stilt krav om pålitelige data i bestillingsdokumentet til RHF-ene. Men dette må følges opp.

Hva med brukere i forskergruppen?

Med personentydige data blir det mulig å foreta forløpsstudier: Mellom institusjoner og over tid.

Data fra kontrollkommisjonene er en datakilde som med fordel kan utnyttes.

Det ble også reist spørsmål om vi trenger et "Rikshospital" for psykiatrien? Ikke alle var enige i det.

## **3 Ymse**

Behov for "lavterskel-publikasjoner": ikke bare på engelsk: Forskingen ut til folket!

Skjer en del forskning i helseforetakene, men fortsatt for lite synlig.