

Kven blir utsette for tvang i psykisk helsevern

Kva er særkje for dei pasientane som blir utsette for tvang? Er det stadig store geografiske og institusjonsvise forskjellar i tvangsbruk i Noreg?

SINTEF Helse har på oppdrag frå Statens helse-tilsyn og Sosial- og helsedirektoratet gjennomført ein analyse av bruken av tvang innanfor psykisk helsevern. Det er brukt data frå ei landsomfattande pasientteljing som blei gjord ein dag i 2003 (døgnpasientar) og over to veker hausten 2004 (polikliniske pasientar). Opplysningane er tilnærma komplette, det vil seie at det er samla informasjon om alle pasientar som var innskrivne i psykisk helsevern på dei aktuelle tidspunkta. Analysane omfattar alle former for tvang regulert i psykisk helsevernlova; tvunge psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmiddel.

Tvang og fattigdom

Grunnvilkåret for tvunge psykisk helsevern er alvorleg sinnsliding, jamfør § 3–3 i psykisk helsevernlova om vilkår for tvunge psykisk helsevern. Pasientar som det blir brukt tvang overfor, er altså alvorleg sjuke menneske. Resultata viser at vi også kan karakterisere tvang som eit fattigdomsfenomen – økonomisk, utdanningsmessig og sosialt. Berre to prosent av pasientane som er underlagde tvunge psykisk helsevern, forsørgjer seg av eige arbeid, rundt 30 prosent har ikkje eigen bustad eller ikkje eigna bustad, slik behandlarane vurderer det, og under 10 prosent er gifte eller sambuande. Om det er sjukdom som fører til fattigdom, eller om årsaksforholdet går den andre vegen, er ikkje undersøkt. Men det er med dette dokumentert at som gruppe har dei som blir utsette for tvang, mykje dårlegare økonomisk, utdanningsmessig og sosialt utgangspunkt enn befolkninga elles til å ta vare på egne interesser. Dette krev at vi er ekstra vakne når det gjeld å ta vare på rettstryggleiken i samband med tvang, både frå tenesteytar, kontrollkomisjon og tilsynsorgan. God, samanhengande statistisk overvaking av all tvangsbruk, og dessutan av klagepraksis og klagebehandling, er nødvendige føresetnader.

Å sørkje for bustad og å bidra til å etablere og vedlikehalde sosiale nettverk og sysselsetjing er blant hovudmåla i Opptappingsplanen for psykisk helse. Denne undersøkinga gir grunn til å spørje om dette arbeidet er tilstrekkeleg målretta, og om det tilgodeser dei gruppene som treng det aller mest.

Eitt land – ei lov?

Undersøkinga viser betydelege forskjellar mellom helseføretaka når det gjeld bruk av tvang. Raten for tvangsinnleggingar er mange gonger større i det helseføretaket som bruker denne tvangsforma oftast, samanlikna med det helseføretaket som bruker det sjeldnast. På landsbasis hadde nær ein av tre tvangsinnlagde pasientar vore innlagde meir enn eitt år under tvunge psykisk helsevern. Det er likevel stor variasjon mellom helseføretaka i kor lenge opphald under tvang varer. Somme helseføretak har ikkje pasientar med opphald under tvang meir enn tre månader, mens i andre helseføretak har meir enn 80 prosent av pasientane vore innlagde over eitt år under tvang. Også tvangsbehandling blir mange gonger brukt oftare i somme av helseføretaksområda enn andre. Det ser også ut til å vere samanheng i bruk av dei ulike tvangsformene: Høg bruk av tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald går saman med høg bruk av tvunget vern med døgnopphald, og høg bruk av eit tvangsmiddel eller skjerming går saman med høg bruk av andre tvangsmiddel.

Statens helsetilsyn trur ikkje at så store geografiske og institusjonsvise variasjonar i tvangsbruk som er påvist i denne undersøkinga, berre kjem av forskjellar i pasientgrunnlag eller korleis tenestene er organiserte. Helsetilsynet vil derfor følgje opp resultatata, som skal publiserast i ein eigen rapport våren 2006, og undersøkje om forskjellane kjem av at regelverket blir ulikt forstått og praktisert.

Litteratur:
Bruk av tvang i psykisk helsevern.
Rapport fra Helsetilsynet 4/2006.
Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.