

Vurdering av videreføring av «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)»

1 Gjennomføring av oppdraget

Det er avklart med departementet at begrepet *evaluering* i oppdragsbeskrivelsen er å forstå som Helsedirektoratets *oppsummering og vurdering* av de enkelte tiltakene som er gjennomført i den nasjonale delen, arbeidet på regionalt og lokalt nivå samt våre refleksjoner rundt strategien som helhet. Vi vil i noen grad omtale andre prosjekter, satsninger og tiltak som Helsedirektoratet har iverksatt på eget initiativ eller har finansiert med tilskuddsmidler over kap. 734 post 72, «Riktig og redusert bruk av tvang». Mye av dette arbeidet understøtter strategien på ulike nivåer. Vi vil imidlertid understreke at det gjøres mye godt arbeid i regi av frivillige aktører og av det kommunale psykiske helsearbeidet som bidrar til å forebygge og forhindre tvangsinnleggelse, redusere antall oppholdsdøgn på tvang og også nye innleggelse ev. reinnleggelse etter utskriving fra psykisk helsevern.

Helsedirektoratet utarbeider årlig en rapport basert på tall fra Norsk pasientregister der det presenteres analyser som gjelder bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rapporten inneholder også en gjennomgang av resultater fra kontrollkomisjonenes arbeid og fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsbehandling. Rapporten publiseres i november med tall fra året før. Tallene vi refererer til vil derfor være fra 2013 og tidligere ettersom tallmaterialet for 2014 ennå ikke er analysert. Det er planlagt at rapporten basert på tall fra 2014 skal utvides til en sluttrapport for strategiperioden. Utgivelsestidspunktet vil med det flyttes fra november 2015 til januar 2016.

2 Bakgrunnen for Nasjonal strategi «Bedre kvalitet – økt frivillighet»

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) var en historisk satsning for å styrke den psykiske helsen. Et viktig mål var å desentralisere behandlingstilbudene og legge til rette for samhandling og helhetlige tjenester. De overordnede prinsippene for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Mer vekt skulle legges på pasientenes behov, involvering av pårørende, forebygging når det var mulig, mest mulig frivillighet og et mest mulig normalt liv. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern ble utarbeidet i 2006 som en viktig del av Opptappingsplanen. Hovedkonklusjonen i Norges forskningsråds evaluering av Opptappingsplanen (2009) var at de kvantitative målene i hovedsak var nådd. Mer enn dobbelt så mange fikk behandling som 10 år tidligere (dvs. i 1999) og antall årsverk var økt betraktelig. Helseministeren påpekte imidlertid at det gjensto fortsatt utfordringer i forhold til innhold og kvalitet i tjenesten og brukervedvirkning. Bakgrunnen for at departementet valgte å lansere en nasjonal strategi i 2012, beskrives i strategidokumentet som en vedvarende, tverrpolitisk bekymring over

omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern. Det vises til at Opptrappingsplanens mål var oppnådd i for liten grad, til tross for omstilling av tjenestetilbudet i retning av mer ambulante og polikliniske tjenester, samt tiltak og styringssignaler om å redusere bruken av tvang. En strategi ble ansett som nødvendig for å ta sterkere grep i arbeidet med å redusere bruken av tvang av hensyn til pasientene og pårørende og til Norges forpliktelser overfor menneskerettighetene.

Bernt-utvalget som ble nedsatt for å vurdere behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven, foreslo i sin rapport i 2009, nye og mer forpliktende tiltak, med tydeligere organisatorisk forankring. Utvalget anbefalte at det skulle utarbeides en nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester, bestående av en lokal, regional og nasjonal plandel.

Det er fortsatt tverrpolitisk enighet om at bruk av tvang er et alvorlig inngrep i et enkeltmenneskes liv og at psykisk helsevern i størst mulig grad skal baseres på frivillighet. Terskelen for å gripe inn med tvang skal derfor være høy. Psykisk helsevernloven legger imidlertid til grunn at det i noen situasjoner og overfor noen få pasienter er nødvendig og riktig å bruke tvang, både av hensyn til pasienten selv og av hensyn til omgivelsene.

Verdiene og prinsippene fra St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet, som ble vektlagt og beskrevet som førende for omstillingen og utviklingen av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser gjennom Opptrappingsplanen, er i mange henseende de samme snart 20 år etter. Måten vi forholder oss til psykiske lidelser er imidlertid i endring. Blant annet utvikles det mer recoveryorienterte psykiske helsetjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser viser at det er større åpenhet rundt psykiske problemer og lidelser og at flere får hjelp. Om og i hvilken grad målene og prinsippene blir tilstrekkelig operasjonalisert, er likevel fortsatt utfordrende for tjenestene.

2.1 Nasjonal strategi «Bedre kvalitet – økt frivillighet»

Strategien ble lansert sommeren 2012, og 2015 er det siste året i strategiperioden. Strategien videreførte «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern».

Strategien «Bedre kvalitet – økt frivillighet» er tredelt og omfatter en nasjonal, en regional og en lokal plandel. Helsedirektoratet har ansvar for den nasjonale plandelen som omfatter 14 tiltak. På regionalt og lokalt nivå har helseforetakene og kommunene i opptaksområdene samarbeidet om å etablere lokale tvangsreduserende planer og knytte disse til samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene. Tiltakene på nasjonalt nivå skal understøtte tiltaksplanene på regionalt og lokalt nivå, og bidra til å nå målsetningen om å øke frivilligheten og bedre kvaliteten på tjenestene.

3 Arbeidet i strategiperioden

3.1 Nasjonale tiltak

Intensjonen med strategien «Bedre kvalitet - økt frivillighet» har vært å arbeide videre mot målene i Opptrappingsplanen. Dette var også i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om å etablere lett tilgjengelige og helhetlige tjenestetilbud. Oppsøkende tjenester og samarbeid mellom tjenestenivåer skulle øke mulighetene for hjelp på et tidligere stadium, slik at akutte, tvungne innleggelse i døgninstitusjoner kunne reduseres. God kommunikasjon mellom personell, brukere og pårørende skulle bidra til bedre kvalitet i behandling og oppfølging.

De 14 nasjonale tiltakene er inndelt i tre områder:

- kompetanse og kvalitetssikring, 9 tiltak
- dokumentasjon, 1 tiltak
- kunnskapsutvikling og forskning, 4 tiltak

Status for tiltakene i mai 2015 er at 4 tiltak er gjennomført, 9 er fortsatt under arbeid, og 1 er delvis påbegynt.

Mål 1: Kompetanse og kvalitetssikring

Omfatter tiltakene 1-9

Tiltak 1: En felles veileder til kommunene og det psykiske helsevernet om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester.

Mål og status for tiltaket: Veilederen skal bidra til å styrke det faglige arbeidet med å øke frivilligheten og bedre kvaliteten i de psykiske helsetjenestene. Direktoratet har satt i gang et større arbeid for å styrke kvaliteten på prosess og innhold i retningslinjer og veiledere. Dette innebærer at utarbeidelse av veiledere underlegges mye av den samme metodikken som utvikling av nasjonale faglige retningslinjer, og at arbeidsprosessen skal effektiviseres.

Tiltak 1 omfatter mange store temaer og en rekke tjenester på spesialist- og kommunalt nivå, til barn og unge og voksne. Det er derfor nødvendig å avgrense retningslinjens innhold, eventuelt å utarbeide flere retningslinjer. Helsedirektoratet viser til dialog med departementet om forståelsen av oppdraget. Arbeidet med veilederen, dvs. retningslinjen, ble startet opp senhøstes i 2014. Det er nedsatt en arbeidsgruppe og oppstartsmøte ble avholdt våren 2015. Arbeidsgruppen består av 20 personer fra bruker- og fagfeltet, profesjonsorganisasjonene og de regionale helseforetakene.

Det er flere områder som er aktuelle for kunnskapsoppsummeringer i retningslinjen. Noen eksempler er kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvangsinnleggelse, mekaniske tvangsmidler og skjerming, bruk av antipsykotiske legemidler samt betydningen av ulike miljøterapeutiske tiltak.

Så langt er ett av litteratursøkene gjennomført. Kunnskapsinnhenting og prosessen knyttet til utarbeidelse av retningslinjer er omfattende og tiltaket vil ikke kunne ferdigstilles innen strategiperiodens utløp.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Det er et overordnet mål at praksis som implementeres i helsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Retningslinjearbeidet er bygget på forskning og erfaring, på brukerkunnskap og brukermedvirkning. *FAGLIGE RETNINGSLINJER ER I PRINSIPPET ANBEFALINGER OG RÅD, OG SKAL BYGGE PÅ GOD, OPPDATERT KUNNSKAP. RETNINGSLINJENE ER MENT SOM ET HJELPEMIDDEL VED DE AVVEININGER TJENESTEYTERE MÅ GJØRE FOR Å OPPNÅ FORSVARLIGHET OG GOD KVALITET I TJENESTEN.*

Tilbakemeldingene både fra bruker- og fagfeltet er positive til systematisk kunnskapsoppsummering på områder som er sentrale for forebygging, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser.

Direktoratet vurderer at det er behov for en slik retningslinje. Anbefalingene i retningslinjen skal sammen med andre tiltak bidra til å:

- hindre uønsket variasjon i tjenesten
- sikre god kvalitet og riktige prioriteringer
- løse samhandlingsutfordringer
- sikre helhetlige pasientforløp

Tiltak 2: Utarbeide et «tipshefte» til spesialist- og kommunehelsetjenesten om frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder medisinfrie behandlingstilbud, jf. Helse- og omsorgsdepartementets krav om dette i de lokale planene for redusert og riktig bruk av tvang.

Mål og status for tiltaket: Helsedirektoratet vurderer temaet «medisinfrie behandlingstilbud» forstått som tilbud uten antipsykotiske legemidler og sentralt for den nasjonale retningslinjen som er under arbeid, jf. tiltak 1, og har flyttet temaet dit for systematisk kunnskapsinnhenting.

Helsedirektoratet har sendt en bestilling til Kunnskapscenteret om en grundig metodevurdering om bruk av antipsykotiske legemidler. En slik metodevurdering vil bl.a. kunne gi en kunnskapsoppsummering og en helseøkonomisk analyse. Vurderingen vil danne grunnlag for å vurdere behovet for å revidere legemiddelkapittelet i nasjonale faglige retningslinjer for psykoselidelser og for bipolare lidelser, og i arbeidet med nasjonale faglige retningslinjene om tvang i psykisk helsevern.

De regionale helseforetakene har ferdigstilt sine planer for medisinfrie behandlingstilbud og brukerstyrte senger i sine regioner. Så langt er det opprettet brukerstyrte plasser i minst 51 DPSer. Helse Sør-Øst har videreformidlet sine planer til de andre RHFene etter anmodning fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Tiltak 3: Gjennomgang av ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Formålet er å få mer kunnskap om omfanget av og praktiseringen av ordningen, herunder i hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert eller prøvet.

Mål og status for tiltaket: Gjennom sitt arbeid og utarbeidelsen av sine forskningsplaner (2014-2019) har Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk) vært den instans som i

tydeligst grad har påpekt kunnskapsmangelen om ordningen tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

TvangsForsk har fått i oppdrag å koordinere gjennomføringen av tiltak 3, og har knyttet datainnsamlingen til en pågående multisenterstudie som TvangsForsk koordinerer om samme tema.

Med en så omfattende mangel på pålitelige data, har det vært nødvendig å prioritere hvilken type data om TUD som skal ha høyest prioritet å fremskaffe. Helsedirektoratet og TvangsForsk mener at det viktigste i første omgang er å få kunnskap om omfang og varighet av TUD. Mer detaljert vil dette innebære: Antall nye TUD-vedtak per år (insidens), antall personer som til enhver tid er underlagt TUD (prevalens), samt hvor lenge de som pr. i dag er på TUD har vært underlagt ordningen. Gitt at det er knyttet så stor usikkerhet til kvaliteten av NPR-data, er det nødvendig å samle inn primærdata basert på individuelle pasientjournaler i DIPS.

Hvordan den andre delen av tiltaket, «I hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert / utprøvd», skal løses, har vært diskutert. Dette spørsmålet vil kreve en annen metodisk tilnæringsmåte. Det vil innebære et stort prosjekt og vil kunne realiseres etter at omfangsdataene er samlet inn. Helsedirektoratet vil først prioritere innsamling av data som vil belyse omfang av TUD-ordningen. Selv om vi har en del kunnskap om pasienter på TUD gjennom ACT-evalueringen, er det behov for ytterligere kunnskap.

De øvrige deltakerne i multisenterstudien er UNN HF og Helse Finnmark, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Sørlandet HF. Det er samlet inn omfattende data om de enkelte pasientene som er underlagt TUD-ordningen ved de ulike stedene. Data omfatter blant annet pasientkarakteristika, behandling, sosioøkonomiske data og pasientadministrative data.

Fordelene ved å være tilknyttet en multisenterstudie er at de ulike studiene vil kunne ha tilgang til hverandres data. For Helsedirektoratet betyr det at vi får tilgang til kvalitative data om TUD-ordningen samt til omfang andre steder i landet, mens de andre studiene vil få komplettert kunnskapen om omfanget av TUD.

Gjennomgangen av TUD-ordningen ble planlagt i 2014 og startet opp i 2015. Planen er å ferdigstille tiltaket ved utgangen av 2015. Det kan derfor bli nødvendig å forlenge prosjektperioden. Resultater (ev. foreløpige resultater) vil bli rapportert ved utgangen av 2015.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Det foreligger i dag ikke data av tilstrekkelig kvalitet til å kunne beskrive hvordan TUD fungerer, eller til å følge utviklingen av TUD-ordningen. Multisenterstudien vil bidra til økt kunnskap på dette feltet.

Fra rapporteringen for 2013 tar Norsk pasientregister forbehold om at døgninstitusjonenes rapportering av bl.a. data om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) fortsatt er ufullstendig, slik at informasjonen ikke kan utnyttes til analyseformål (Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013, Helsedirektoratet 2014).

Gjennomføringen av tiltak 3 vil bidra til å øke kunnskapen om hvor mange pasienter som er på TUD og hvor lenge de har vært på denne ordningen i to (norske) storbykommuner. Tiltaket vil sammen med de øvrige prosjektene i multisenterstudien, gi bedre og bredere innsikt i praktiseringen av TUD i Norge.

Med Helsedirektoratets tiltak vil datainnsamlingen gi et mer helhetlig og representativt bilde av TUD-ordningen i Norge

Tiltak 4: Gjennomføre en kartlegging for å avdekke bruken av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med.

Mål og status for tiltaket: Høsten 2014 ble det inngått en avtale med Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) om gjennomføring av tiltaket. Helsedirektoratet har definert målgruppen for tiltaket, dvs. personer som bor i kommunale boliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med, til å være personer med alvorlige psykiske lidelser og ev. ruslidelser.

Det skal gjennomføres fokusgruppeintervjuer blant ansatte og brukere i ulike botilbud i et utvalg av kommuner over hele landet. Hensikten er å identifisere ulik lokal praksis, og antageligvis også ulik forståelse av gråsoner og lovhjemler for hva slags tiltak / begrensninger som kan gjennomføres i brukerens bolig. Ansatte og brukere skal intervjues separat da disse kan ha ulikt syn på og opplevelse av situasjonen. Kartleggingsprosjektet vil bli lagt frem for godkjenning i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet starter i 2015 og vil gå over to år, med avslutning i 2016. Ved prosjektslutt skal det foreligge en rapport som omhandler resultatene fra kartleggingen.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Kommunens helse- og omsorgstjenesten har en sentral rolle i forbindelse med forebygging av, og etablering av tvungent psykisk helsevern gjennom henvisning fra fastlege og legevakt, og er også ofte involvert i gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Kartleggingen vil kunne gi større innsikt i hvordan kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med håndterer brukere i krevende situasjoner. Hvilke kontrolltiltak som benyttes, hva slags forankring disse har i lovverket, og hvordan de oppleves.

Mer kunnskap på dette området vil kunne gi bedre oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse som bor i en kommunal bolig, og vil kunne redusere bruken av tvang.

Tiltak 5: Utarbeide opplæringsmateriell og iverksette opplæring i relevante helselover, og sentrale menneskerettskonvensjoner, med vekt på psykisk helsevernloven, for nøkkelpersonell i kommunene (fastlege, legevakt, kommuneoverleger / bydelsoverleger, psykisk helsearbeidere, ansatte i omsorgsboliger) og det psykiske helsevernet (ledere, faglige ansvarlige, og øvrig behandlings- og miljøpersonale).

Mål og status for tiltaket: Direktoratet planlegger dette tiltaket som en samlet «pakke» av opplæringsmateriell, lagt ut på direktoratets hjemmeside. Sentrale elementer vil være rundskriv til helselovene, samt skriv som utarbeides i henhold til øvrige tiltak etter planen her (tiltak 1,2, 6,7 og 8). Siden flere av øvrige tiltak inngår, vil dette tiltaket være et av de siste som ferdigstilles. Tiltaket er planlagt ferdigstilt i 2016.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Tiltaket vil kunne bidra til en bedre og mer enhetlig praktisering og forståelse av helselover og menneskerettigheter for nøkkelpersonell knyttet til anvendelse av tvang.

Tiltak 6: Det utarbeides retningslinjer for fylkesmennenes klagesaksbehandling av vedtak om tvangsbehandling (§ 4-4)

Mål og status for tiltaket: Veilederen ble ferdigstilt i mai 2015.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Formålet med veilederen er å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved å sikre forsvarlig saksbehandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke. Veilederen skal bidra til likebehandling og sikre rett prioritering av disse hos fylkesmannen.

Tiltak 7: Myndighetenes oppfølging av kontrollkommisjonene styrkes for å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid og sikre en mer enhetlig praksis nasjonalt, herunder etablering av et eget opplæringskurs for kontrollkommisjonsmedlemmer.

Mål og status for tiltaket: Helsedirektoratet følger opp kontrollkommisjonene bl.a. gjennom årsrapportering og en årlig konferanse. Fra 2013 har alle medlemmene i kontrollkommisjonene fått opplæring i egne sesjoner på den årlige kontrollkommisjonskonferansen. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utvikle et opplæringsprogram for nye kontrollkommisjonsmedlemmer. Dette er planlagt som et e-læringsprogram, og er planlagt ferdigstilt i 2015.

Helsedirektoratet har i 2014 gjort noen utbedringer av det elektroniske systemet for kommisjonenes årsrapportering, knyttet til nye bestemmelser i psykisk helsevernloven (kap. 4a), og kommisjonenes velferdskontroll.

Videre har direktoratet gjennomført et forprosjekt med sikte på å styrke den administrative og økonomiske oppfølgingen av kommisjonene, herunder utrede en felles elektronisk løsning for både administrative oppgaver (som innsending av godtgjøringskrav/reiseregninger, rapportering) og saksbehandling. Prosjektet vil gi et beslutningsgrunnlag for konseptvalg med beskrivelse av behov, overordnede krav og utredning av mulige konsepter, samt kravspesifikasjon for aktuelt konsept og tids- og kostnadsoverslag for et hovedprosjekt. Forprosjektet ble avsluttet i mars 2015, og er nå oversendt departementet sammen med en tilrådning om videre oppfølging. Direktoratet avventer nå tilbakemelding fra departementet.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Hensikten med bedre oppfølging av kommisjonenes arbeid, er å kvalitetssikre arbeidet kommisjonene utfører og å sikre en mer enhetlig praksis hos kommisjonene.

Tiltak 8: Styrke den menneskerettslige kompetansen ved kontroll- og tilsynsorganer.

Mål og status for tiltaket Direktoratet har utarbeidet et kapittel om menneskerettigheter i veilederen til fylkesmannens klagebehandling, jf. tiltak 6. I tillegg skal det utarbeides materiale knyttet til dette i kontrollkomisjonenes opplæringsprogram, tiltak 7. Det vurderes også inntatt bidrag fra tiltak 14. Tiltaket planlegges ferdigstilt i 2015.

Vurdert som virkemiddel: Hensikten med bedre oppfølging av kommisjonenes arbeid, er å kvalitetssikre arbeidet kommisjonene utfører og å sikre en mer enhetlig praksis hos kommisjonene.

Tiltak 9: Utarbeide informasjon for barn og unge om deres rettigheter ved behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, og informasjon til pårørende og helsepersonell om pårørendes rettigheter ved tvang.

Mål og status for tiltaket: 4 brosjyrer ble utarbeidet i 2014: To til barn og unge, én til pårørende og én til helsepersonell.

Rettigheter i psykisk helsevern for deg under 16 år (IS-2131). Brosjyren gir informasjon til barn og unge under 16 år om deres rettigheter i det psykiske helsevernet.

Rettigheter i psykisk helsevern for deg fra 16-18 år (IS-2132). Brosjyren gir informasjon til unge fra 16-18 år om deres rettigheter i det psykiske helsevernet.

Pårørendes rettigheter - informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (IS-2145). Brosjyren gir en oversikt over pårørendes og nærmeste pårørendes rettigheter etter helselovgivningen, og gjelder i både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Rettighetene både for pårørende til barn og unge og for pårørende til voksne omtales.

Pårørendes rettigheter - en oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak (IS-2146). Brosjyren gir en oversikt over pårørendes rettigheter og hvilke plikter helsepersonell har overfor pårørende av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Reglene i lovverket oppleves av mange som uoversiktlige og vanskelig tilgjengelige, og brosjyrene er språklig tilpasset målgruppene. Det har vært stor etterspørsel etter brosjyrene. Innen utgangen av 2014 var de til sammen trykket opp i et opplag på ca. 50.000 eksemplarer.

Brosjyrene er publisert på Helsedirektoratets nettside:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx>

Mål 2: Dokumentasjon

Omfatter tiltak 10

Tiltak 10: Arbeidsgruppe forslag til enhetlig og korrekt registrering og innrapportering av alle aktuelle tvangsdata.

Mål og status for tiltaket: Det ble nedsatt en arbeidsgruppe i 2013 med deltakelse fra Norsk pasientregister, andre relevante avdelinger i Helsedirektoratet, og alle de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen avsluttet som planlagt sitt arbeid i 2014. Status på området datakvalitet tvang skal oppsummeres og oversendes departementet i 2015, og det skal gis råd om hvordan en bør gå videre for å få bedret datakvalitet på tvang. Arbeidsgruppens hovedråd vil være å satse på å gjøre EPJ-standarden om tvang obligatorisk og at den innholdsmessig er tilpasset tre ulike pasientgrupper. Dette vil gjøre registrering og rapportering av tvang mindre sårbart fordi når EPJ-standarden er implementert, vil den fungere uavhengig av datasystem. I en overgangsperiode må det være to alternative måter å rapportere tvang på: EPJ-standard og NPR-melding.

Helsedirektoratet har i 2015 revidert EPJ-standarden «Enkelte vedtak om tvang i det psykiske helsevernet», herunder inntatt nye vedtak i psykisk helsevernloven kap. 4A. Arbeidet omfatter kravspesifikasjon og teknisk standard. Standarden har i liten grad blitt tatt i bruk, men i mars 2015 ble en revidert sendt DIPS ASA som vil ta denne inn i sitt nye produkt DIPS Arena. Dette betyr at den kan forventes å bli tatt i bruk av ca. 80 prosent av det psykiske helsevernet innen et år eller to.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: De senere årene har det har vært gjennomført flere tiltak for å bedre datagrunnlaget. De regionale helseforetakenes strategigruppe II i 2010 identifiserte mange av problemene knyttet til registrering og rapportering til Norsk pasientregister. Det ble satt mål og frister for forbedringsarbeidet. Likevel vurderer Helsedirektoratet tiltaket som svært sentralt både for å få nødvendig oversikt over tvangsbruken i Norge, og fordi god oversikt kan bidra til større bevissthet og mer målretting av arbeidet med å redusere tvangen.

Mål 3: Kunnskapsutvikling og forskning

Omfatter tiltakene 11-14

Tiltak 11: Utvikle et egnet, validert instrument for å måle opplevd tvang i løpet av behandlingsepisoden som både kan benyttes i forskning og i kvalitetsarbeid lokalt.

Mål og status for tiltaket: Forsknings- og utredningsavdelingen Psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus ferdigstilte høsten 2013 instrumentet, dvs. et spørreskjema, som kan måle pasientenes opplevelse av å bli underlagt behandling med tvang. Instrumentet som har fått navnet Experienced Coercion Scale (ECS), er prøvet ut og kan brukes ved akuttinnleggelser og andre døgnopphold, i poliklinisk eller ambulant behandling, og i kommunalt psykisk helsearbeid.

Vurdert som virkemiddel: Bruk av instrumentet vil gjøre det mulig å skaffe kunnskap, justere egen praksis og reflektere over de opplevelsene pasientene har. Instrumentet kan også brukes i forskningsøyemed. ECS kan kopieres fritt og brukes. Arbeidet og utviklingen av instrumentet har blitt møtt med interesse, også internasjonalt. Akuttnettverket arbeider med en tilpasning av skjemaet til bruk for unge pasienter (fra 16 år).

http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger/_psykiske-helsevern/_forskning-og-utvikling/_prosjekter/_Documents/OT-ECS%20bruk%20og%20beskrivelse.pdf

Tiltak 12: Etablere et nasjonalt prosjekt for vitenskapelig innsamling, systematisering og analyse av brukeres og pårørendes opplevelser ved bruk av tvang.

Mål og status for tiltaket: Før og i løpet av strategiperioden er det gjennomført flere prosjekter knyttet til opplevelser av tvangsbruk: *Som dag og natt* (Norvoll og Husum 2011), oppsummert av Erfaringskompetanse (2012), der målet var å bidra til bedret dialog og forståelse mellom ansatte som gjennomfører tvang i psykisk helsevern og brukere som har negative erfaringen med tvang. Prosjektet *Alternativer til tvang* (Erfaringskompetanse 2014) presenterer forslag til endringer og alternativer til tvang fra brukerne selv. Forslagene er sammenstilt med forskning og fagutviklingsarbeid. Rådet for psykisk helse har i hele strategiperioden arbeidet med prosjektet *Frivillighet før tvang* som tar sikte på å redusere tvangsinnleggelsler. Erfaringene fra prosjektet viser at det er mulig å gi god hjelp ved alvorlige psykiske lidelser, også til mennesker som andre steder ville vært underlagt tvang. Mye av det som i dag vurderes som nødvendig og lovlig tvang, kunne vært unngått om frivillige alternativer hadde samme kvalitet og omfang som i de institusjonene som har laveste tvangsbruk.

Helsedirektoratet er i dialog med Forsknings- og utredningsavdelingen ved Akershus Universitetssykehus, som utviklet instrumentet som måler tvang (jf. tiltak 11), om å gjennomføre en datainnsamling som kan belyse i hvilken grad ulikhet mellom lignende poster og behandlingssituasjoner forklarer variasjon i opplevd tvang. Datainnsamlingen vil knyttes til akuttposter og til team med hovedansvar for behandling av pasienter på tvang uten døgnopphold. Datainnsamlingen utvikles og gjennomføres i elektronisk form slik at den vil være enkel og rimelig å gjenta eller utvide.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Bruk av tvang utgjør et alvorlig inngrep i et enkeltmenneskes liv, og terskelen for å gripe inn med tvang bør derfor være høy. I en del situasjoner og overfor en del pasienter åpner psykisk helsevernloven for å bruke tvang, både av hensyn til pasienten selv og av hensyn til omgivelsene. På høringsmøtet 14.04 15 kommenterte en av brukerorganisasjonene at de aller fleste som føler seg krenket etter bruk av tvang, ikke beskriver selve tvangsinnleggelsen, men tvangen som skjer inne på avdelingene, bruken av mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering. Hensikten med gjennomføring av tiltak 12 er bl.a. å sikre bedre forståelse av hvordan tvang oppleves av ulike brukere, og hvordan tvang kan utøves på en mindre krenkende måte, og eventuelt unngås.

Tiltak 13: Evaluering av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Grunnlag for å vurdere videre drift.

Mål og status for tiltaket: Evalueringen ble gjennomført av Uni Rokkansenteret og ferdigstilt i 2014. Nettverket fikk gode tilbakemeldinger gjennom evalueringen og Helsedirektoratet mener at denne har styrket nettverkets berettigelse.

Tiltaket vurdert som virkemiddel: Helsedirektoratet og Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet har drøftet en mer permanent forankring av nettverket samt andre muligheter for fremtidig finansiering.

Tiltak 14: Etablere et nasjonalt prosjekt for å styrke etikkarbeidet i det psykiske helsearbeidet.

Mål og status for tiltaket: Tiltaket gjennomføres av Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. Den overordnede målsetningen er å bidra til redusert og riktigere bruk av tvang ved å bedre forståelsen av etiske utfordringer som helsepersonell opplever ved pasientmedvirkning og ved bruk av tvang, pasientenes og pårørendes syn på pasientmedvirkning og tvang, hvordan sikre god håndtering av etiske utfordringer i praksis og hvordan sikre beslutningsprosesser med pasienten og pårørende. I 2013 fikk SME tilskudd til å inkludere hvordan anbefalinger om brukermedvirkning og pårørendesamarbeid i utvalgte nasjonale retningslinjer og veiledere var implementert.

SME skal dette året også levere flere bidrag med tanke på å styrke kvaliteten i det faglige arbeidet.

Vurdert som virkemiddel: Erfaringene så langt viser at prosjektet har samlet inn et stort datamateriale som gir ny og viktig kunnskap og som kan bidra til kvalitetsforbedring i praksis. Bruk av systematisk refleksjon over etiske dilemmaer kan med fordel spres til flere. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at det er mulig å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern, og at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet.

3.2 Regionale og lokale tiltak

I departementets oppdragsdokument for 2010 ble det stilt krav til de regionale helseforetakene om å utarbeide tiltaksplaner for økt frivillighet på regionalt og lokalt nivå. Dokumentet inneholdt detaljerte krav til hvordan det faglige arbeidet skulle innrettes, og også om minimumskrav til innhold i planene:

- Kompetanseheving og undervisning i temaer som frivillighet i behandling, mestring fremmende metoder, lavterskeltenkning, menneskerettigheter, etikk, lovbestemmelse, praksis, årsaker og effekter knyttet til bruk av tvang og husordensregler mv.
- Systematisk innføring av alternative metoder til tvang, herunder medisinfrie behandlingstilbud, brukerstyrte plasser, individuelle planer, inkl. rettighetskontrakter og kriseplaner.

- Regelmessig og reell involvering av brukere og pårørende i evaluering og bruk av behandlingsmetoder og rutiner for pasientoppfølging.
- Forpliktende, løpende samarbeid mellom kommuner og helseforetak.
- Regelmessig dialog med lokale statlige og kommunale aktører.
- Verdige og skånsomme transportordninger.
- Riktig og konsekvent dataregistrering.
- Hensiktsmessig utforming av bygg som understøtter åpenhet og tillit mellom tjenesten og pasientene.

I løpet av 2011 hadde RHF'ene utarbeidet og levert inn planene og det hadde vært omfattende prosesser for å sikre eierskap og god forankring av planene: Bred involvering, sammenhengende føringer og konkrete tiltak ble vektlagt for å få med helseforetakene i arbeidet.

De regionale planene har hatt fokus på anbefalinger og tiltak som kan gjøre en forskjell. Det ble lagt vekt på hva som har måttet være til stede for å gjennomføre vellykkede endringer. For Helse Sør-Øst har dette vært motivasjon for endring, at det foreligger korrekte statistiske data, og at arbeidet er ledelsesforankret.

Ett av RHF'ene uttrykker at det har vært en pågående utfordring i dette arbeidet å skape optimisme, og å unngå å trette fagfeltet. Arbeidet mot økt frivillighet har pågått i mange år som et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Mange har vært mer opptatt av riktig bruk av tvang enn av omfanget på tvang. Dette budskapet er det viktig å ha med i fortsettelsen av dette arbeidet.

Et sentralt punkt i de regionale handlingsplanene har vært å sikre mest mulig frivillig behandling. Tvang skulle være siste utvei. Pasientgrupper som erfaringsmessig underlegges mye tvang omtales spesielt med tanke på forebygging og tidlig intervensjon. Når det var nødvendig å bruke tvang av hensyn til pasienten selv eller av hensyn til omgivelsene, skulle det skje i samsvar med gjeldende lover og forskrifter og på en slik måte som ivaretok verdigheten og rettssikkerheten til pasienten. Som et eksempel var målene i Helse Vest sin tiltaksplan:

- Pasienten skal få behandling på rett tid og rett nivå.
- Brukar- og pårørandeinvolveringa skal vere sterkt forankra.
- Oppsøkjande og utoverretta verksemd skal stå sentralt.
- Tvangen skal kvalitetssikrast og dokumenterast.
- Kompetanse om tvangsførebyggjande tiltak og gjeldande lovverk skal setjast i system.

Planene inneholder også tiltak som kan settes inn på ulike steder i pasientforløpet, som her hos Helse Sør-Øst:

- Som forebyggende tiltak
- I innleggessituasjonen før pasienten kommer inn i spesialisthelsetjenesten
- I innleggessituasjonen - første døgnet i spesialisthelsetjenesten
- Underveis i behandlingen - i løpet av innleggelsen
- Etter utskrivelsen

De regionale planene blir omtalt som «levende dokumenter», dvs. de skulle rulleres i henhold til oppnådd resultat, samt aktuelle regionale og nasjonale føringer.

Helse Vest RHF gjennomførte en internrevisjon i 2014 for å undersøke om Helse Vest hadde gode prosesser som sikret at tvangsbruken var i samsvar med regelverk, eksterne og interne retningslinjer. Hovedkonklusjonen var at institusjonene og foretakene i Helse Vest oppfylte disse målsetningene, men også at var klare indikasjoner på at det var systematiske forskjeller i regionen når det gjaldt hvor sannsynlig det var at pasientene ble tvangsinnlagt, og deretter utsatt for ulike tvangstiltak under behandlingen. Dessuten var det svært store mangler i forbindelse med registrering og rapportering av omfanget.

Helse Midt-Norge er i ferd med å starte arbeidet med en helhetlig plan for psykisk helse. Tvang i psykisk helsevern vil inngå som ett av temaene i planen.

Helse Sør-Øst vurderer at deres regionale plan for økt frivillighet har hatt et høyt faglig fokus fra den ble ferdig i 2011. Den regionale planen og de lokale planene er samstemte og er gjennomgått av RHF'ets fagråd for psykisk helsevern. Tall for bruk av tvang har vært fulgt opp og publisert på RHF'ets nettsider («benchmarking»). Tallene og de respektive planer har vært fulgt opp i styringsdialogen med ledere for klinikker psykisk helsevern, foretak og divisjoner og ledelsen i helseforetakene har gjort det samme med sine ledere. En fagrevisjon er gjennomført i 2014, og tematikken har vært jevnlig drøftet i møter med divisjonsledelsen.

Helse Nord har startet arbeidet med å utarbeide ny regional utviklingsplan for psykisk helse og rus 2015-2025. Bakgrunnen for dette er at sammenheng mellom psykisk helse og rus er godt dokumentert, og gir utfordringer i behandling og samhandling. Helse Nord ønsker å imøtekomme disse utfordringene ved å utarbeide en felles plan for psykisk helse og rus på fagområdene psykisk helse for voksne, psykisk helse for barn og unge og rus (TSB). Arbeidet er organisert i et regionalt prosjekt og rapporten legges frem for styret i 2016.

I forbindelse med oppstart av strategien samt i oppdragsbrev har departementet stilt krav til RHF'ene om å utarbeide planer for medisinfrie behandlingstilbud og å sikre brukerstyrt plasser i psykisk helsevern. Planene for dette er levert i 2015.

3.3 Tilskuddsordningen statsbudsjettets Kap. 734 post 72: Riktig og redusert bruk av tvang

Helsedirektoratet har gjennom strategiperioden årlig utlyst tilskuddsmidler over statsbudsjettets Kap. 734 post 72 Redusert og riktig bruk av tvang. Gjennomføring av tiltakene i Nasjonal strategi for økt frivillighet og bedre kvalitet i psykiske helsetjenester (2012-15) har vært hovedprioritet for tilskuddsmidlene.

Midlene er i hele perioden brukt til drift av TvangsForsk, til prosjektet i regi av Rådet for psykisk helse, Frivillighet før tvang, og til Sykehuset Innlandets årlige konferanse om menneskerettigheter, etikk og tvang. I tillegg er det gitt midler til ett eller toårige prosjekter i regi av Erfaringskompetanse, Mental helse og andre brukerorganisasjoner vedr. brukererfaringer og rettighetsarbeid og til helseforetak og kommuner som har arbeidet med bedre behandling og oppfølging av pasienter med samtidig rus- og

psykisk lidelse, og til pasienter på tvungent vern uten døgnopphold. Omfanget på midlene har vært begrenset og gode søknader har måttet avslås hvert år.

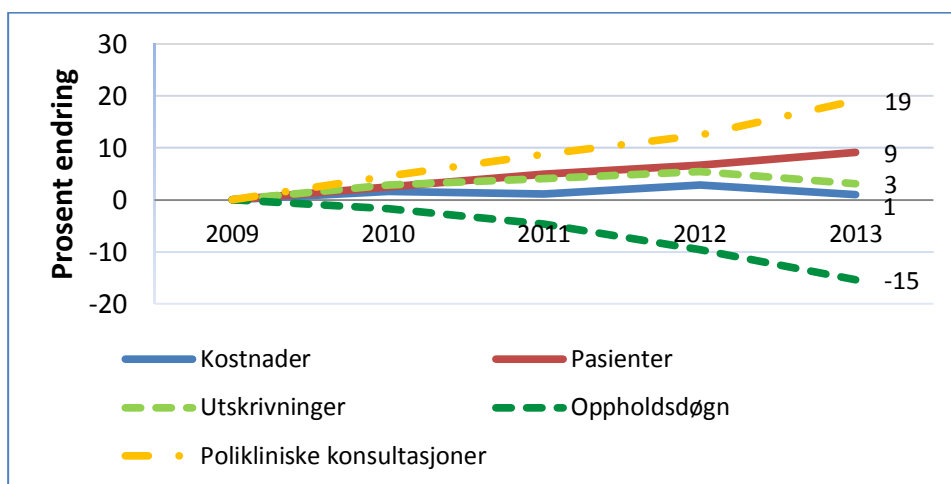
4 Omfanget av tvang i psykisk helsevern

4.1 Norge i et internasjonalt perspektiv

Rapporten *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Helsedirektorat 2015) viser at de siste 25 årene har det vært økende oppmerksomhet internasjonalt rundt tvangsreducerende tiltak og alternativer til tvang i både fagutviklingsarbeid og forskning. Dette har også gjenspeilet seg i de norske helsepolitiske føringene. I Norge har dette likevel ikke ført til redusert tvangsbruk i tjenestene de 10 siste årene på nasjonalt nivå. Internasjonale sammenligninger viser også at Norge har forholdsvis høye befolkningskorrigerte rater for tvangsinnleggelse i europeisk sammenheng. Samtidig er det ingen internasjonal enighet om hvordan tvang skal defineres eller måles, og sammenligning av tvangsbruk i tjenestene har vist seg å være vanskelig i både nasjonale og i internasjonale studier. Dette skyldes at datagrunnlaget er mangelfullt, at lovgrunnlaget, organisering av tjenestene og det enkelte lands definisjon av tvang varierer betydelig. Sammenhengen mellom pasientens opplevelse av tvang og dokumenterte tvangstiltak er heller ikke entydig. Rapporten tar derfor til orde for at analyser av tvang bør belyse flere forhold enn formell tvangsbruk. Mangel på valide og standardiserte indikatorer for tvangsbruk i tjenestene innebærer at publiserte mål på tvang må fortolkes i en lokal kontekst og at sammenligningsverdien på tvers av land er usikker.

4.2 Omfang og utvikling for bruk av tvang i psykisk helsevern i perioden 2009 – 2013

Vi skal se nærmere på status for omfanget av tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler og skjerming fra Opptappingsplanens slutt i 2009 og t.o.m. 2013. Figuren under viser omfang og utvikling i psykisk helsevern i denne perioden. De strukturelle endringene i behandlingstilbudet som ble startet opp under Opptappingsplanen gjorde at det i løpet av få år var betydelige endringer i omfanget av døgnbehandlinger og polikliniske behandling.



Kilde: Avd. økonomi og analyse, Helsedirektoratet

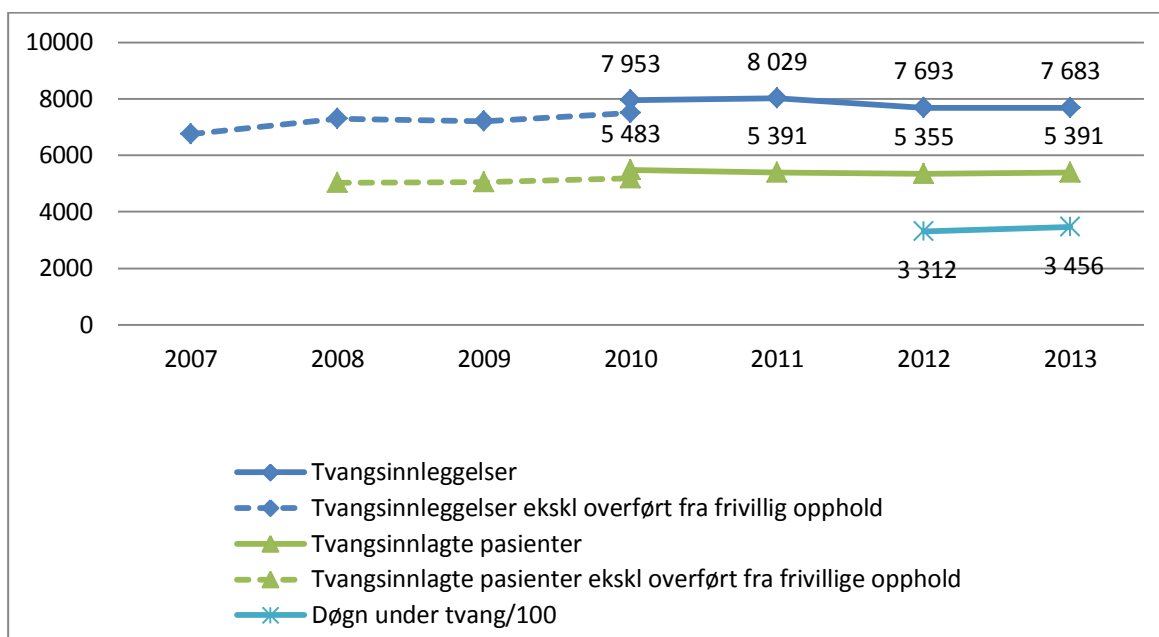
4.3 Tvangsinnleggelser

Figuren og rapportene *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne* for henholdsvis 2010, 2011 og 2013 (Helsedirektoratet 2011, 2012 og 2014) viser at omfanget av tvangsinnleggelser har holdt seg relativt stabilt fra Opptappingsplanens slutt og t.o.m. 2013: I tabellen er tallene for 2010 - 2012 estimert på nytt og med utgangspunkt i samme utvalg og metodikk som for 2013. Dette er gjort for å ivareta sammenlignbarhet i perioden, og det betyr at tallene i tabellen og i rapportene vil variere noe. I 2009 lå antallet tvangsinnleggelser på rundt 7.700. Det steg til rundt 8.000 i årene 2010 og 2011, og gikk ned til rundt 7.700 i 2012 og 2013.

Omfanget av tvangsinnleggelser var tilnærmet uendret fra 2010 til 2011. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og ble vurdert å være nødvendig for én av fire observasjonsopphold. Analysene viste fortsatt betydelige forskjeller i omfanget av tvangsbruk både mellom og innad i helseregionene, og det var de samme forskjeller som fremkom for både 2009, 2010 og 2011. Forskjeller ble forklart både ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og ved praksisforskjeller.

Fra 2011 til 2012 var det en liten reduksjon i antall tvangsinnleggelser, fra noe over 8.000 innleggelser i 2011 til 7.700 i 2012. Deretter var antall tvangsinnleggelser igjen på samme nivå fra 2012 til 2013. Det totale antall døgn under tvang økte likevel med 4 prosent fra 2012 til 2013, og denne økningen ser man også i median varighet av tvang. For 2013 hadde halvparten av innleggelsene der tvungent psykisk helsevern ble etablert, en varighet på mer enn 22 dager, mens tilsvarende tall for 2012 var 20 dager.

I 2013 var antallet tvangsinnleggelser til sammen 7.700 ganger. Dette utgjorde 16 prosent av alle innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne dette året. Halvparten av tvangsinnleggelsene var innleggelse for tvungen observasjon. Antallet tvangsinnleggelser utgjorde 18 prosent av alle innleggelser i årene 2009, 2010 og 2011. I hele perioden har antallet personer som har vært tvangsinnlagt holdt seg relativt stabilt, de seneste årene på rundt 5.500-5.400.



Kilde: Avd. økonomi og analyse, Helsedirektoratet

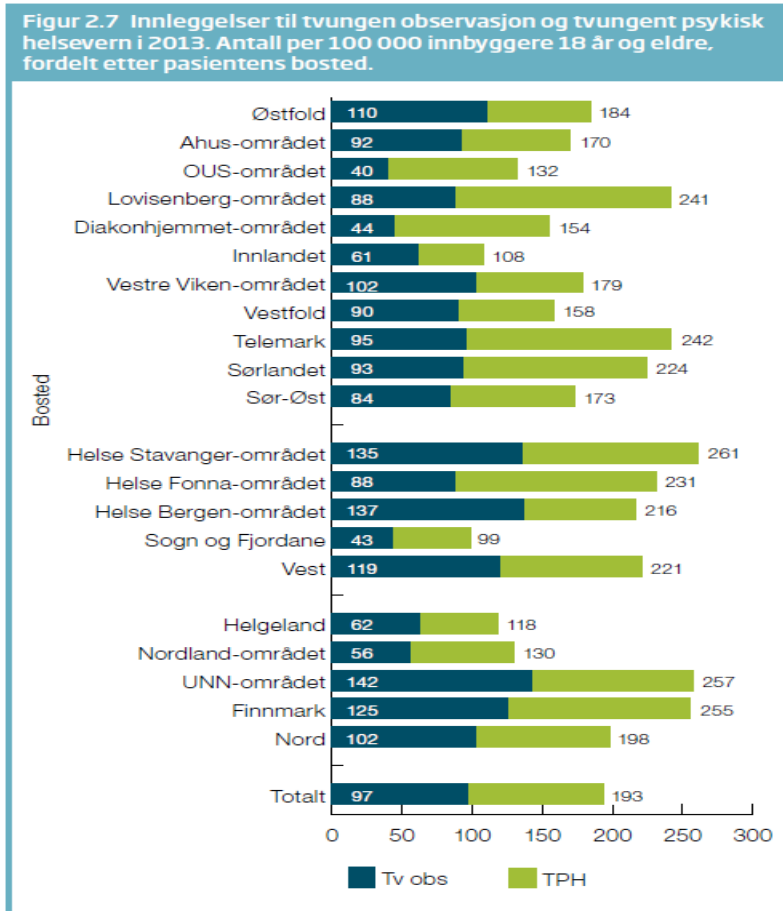
Tvangsinnleggelser, tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvang i psykisk helsevern for voksne i perioden 2007 – 2013

- 1) Tall for 2010 - 2012 er estimert på nytt og med utgangspunkt i samme utvalg og metodikk som for 2013. Dette for å ivareta sammenlignbarhet i perioden.
- 2) Tall for perioden 2007 – 2009 inkluderer ikke innleggelser der pasienten ble overført til tvungen behandling i løpet av perioden for døgnoppholdet

Det er litt flere menn (52 prosent) enn kvinner som tvangsinnlegges. Sannsynligheten for å bli tvangsinnlagt handler både om alvorlighetsgraden av de psykiatriske symptomene og faktorer rundt pasienten (Hustoft et. al. 2013). Faktorer som øker risikoen for tvangsinnleggelse er å være mann, ha rusmisbruk, kontakt med fastlegen sin, aggressiv adferd, lavt nivå på sosial fungering og manglende motivasjon (ibid). De yngste pasientene er overrepresentert blant innlagte til tvungen observasjon. 66 prosent av innleggelsene som initieres med tvungent psykisk helsevern gjelder pasienter diagnostisert med en schizofrenilidelse (F20-F29). 3 av 4 pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var diagnostisert med en slik lidelse. ACT-tilbudet er rettet inn mot ovennevnte pasientgrupper. Innleggelser som initieres med tvungen observasjon har en annen diagnoseprofil enn de øvrige tvangsinnleggelsene, og er knyttet til rus- og avhengighetsproblematikk, angst/depresjon og personlighetsforstyrrelser. I mange tilfeller blir ruspåvirkede pasienter tvangsinnlagt i psykisk helsevern når de kanskje heller burde vært lagt inn i rusakuttmottak.

Gjennom hele strategiperioden har det vært betydelige geografiske forskjeller i omfanget og varighet på tvangsinnleggelser i de ulike helseregionene og også mellom helseforetak i samme helseregion. Den nasjonale kvalitetsindikatoren som måler tvangsinnleggelser pr 1000 innbyggere viste at på landsbasis ble det registrert 2,2 tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere i 2012. Helse Vest hadde høyest andel med 3,4 tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere. Lavest lå Helse Midt-Norge. Forskjellene har vært stabile over tid. Mulige årsaker til dette kan være ulik sykkelighet i befolkningen, ulik registreringspraksis eller tilfeldig variasjon på grunn av små tall. Det kan også være ulik kompetanse, kapasitet og utforming av tjenestetilbud lokalt og i

spesialisthelsetjenesten, eller det kan være ulik fortolkning og praktisering av psykisk helsevernloven.



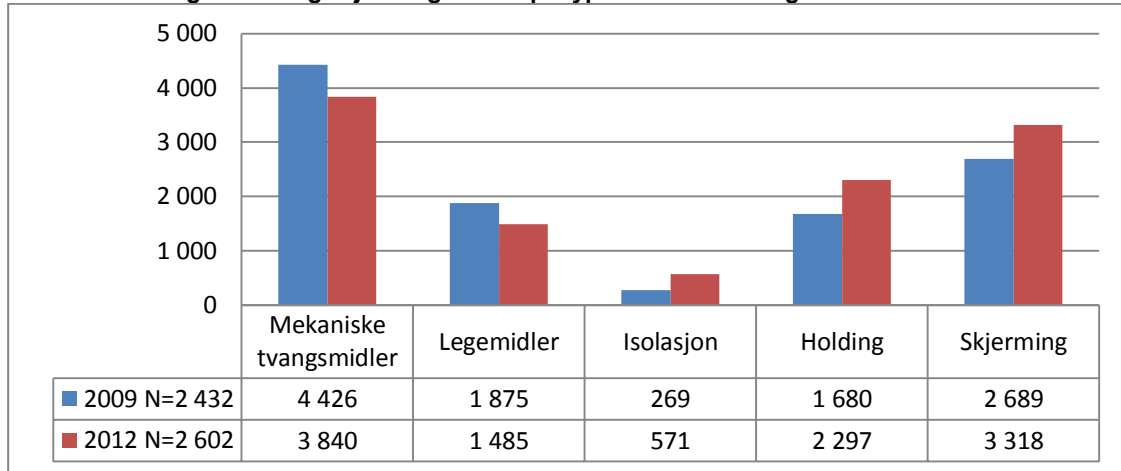
4.4 Tvangsmidler og skjerming

Kartleggingene av tvangsmiddelbruk i henholdsvis 2009 og 2012 (SIFER 2010 og 2014) viste små endring for det totale antall vedtak om bruk av tvangsmidler, men en økning i bruk av skjerming. Den siste kartleggingen viste en forskyvning av praksis mot mer bruk av isolasjon, fastholding og skjerming og mindre bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler.

I 2012 ble det fattet til sammen 8.193 vedtak om tvangsbehandling og 3.318 vedtak om skjerming for til sammen 2.602 pasienter. Det var en økning i antall vedtak for isolasjon, kortvarig fastholding og skjermingsvedtak fra 2009 til 2011, mens antall vedtak om mekaniske tvangsmidler og bruk av korttidsvirkende legemidler var redusert. Samlet sett, for alle typene vedtak, er det en økning på 5,2 prosent fra kartleggingen i 2009.

74 prosent av alle vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming skjedde i akutt- og sikkerhetsavdelingene.

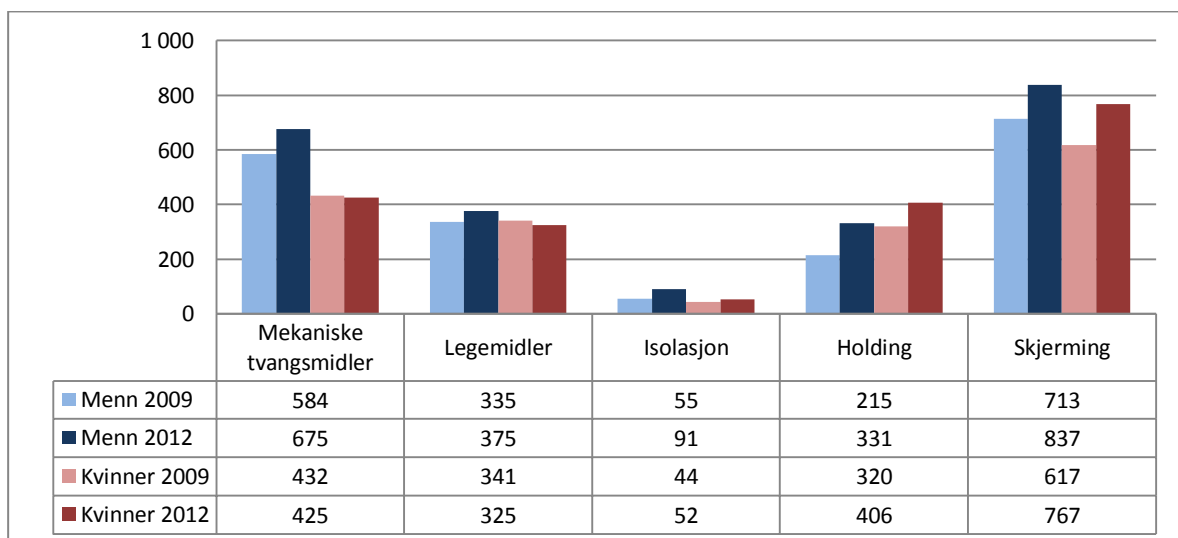
Vedtak om tvangsmidler og skjerming fordelt på type vedtak. 2009 og 2012.



Kilde: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012», Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, 2014.

Antall menn som har hatt minst ett vedtak med tvangsmidler (alle former) og skjerming økte fra 2009 til 2012. Det var flere kvinnelige pasienter som fikk vedtak om isolasjon, kortvarig fastholding og skjerming og litt færre som fikk vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler i 2012 sammenlignet med 2009.

Pasienter med vedtak om tvangsmidler og skjerming, fordelt etter kjønn og type vedtak. 2009 og 2012.



Kilde: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012», Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, 2014.

5 Hva er oppnådd i strategiperioden?

Som det fremgår av gjennomgangen i pkt. 3.2 har RHF'ene og helseforetakene arbeidet i henhold til sine regionale og lokale tiltaksplaner gjennom hele strategiperioden. Når det gjelder de nasjonale tiltakene, er mange av dem fortsatt under arbeid. Samtidig kan vi pr. i dag kun legge til grunn data til og med 2013 når vi skal vurdere resultatet av arbeidet i strategiperioden 2012-2015. Det er derfor for tidlig å skulle forvente effekt av den nasjonale delen i form av redusert tvangsbruk, ut over den signalverdi det gir feltet at det fra sentralt hold er et uttalt ønske om reduksjon av tvang.

Det er fortsatt mangler i datakvaliteten for det psykiske helsevernet på nasjonalt nivå. Kvalitet og kompletthet i rapporteringen til NPR er ennå ikke tilfredsstillende til tross for at registrerings- og rapporteringsarbeidet på dette området har vært viet mye oppmerksomhet både før og i strategiperioden. Det foreligger pålitelige data for omfang på tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, men det er behov for mer kunnskap om omfang tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, om behandling uten eget samtykke, om tvungen ernæring, og om tvangsmidler og skjerming. Vi har ikke pålitelige tall om bruk av tvang i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Det er gjennomført egne innsamlinger av gjennomgang av tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller (SIFER 2009 og 2012) og pasientkartleggingene (SINTEF 2013 og 2014). Begge innsamlingene omhandler kun voksne pasienter.

Som vi så i pkt. 4.2, var det en liten nedgang i tallene fra 2011 til 2012. Fra 2012 til 2013 er tallene nærmest uendret både når det gjelder tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler og skjerming, men med unntak av at pasientenes institusjonsopphold er noe lenger enn tidligere. Andelen tvangsinnleggelse av det totale antallet innleggelse i psykisk helsevern har også holdt seg stabil over år. Det samme har de geografiske variasjonene gjort.

Spørsmålet er om vi kan si oss fornøyd med en slik situasjon?

5.1 Helsedirektoratets vurdering av omfanget av tvang opp mot oppnådde resultater

Det ligger i det forebyggende arbeidets natur at det kan ta lang tid før endringer skjer, og det er vanskelig å måle effekt av tiltak. Når det har skjedd en endring, kan det være vanskelig å avgjøre hva som konkret førte til denne. Mange av de nasjonale tiltakene tar sikte på å bygge opp kompetanse, kvalitetssikring, frembringe og utvikle kunnskap,

bidra til forskning og skaffe til veie dokumentasjon. De nasjonale tiltakene må også tas i bruk, og kvalitetsarbeid, og endring av holdninger og relasjoner tar tid. I St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet der Opptappingsplanen hadde sitt utspring, ble det staket ut en retning for struktur og organisering. Intensjonene om å bedre kvalitet og innhold i tjenestene ble etter manges mening ikke godt nok oppfylt. Det er imidlertid en alminnelig oppfatning om at kvalitet i tjenestene i psykisk helsevern har endret seg i positiv retning de siste 20 år. Dette stemmer overens med en gjennomgang som OECD nylig har foretatt. Denne viser at Norge beveger seg mot et sterkt og helhetlig psykisk helsetjenestetilbud. Ut fra indikatorene for kvalitet på de psykiske helsetjenestene, viser Norge en imponerende fremgang på mange felt.

Vi ser imidlertid ikke merkbar endring når det gjelder omfang av tvangsinnleggelse og bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming. Samtidig må vi ta forbehold om at tallene for det siste 1,5 året ennå ikke foreligger. Det kan derfor være endringer vi ikke får med oss i denne oppsummeringen. Det kan også være endringer som ikke fanges opp av de målepunktene som benyttes.

Økt frivillighet og redusert bruk av tvang er målet i strategien, men det er pr i dag vanskelig å anslå et «riktig» nivå for bruk av tvang i Norge. Riktig tvangsbruk kan også redde liv og innebære god omsorg. Når det gjelder de geografiske forskjellene mellom og innen helseregioner som har holdt seg stabile over mange år, kan ikke disse aksepteres over tid hvis de ikke kan forklares ut fra befolkningsgrunnlag og pasientsammensetning.

Den totale satsingen på psykisk helse både i kommunene og i helseforetakene siden Opptappingsplanen vil sannsynligvis ha en betydning for bruken av tvang. OECD rangerer Norge som et av de landene som har kommet langt i utbygging av tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det er likevel viktig å påpeke at de senere årene har det vært en stagnasjon i årsverk i kommunene, og sett opp mot befolkningsveksten i samme periode innebærer dette i praksis en nedgang. Det samme gjelder i psykisk helsevern.

Kvaliteten på data om tvangsbruk har vært en særlig utfordring i mange år til tross for at alle institusjoner som er godkjent for bruk av tvang og tvangsmidler har rapporteringsplikt til NPR. Helseforetakene mener selv at rapporteringsarbeidet er viktig og det har vært gitt prioritet. Helsedirektoratet har fulgt situasjonen nøye i mange år og har sammen med RHF'ene lagt ned mye arbeid i tiltak 10 i strategien, for å identifisere hvordan god datakvalitet skal sikres. Dette gjelder alle ledd i arbeidet fra registrering og rapportering skjer i helseforetakene til data mottas, kvalitetssikres og publiseres av NPR. Helsedirektoratet kan ikke si seg fornøyd med at datakvaliteten fortsatt ikke er tilfredsstillende, men vi vet mer i dag om hvilke tiltak som bør iverksettes for å øke kvalitet og kompletthet.

Uavhengig av de nasjonale tallene har de fleste institusjonene lokalt hatt god oversikt over egne tall. Det har derfor vært mulig å arbeide med reduksjon og kvalitetssikring av tvang til tross for at tallmaterialet på nasjonalt nivå ikke har vært tilfredsstillende.

Et annet spørsmål er hvor stor betydning en skal tillegge statistiske endringer eller mangel på sådanne fra ett år til det neste. Mindre endringer i et allerede lite tallmateriale kan være vanskelig å tolke, om det faktisk er reelle endringer eller om

det er feilkildene som slår inn. På noen områder bør man kanskje se mer etter de langsiktige endringene.

Målet i strategien er todelt, økt frivillighet eller reduksjon av tvang er ett av målene, dvs. vi ser etter *frekvens*, men målet er også bedret kvalitet i arbeidet, dvs. *innhold*, f.eks. på kvaliteten i behandlingen. Frekvens versus innhold er et tema som ofte undervurderes når statistikk presenteres. Selv om frekvensen ikke har sunket, kan det være betydelige endringer i hvordan tvangen utøves, men uten at dette fremkommer i tilsvarende statistiske mål.

Ulike typer aktivt oppsøkende behandlingsteam som f.eks. ambulante akutteam, ambulante rehabiliteringsteam, psykiatrisk ambulante rehabiliteringsteam og ACT-team er viktige virkemidler for å øke frivillighet og redusere bruk av tvang.

Evalueringen i 2014 av ACT-teamene har vist meget gode resultater, også for pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Evalueringen viste at brukere som mottok tjenester fra tverrfaglige ACT-team samlet sett ikke har hatt færre døgninnleggelser, men færre oppholdsdøgn pr. innleggelse og færre innleggelser *med tvang*. Antallet oppholdsdøgn hadde nesten blitt halvert: fra 17.000 til under 9.000 oppholdsdøgn. Antallet døgn på tvang har blitt mer enn halvert: Fra 11.500 døgn på tvang til 5.000 døgn på tvang. En undersøkelse, *Bruker spør Bruker om ACT*, gjennomført av Erfaringskompetanse og FOU-avdelingen ved Akershus universitetssykehus (2014) viste også at pasienter på tvungent helsevern uten døgnopphold var den gruppen av ACT-brukere som var mest fornøyd med oppfølging fra ACT. Det var disse pasientene som hadde fått størst reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang.

Brukerstyrte døgnplasser verdsettes høyt av de brukerne som har fått tilbud om det fra sitt DPS, og viser seg også å redusere behovet for innlegger.

6 Helsedirektoratets konklusjon på om og eventuelt hvordan den nasjonale strategien bør videreføres

Tilbakemeldingene Helsedirektoratet har fått fra bruker- og fagfeltet er at det er stor enighet om at arbeidet for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene må fortsette. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at det er mulig å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern, og at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet. Videre at det er behov for en fortsatt nasjonal satsning på feltet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

Tilbakemeldingene går også ut på at i stedet for å utarbeide en ny strategi, bør den nåværende strategien, forlenges. Tiltakene i den nasjonale strategien bør ferdigstilles og tiltaksplanene på regionalt og lokalt nivå videreføres med eventuelle justeringer. Arbeid og tiltak som er igangsatt vurderes å ha riktig retning i forhold til reduksjon og riktig bruk av tvang, til tross for at konkrete endringer lar vente på seg. Strategien bør imidlertid styrkes med noen flere tiltak.

Disse tilbakemeldingene er i tråd med Helsedirektoratets vurdering av situasjonen ved avslutning av strategiperioden, og er utgangspunktet for vår anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet foreslår:

- En forlengelse av strategien «Bedre kvalitet og økt frivillighet» til 2022, slik at planen til sammen får 10 års virketid.
- De nasjonale tiltakene som er under arbeid, fullføres.
- Det legges en plan for implementering av tiltakene.
- Det etableres en referansegruppe som følger gjennomføring av de nasjonale tiltakene i strategien. Referansegruppen bør møtes to ganger årlig for informasjon og innspill til tiltakene i strategien for å understøtte implementering av effektive tiltak. Referansegruppen består av representanter for helseforetakene (akuttavdelinger, ambulante team, sykehusavdelinger), kommuner og brukerorganisasjoner.
- De regionale helseforetakene og helseforetakene gjennomgår de regionale og lokale tiltaksplanene og vurderer hvilke revisjoner de har behov for å gjøre.
- Arbeidet med å bedre datakvaliteten på nasjonalt nivå styrkes ytterligere.
- De geografiske forskjellene i bruk av tvang mellom og innad i helseregionene kan ha ulike årsaker, og enhetene er i utgangspunktet ikke nødvendigvis sammenlignbare. Gitt at forskjellene har holdt seg stabile i strategiperioden, bør det settes inn ytterligere tiltak for å styrke arbeidet med å redusere uønskede og utilsiktede forskjeller. RHF'er, helseforetak og kommuner må involveres i arbeidet. Benchmarking innad i regionen er et forslag som bør vurderes. I tillegg har flere helseforetak gode rutiner for og erfaringer med å redusere tvang gjennom læring av foretak som bruker mindre tvang. Erfaringer fra tilsvarende arbeid i Sverige og Danmark bør også tas med i det videre arbeidet.
- Dersom omfanget av tvangsinnleggelse eller at de regionale og lokale forskjellene i bruk av tvang ikke endrer seg betydelig de nærmeste to årene, anbefaler Helsedirektoratet at det iverksettes en ekstern evaluering.
- I NOU 2011 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet», ble det som kjent anbefalt en større revisjon av psykisk helsevernloven med en overgang til et «kompetansebasert regelverk». Så langt har myndighetene ønsket å avvete oppfølging av denne, til man får vurdert eventuelle virkninger av den nasjonale strategien for tvang. I 2013 ratifiserte Norge CRPD (FN konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne). I etterkant har ulike internasjonale og nasjonale menneskerettslige aktører, herunder CRPD komitéen, Europarådets menneskerettighetskommissær, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Norsk senter for menneskerettigheter, gitt uttalelser i retning av at de norske tvangsreglene bør gjennomgås og innskjerpes i lys av denne konvensjonen.

På denne bakgrunn, og i lys av at man så langt ikke ser en nedgang i bruk av tvang, anbefaler direktoratet at det parallelt iverksettes en revisjon av psykisk helsevernloven. Revisjonen bør omfatte både regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern, og spesielt se nærmere på adgangen til tvungen medikamentell vedlikeholdsbehandling.

- Det er behov for en nærmere gjennomgang av husordensreglementene i institusjoner i psykisk helsevern. Det påpekes fra både bruker- og fagfeltet at reglementenes uformelle tvang oppleves krenkende, og kan foranledige situasjoner som nødvendiggjør bruk av formell tvang i form av tvangsmidler.
- Økt fokus på forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang overfor barn og unge. Helsedirektoratet har fått innspill fra R-BUP Øst og Sør på behov for bedre rutinedata og metoder for analyse av dataene. Videre foreligger behov for gjennomgang av regelverket for å styrke rettsikkerheten til denne gruppen, herunder rekkevidden av foreldresamtykke, barns uttale- og medbestemmelsesrett, klargjøring av begrepet «kortvarig fastholding» som tvangsmiddel, bruk av tvangsmidler utenfor institusjon og overprøvingsmuligheter. Det er også behov for kunnskapsoppsummeringer og forskning rettet mot denne gruppen.
- Systematisk arbeid med utvikling av recoveryorienterte psykiske helsetjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Tiltak som fremmer recoveryorientert praksis bør inngå i de regionale og lokale tiltaksplanene.
- Styrking av årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid. Flere årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet er assosiert med lavere andel innleggelse med tvang. Det er også påvist en sammenheng mellom økt risiko for innleggelse som øyeblikkelig hjelp og få årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet.
- Det er behov for mer kunnskap om pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD-pasienter). Tiltak som kan gi oversikt over omfanget pasienter som er på denne ordningen, er iverksatt. Fra flere hold uttrykkes det bekymring for oppfølgingen av pasienter på TUD både med tanke på boligsituasjon, tilbud om innhold i hverdagen og nødvendig oppfølging fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har i mange tilfeller en forhøyet dødelighet i forhold til andre pasientgrupper.:
 - Økt fokus på somatisk helse hos pasienter med psykiske lidelser.
 - Riktig bruk av legemidler i psykisk helsevern. Bekymringene omfatter både over- og feilmedisinering.
 - Mulighet for **legemiddelfri behandling**.
 - Det bør iverksettes tiltak for å redusere dødeligheten, både for brukergruppen generelt og for dem som er på tvungent psykisk helsevern spesielt.

- «Høy kompetanse – lav terskel»: Bruk av tvang kan forebygges ved å tilrettelegge for gode og tilgjengelige tjenester. Et godt utbygd og tilgjengelig akutttilbud, aktivt oppsøkende behandlingsteam, brukerstyrte senger, lavterskeltilbud, tilrettelagte og varige boliger, individuell plan, kriseplan er eksempler på tiltak som kan forebygge behov for bruk av tvang.

Tett individuell oppfølging og enkel tilgang til tjenester er generelt forebyggende, og spesielt viktig før og når kriser inntreffer. Selv om mye ligger i den generelle utbyggingen av tilgjengelige og sammenhengende helsetjenester, kan noen virkemidler skreddersys i enda større grad. Derfor omtales noen slike tiltak under:

- Samhandling mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten har god effekt for forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang: Flere har pekt på at implementering av Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» (IS-2076, Helsedirektoratet 2014) er et godt verktøy i arbeidet med å redusere tvang.
- Økt kompetanse i akuttpsykiatri på legevakt i Norge. Ca. halvparten av alle pasienter innlegges fra kommunal legevakt. Tilgang på psykiatrisk/psykologisk kompetanse på legevakt kan forebygge innleggelse, også på tvang. Mulighet for å kunne snakke med en psykiatrisk sykepleier på telefon for pasienter tilbys fra legevaktsentral i Skottland. Det bør også vurderes en psykiatrisk legevaktordning i de store byene. Dette utredes av Akuttutvalget som skal levere sin innstilling i 2015.
- Økt fokus på pasientgrupper som utsettes for tvang (underlegges tvang), f. eks. brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk. Det vil ofte være behov for en felles og samtidig innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunens helse- og omsorgstjenester, fastlege, NAV-kontoret og i noen sammenhenger også politi. Kompetanse og kunnskap om vold- og utageringsproblematikk er viktig for både kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, kan vise til gode resultater for å nå pasienter med alvorlige psykiske lidelser og for å redusere antall oppholdsdøgn på tvang hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Pasientgruppen har også vært fornøyd med tiltaket. Man bør systematisk styrke dette tilbudet. ACT-modellen bør etableres i DPS og kommuner/bydeler med et opptaksområde på 50 000 innbyggere og rettes mot målgruppen alvorlige psykiske lidelser med eller uten rusmiddelmisbruk, som ikke klarer i nyttiggjøre seg ordinære tjenester
- Andre typer oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, samt ambulante akutteam bør bygges ytterligere ut. Det pågår flere studier

som vil understøtte viktigheten av disse tiltakene som har lav terskel til høy kompetanse.

- Brukerstyrte plasser bør etableres over hele landet, både ved DPS og i kommunen.
- Vi vil også påpeke behovet for egnede boliger for denne gruppen. Helsedirektoratet bidrar her i den nasjonale strategien «Bolig for Velferd».