

Etikk, tvang og skjerming i et Nederlandsk/(europeisk) perspektiv

Referat fra studiebesøk i Nederland juni 2017

Av Espen Woldsengen Haugom, Sykehuset Innlandet / Akuttnettverket.

Innledning

Referat fra et studiebesøk i Nederland med deltagelse på 1) et europeisk ekspertmøte om etikk, tvang og psykiatri, 2) en konferanse om den Nederlandske High Intensive Care modellen, inkludert presentasjon av Akuttnettverket sitt skjermingsprosjektet. 3) et besøk ved en High Intensive Care enhet i Tilborg.

Studiebesøket var arrangert av avdeling for "Medical Humanities" ved VU University i Amsterdam. Det var 14 deltakere fra Norge, mens den nederlandske gruppen besto av seks personer. De to første dagene deltok det i tillegg totalt åtte personer fra henholdsvis Frankrike (1), Tyskland (2), Sveits (2), Danmark (1) Italia (1) og Tyrkia (1). De to personene fra Sveits var tyskere som jobbet i Basel. Faglig sett besto gruppen av personer med ulik bakgrunn, både medisinsk, psykologisk, samfunnsvitenskapelig og helse- og sosialfaglig.

Dag 1 ved VU University i Amsterdam

Den første dagen deltok vi på "The 5th European expert meeting on ethics, coercion and psychiatry" ved VU University i Amsterdam. Dette er en samling hvor personer fra forskjellige universiteter i Europa kommer sammen for å diskutere "clinical ethics support". Dagen besto av flere spennende presentasjoner fra deltagerne, etterfulgt av refleksjon og diskusjon. Skjermingsprosjektet ble ikke presentert denne dagen, men dagen etter under HIC konferansen for et større publikum (inkludert de som var med den første dagen).

Etikk var naturligvis et tema i de fleste presentasjonene denne dagen og vi fikk høre blant annet om Moral Case Deliberation (MCD), etiske refleksjonsgrupper, "physician assisted suicide" og "advanced directives".

Kort om det psykiatriske tilbudet i noen av de deltakende landene

- Representanten fra Italia kunne fortelle at de ikke har psykiatriske sykehus lenger. Pasienter i behov av psykiatrisk behandling på sykehus må derfor legges inn ved et somatisk sykehus. De legges normalt sett inn for en periode på to uker, men dette kan forlenges hvis nødvendig. De fleste pasienter blir ikke værende lenge på sykehus. Kommunehelsetjenesten har et betydelig ansvar for ivaretagelse av psykiatriske pasienter. Det er lite bruk av tvang og de har ikke lenger psykiatrisk sykehus for kriminelle, hvis hovedproblemet er kriminalitet blir de sendt til fengsel.
- De tyske representantene snakket kort om bruk av tvangsmidler hvor de redegjorde for at det i all hovedsak ble brukt mekaniske tvangsmidler. "Seclusion" ble sjeldent brukt. De fortalte også om nye lover som gjør det vanskelig å behandle mennesker med medikamenter uten samtykke.
- Representanter for Nederland fortalte om en ny lov som ikke er vedtatt enda, men som mest sannsynlig blir det. Denne kommer til å åpne opp for TUD og annen bruk av tvang i hjemmet, inkludert tvangsmidler. I Nederland er det slik at nærmeste

pårørende må være enig når tvangstiltak brukes. Fra nederlandske representanter ble seclusion definert som *"lock up people alone in a bare room"*. Rommet er strippet og det er kun en madrass til stede. Basert på det de hadde hørt fra norske kollegaer forsto nederlenderne shielding som *"taking someone away from the group"*. I Nederland brukes fastholding og seclusion, belter er ikke mye brukt. Tidligere har de hatt høye seclusion tall og dette har de ønsket å gjøre noe med. De har derfor laget et "manifest on seclusion" hvor de har som mål å avvike all bruk av seclusion innen 2020 (De har lovet å oversette manifestet til engelsk). En del av tiltakspakken for å nå dette målet er opprettelsen av såkalte HIC (High Intensive Care) enheter. Det er 25 institusjoner i Nederland som er involvert HIC. Det kommer mer om HIC senere.

- Representantene fra Helsedirektoratet sa noe om norsk praksis inkludert lovendringer fra september i år, supplert med innspill fra oss andre.

Moral Case Deliberation (MCD)

- En metode for etisk refleksjon.
- Kan gjennomføres med forskjellige metoder; dilemma metoden, SME metoden (fra senter for medisinsk etikk), sokratiske dialog, den hermeneutiske metoden, med flere.
- Kjerne elementet i refleksjon er å samle forskjellige synspunkter.
- En kommer frem til et dilemma hvor en har to handlingsalternativer.
- Undersøke fakta, forstå situasjonen og dilemma.
- Gå gjennom deltakerne sine verdier og normer.
- Hvilke verdier og normer ville pasienten foretrukket.
- Ta en avgjørelse.
- Hvem gjør hva og når.
- Refleksjoner rundt prosessen.

Physician assisted suicide (PAS)

- PAS krever at pasienten selv administrerer medikamentet som fører til døden.
- Euthanasia (en god død) krever at behandler eller en annen tredje part administrerer medikamentet som fører til døden.

Hovedbudskapet fra dagens refleksjon

Det ble reflektert en del rundt det faktum at helsepersonell ikke alltid er bevisst all uformell tvang og makt de bruker. Det ble nevnt at tvangsdebatten ble oppfattet som noe snever, og at en kunne få en større forståelse ved å utvide perspektivet ved å ta inn makt aspektet. Moral Case Deliberation og etiske refleksjonsgrupper ble foreslått som gode alternativer til å reflektere og gjøre seg mer bevisst egne handlingsvalg.

Diverse

18 – 19. Oktober 2018 er det en stor konferanse om tvang i Rotterdam, International Conference on Crisis, Coercion and Intensive Treatment in psychiatry (CCITP). Lenke: <https://ccitp.net/>

Dag 2 ved De Verkadefabriek i Den Bosch

Den andre dagen deltok vi på HIC (High Intensive Care) Conference/Festival i Den Bosch. Det var under denne konferansen Akuttnettverket sitt skjermingsprosjekt ble presentert.

Dagen startet med en 45 minutters felles del på nederlandsk. Naturlig nok var det vanskelig å få med seg sammenhengen i det, men et par snille personer fra den nederlandske gruppen oversatte noen hovedpunkter. Det ble snakket blant annet om utviklingen av HIC modellen, status og fremdrift. Yolande Voskes fikk utdelt en pris for alt det gode arbeidet hun hadde gjort for reduksjon av tvang i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.

Resten av dagen foregikk i den internasjonale parallellsesjonen. Dette var en sal med plass til ca. 60 personer. Den var nesten helt full når skjermingsprosjektet ble presentert, og når helsedirektoratet presenterte lovverket om psykisk helsevern i Norge måtte folk sitte på gulvet. Med andre ord god oppslutning om den internasjonale sesjonen og det var positivt ettersom vi var blitt forberedt av den nederlandske delegasjonen om at det kanskje ikke ble full sal. Velger å gi et kort referat fra Laura van Melle sin presentasjon av HIC modellen som virker å ha flere likheter med norsk skjermingspraksis. Praktiske erfaringer under besøk av en HIC enhet vil bli beskrevet senere.

High Intensive Care (HIC) – In a nutshell & First results of research (Laura van Melle)

Forut for HIC hadde de hatt flere prosjekter hvor målet var å redusere tvang, deriblant "Best practices" og "first 5 minutes". Disse ble avsluttet i 2012 og resulterte i en 10 % reduksjon av tvang. De mente det var nødvendig å gjøre mer, derfor ble tidligere nevnt manifest utviklet med intensjon om avvikling av all seclusion bruk innen 2020. Eksisterende modeller for psykiatrisk intensiv behandlings (PICU) passet ikke inn i den Nederlandske konteksten og det fokuset de har. Derfor ble HIC utviklet med mål om:

- Ytterligere reduksjon av tvang
- Kvalitetsforbedring av behandlingen
- Styrke autonomien til pasientene
- Gjøre recovery mulig

De har utviklet en HIC monitor, den kan brukes som en fidelityskala for å undersøke troskap til modellen. For tiden gjennomfører de "audits" (målinger ved de forskjellige HIC enhetene). Foreløpige resultater viser at enheter som skårer relativt høyt på HIC monitor bruker mindre selclusion og mindre "enforced medication". De har to artikler som snart publiseres. En generell artikkel om HIC metoden og en mer spesifikk på HIC monitoren.

Avslutning av dag to

Etter den andre dagen ved HIC konferansen skilte vi lag med resten av den europeiske gruppen og før dette fikk vi til et gruppebilde hvor nesten alle var med.



Dag 3 ved en High Intensive Care (HIC) enhet i Tilborg

Den tredje dagen besøkte vi en HIC enhet i Tilborg. Denne dagen var det kun den Norsk-Nederlandske gruppen. Ved ankomst kommer en inn i et stort og luftig rom bestående av resepsjon, en cafe, gode sittemuligheter og kunstnerisk innredning. Kunsten besto blant annet av en tidligere seclusion dør:



Etter en kort velkomst i resepsjonsområdet ble vi fulgt til et rom hvor vi skulle oppholde oss den dagen. Vi ble delt opp i to grupper som vekselvis fikk omvisning på enheten sammen med et personal som guidet, fortalte og svarte på spørsmål. De hadde 22 pasientplasser totalt som ble driftet med en bemanning bestående av seks personer på dagtid, fem-seks personer på kveldstid og tre personer på natten. Dette er en høyere bemanning enn hva som er normalt i Nederland. Personalet må oppholde seg på enheten til en hver tid. Det er fokus på å involvere familien, om pasienten ønsker og godtar det. BVC blir skåret hver vakt og eventuelle tiltak blir rapportert til neste skift. Personalet har på seg blå polo t-skjorter for å være synlige for pasientene. De har erfart at pasienter som er forvirret enklere finner personalet om de har på seg disse skjortene. Det mest vanlige er at pasientene blir ferdigbehandling ved HIC enheten og skrevet ut til hjemmet. HIC enheten er delt opp i tre separate soner definert etter pasientens behov for observasjon og oppfølging:

1. Akuttenhet
2. Skjermingsenhet
3. Seclusion rom

Det var heldigvis såpass rolig når vi var der at vi fikk lov til å se alle de tre forskjellige sonene.

Akuttenhet

Den første sonen og det laveste nivået av observasjon og kontroll blir definert/oversatt til akuttenhet basert på det som ble sagt under omvisningen. Dette var en enhet som lignet akuttenheter slik min erfaring er at de ser ut i Norge. Enheten besto av flere pasientrom med en seng og et eget bad på hvert rom. Det var et stort fellesområde med to store spisebord, en tv og et kjøkken hvor pasienten selv kunne ordne mat. Bilder tatt med tillatelse fra hun som hadde omvisningen og det ble også gitt tillatelse til å bruke bildene for å informere når vi kom tilbake til Norge:



De hadde også et flott uteområdet tilgjengelig for pasientene. Dette området var sperret med gitter og vegger slik at pasientene ikke skulle rømme.



Skjermingsenhet

Når omvisningen på akuttenhet var ferdig gikk vi gjennom en dør inn til det som etter norske forhold må defineres som en skjermingsenhet. Det var et mindre lokale enn akuttenheten bestående av færre men litt større rom. Hvis pasientene ble vurdert å ikke være i stand til og oppholde i akuttenhet ble de tatt med til et av disse rommene. Begrunnelsene for dette virket å være forholdsvis like begrunnelsene vi bruker for skjerming i Norge, uten at vi diskuterte dette spesielt. Dette rommet var kun møblert med en fastmontert seng og en skrivepult. Rommet besto også av et eget bad. Som dere kan se på bildet under var gulvet i forskjellig parkett for å definere hvilket område (nærmest sengen) som var kun for pasienten, personalet hadde ikke lov til å oppholde seg der. Personalet observerer fra den andre siden av rommet.





Seclusion rom

Seclusion rommet er den siste sonen og brukes kun når det er absolutt nødvendig. Når vi besøkte enheten var det flere måneder siden sist gang rommet var blitt brukt. Dette er en metode som har blitt brukt i ganske stort omfang tidligere i Nederland, men som de nå har som mål å avvike helt. På denne enheten hadde de to seclusion rom med inngang til rommene på hver sin side av et større rom. Tror et par bilder kan beskrive bedre enn ord her:



Til venstre er døren inn til et av de to seclusion rommene. Til høyre ser du vinduet som man i utgangspunktet ikke kan se gjennom, men hvor man kan trykke på en knapp for å gjøre glasset gjennomsiktig slik at en kan se inn til pasienten.



Til venstre er et bilde tatt fra inngangsdøren og inn i seclusion rommet. Til høyre et bilde tatt innenfra rommet hvor du kan se toalettet pasienten må bruke. Rommet inneholdt også en tavle hvor det kunne skrives beskjeder, en liten LCD skjerm med mulighet for å kommunisere med de utenfor og mulighet for å drikke vann. Det var også et kamera i taket, men visstnok ikke i bruk.

Oppsummering

Basert på denne beskrivelsen virker det å være flere likheter mellom den Nederlandske HIC modellen og måten skjerming utøves på i Norge. Yolande mener at skjerming på rom eller egen enhet slik det ble beskrevet å bli gjort i Norge var veldig likt HIC praksis i Nederland. Det som ovenfor blir beskrevet som akuttenhet og skjermingsenhet ligner i stor grad norske akuttenheter med egen skjermingsenhet. En av hovedforskjellene må være at det er mer personalressurser per pasient i Norge.

Det var et vellykket studiebesøk sammen med masse hyggelige mennesker. Mange gode og interessante faglige diskusjoner og ikke minst nye bekjentskaper.

Kontaktinformasjon

Espen Woldsengen Haugom

espen.woldsengen.haugom@sykehuset-innlandet.no