

Terje Vestheim
Psykiater
Filsetvegen 125
2332 Åsvang
48073124

Åsvang 10. februar 2012

Helse- og omsorgsdepartementet
Helserettsavdelingen
Marianne Sælen
Seniorrådgiver

Merknader til NOU 2011/9 ved høringen februar 2012.

Innledning

Jeg viser til e-post av 090212 med avtale om at jeg får sende noen merknader til NOU 2011/9 for egen regning. Bakgrunnen for dette er at jeg har vært involvert i og tett på den prosessen som ledet til utredningen og lovforslaget. Spesielt vil jeg nevne at jeg som styremedlem i Npf representerte DNLF i arbeidsgruppa ledet av professor Bernt. (IS-1370). Av ei gruppe på 22 var 2 medlemmer psykiatere og praktiserende som "ansvarlige for vedtak". Overlege Kjetil Hustoft, akuttavdelingen SUS, utnevnt av Helse-Vest, og u.t. avdelingsoverlege avd. psykose/rehab SI.

Jeg har siden 2007 representert Npf på området menneskerettigheter, tvang og etikk i mange fora, og leder "Hamarkonferansen" med dette som innhold for 5. gang.

Jeg har sammen med styret og utvalg i Npf deltatt til høringssvaret fra DNLF, og stiller meg helt bak det. Vi har valgt en formell form som svarer på spørsmål i høringsbrevet, begrenset størrelsen og i liten grad nevner andre viktige tema. Lovutvalget omtaler selv at de ikke har hatt kompetanse til uttømmende gjennomgang av forhold knyttet til barn og unge, og de har hverken hatt mandat eller tid til å gå gjennom det som gjelder den dominerende og største "enkelte" pasientgruppa, de som har psykisk sykdom, ofte uoppdaget alvorlig sykdom, og samtidig alvorlig rusproblem. Dette siste er særlig beklagelig. Personlig hadde jeg gitt et konkret innspill til dette, godt støttet av kompetente kolleger. Tvangskonferansen 2011 hadde også dette som hovedtema.

Jeg anser det som særlig relevant for den videre fremdrift i lovarbeidet at det er kommet nye vesentlige momenter inn i bildet, som ikke var omtalt eller tilstrekkelig kjent eller lagt vesentlig vekt på når lovutkastet foreligger nå.

Jeg ønsker derfor å knytte noen merknader til NOU som direkte har tilknytning til de to dissenser jeg på vegne av DNLF står for i arbeidsgruppa. Begge dissensene støttes av de medlemmene som er mest involvert i praktiseringen av PHVL ved anvendt juss i klinikken og i kontrollorganene, og som er helt avhengig av lovens funksjonalitet og ikke bare intensjon, og som kjenner til implementeringsproblemene ved lovendring. Poliitiadvokaten støttet de samme syndpunktene.

Behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven og gjennomgang av Tiltaksplan for å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang innen psykisk helsevern (IS-1370):

Dissens nr. 1:

Et mindretall på seks medlemmer i arbeidsgruppen mener at det ikke er behov for vesentlige endringer i psykisk helsevernloven, og at et behandlingsvilkår uansett må beholdes. Det vurderes slik at vilkårene i dagens lov, når de følges, i hovedsak er tilstrekkelige for å legitimere etablering og behandling under tvang. Fokus bør heller rettes mot å bedre praksis ved å styrke tiltaksplanen og utvikle kunnskapsgrunnlaget. *Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes, Reidun Lauvstad, Carl Fredrik Aas og Pål Kippenes.*

Dissens nr 2.

Et mindretall på fire medlemmer mener at det ikke er behov for et slikt utvalg på det nåværende tidspunkt. Dette mindretallet mener at prioriteringen heller bør være metode, kunnskaps- og kompetanseutvikling for å sikre en god praksis før en eventuell større gjennomgang av regelverket. *Medlemmene Terje Vestheim, Kjetil Hustoft, Cecilie Gulnes og Reidun Lauvstad.*

Resymé:

Jeg ønsker å vise at NOU bygger på et alt for dårlig kunnskapsgrunnlag, som er i rask utvikling, at det har gått alt for fort, at områder er utelatt som vil få store konsekvenser for en stor andel av pasientene, og lovforslaget er så omstendelig at det ikke lar seg praktisere. Ikke bare kriteriene kan resultere i vilkårlig tvang, men også kapasiteten. Det er en stor fare i det at det er mindre arbeid å skrive alvorlig sinnslidene ute enn å følge opp en i trygg ramme med tvang. Hittil har særlig rus som tilleggsproblem gitt overlegen ryggdekning for å få ledig seng raskt.

Det er en erkjennelse at lovendring gjør liten forskjell når pasientens behov er det samme. Vi vet godt hva som kan redusere tvang, og det er tidlig hjelp, kvalitet, kontinuitet og lang tid.

God organisering på alle nivå er det som kan gi hjelp før tvang blir nødvendig. Særlig alvorlig er det at sykehusledelsen ikke har vært pålagt å sette redusert og kvaltessikret tvang på dagsorden før nå.

Feil premisser

Den sterke politiske argumentasjon om at Norge har flere tvangsinnlagte en "sammenlignbare land" kan tilbakevises når forskjellene i lovene, herunder rettspsykiatrien og praksis analyserer nøyere.

Mediene har i høyeste grad medvirket til at en svært alvorlig sak er blitt til et hastverk. De store geografiske variasjonene tyder klart på at det er mye unødvendig og feil tvang, men det er ikke undersøkt hvor og for hvem det er for lite tvang.

Det er helt feil å si at "tiltakene" for å få tvangstallene ned ikke nyttet. Det hadde allerede nyttet veldig godt der noe ble gjort, som ved gjennombruddsprosjektet 2000-2001 og da det ble ny ledelse på Blakstad. Det var bare aldri gjort noe nasjonalt forsøk på å redusere og kvalitetssikre tvang, så derfor hevdet u.t (DNLF) i gruppa helt fra starten av at revidert tiltaksplan burde være vårt viktigste arbeid.

Tiltaksplanen fra 2006 var aldri nådd frem til spesialisthelsetjenesten, den var ukjent for kollegene, og uansett så var den bare 2 år gammel. Hele prosessen fra 2005 til i dag har et tempo som bare kan etterlate flere spørsmål enn svar. Ved avslutningen la jeg ned påstand om at et lovutvalg IKKE burde nedsettes før det var gått 5 år med

evaluering av et faktisk forbedringsarbeid. Erfaringen fra 2009 – 2012 bekrefter slik jeg ser det at det burde blitt slik.

Det er mange forklaringsfaktorer bak stigningen fra innføringen i 2001 til "tvangstoppen" i 2005 som ikke er nøye utredet. F.eks at registrert skjerming økte de første årene kom jo av at det var en ny ordning, og at man måtte lære seg til å bruke den og registrere. Det ble et "nytt tilbud", et alternativ til å "å bli med på rommet". Der definerte skjermings rom brukes til ordinære opphold pga at de er medregent i posten antall senger, der registreres mange som tvangsmessig skjermet uten å være det. Jeg har vært med på både obligatorisk vedtak ved opphold i slike rom, vedtak ved skjerming under 12 timer, vedtak ved frivillig skjerming og derved også mange skjermingsdøgn i statistikken.

Mekaniske tvangsmidler derimot gir nøyaktige tall, og kan gi uttrykk for kvalitet og utvikling, mens lave tall for tvangsmedisinering også kan bety at flere er forsømte.

Ikke ledet

Det som er sikkert er at det IKKE ER GJORT SYSTEMATISK FORSØK på å redusere tvang før det i ferd med å bli gjort nå.

Klinikkledere er ikke ansvarliggjort tidligere, utover hva som har kommet opp lokalt gjennom tilfeldige initiativ, lokal fagutvikling, innspill fra kontrollkomisjonene eller tilsyn.

Tvang har vært "noe psykiaterne har holdt på med". Først i mars 2010 ble RHF bedt om å lage handlingsplaner, de ble ferdige høsten 2011, og først i løpet av 2012 vil helseforetakene ha sine planer, så det så vil ta tid å implementere. Først med dette er ledere i klinikken gjort ansvarlige for å sørge for riktig bruk av tvang.

Med lovendringene i 2001 og ny PHVL rykket mange steder spesialistene ut av ledelsen. Engasjement for redusert og riktig bruk av tvang har vært opp til den enkelte overlege og handlet om den enkelte pasient.

Gjøres store endringer ut fra lite kunnskap?

Kunnskapsgrunnlaget som var svært mangelfullt i 2008-2009 er i relativ raskt økning. Vi har fått bedre oversikt over svakhetene i de norske statistikkene. De statistikkene har viser at omfanget av tvang på flere områder går ned. Med mye arbeid er det gjort gode epidemiologiske studer på området, som allerede har gitt mye kunnskap og forbedring i akuttpsykiatrien.

Gjennom deltagelse i **Netfort** er vi i gang med 3 studier på tvunget vern ute (TUD), en multisenter av nasjonal betydning, en kvalitativ studie fikk stipendiatmidler fra Ekstrastiftelsen, og en intern kvalitetsstudie. Jeg er involvert i alle, den siste er det jeg som gjør. Den vedlagte 1. artikkel gir en god innføring i TUD i Hedmark. Neste trinn er å inkludere Oppland, samt undersøke på flere forhold.

Når de regionale undersøkelsene i Innlandet, Sørlandet, Nord og Bergen er gjort vil det finnes et materiale som gjør det mulig å plukke ut det beste i forskjellige områder.

Statistikken

2012 eller 2013 er kanskje det første året de kan bli valide? Det gikk flere år med kritikk av tallmaterialet, noen steder ikke valid til noe som helst, før HDIR ville ta ansvar for forbedringer i registreringssystemene og kreve noe som ga like god statistikk i hele landet. (Min tolkning etter deltagelse i referansegruppemøter)

Tvang ikke anvendt: kan vi beskrive de som ikke fikk hjelp?

Det er så lave tall for tvangsinnleggelse og tvunget vern uten døgnopphold i Hedmark/Oppland at det er overkommelig.

I 2009 hadde SI bare 38 % av landsgjennomsnittet tvunget PHV §3-3. Dette kan indikere et alvorlig underforbruk av opphold mer enn 10 dager. Det viste seg også at 50% av mennesker med kjent alvorlig sinnslidelse ble henvist til tvungen observasjon §3-2, mens flere ble tatt i mot etter §3-3. Statistikken forteller "halve sannheten".

De som ikke får TUD

Gjennom 16 mnd fra 01.01.09 ble det lagt inn omlag 40 pasienter med kjent schizofreni på tvang, og halvparten hadde vært alvorlig rammet i mange år, med tilsvarende karakteristika som pasienter som ER under TUD. Etter våre erfaringer ville ca 90 % av de 20 sluppet tilbakefall om de hadde vært underlagt TUD. Om lag 9 personer ville kanskje sluppet mye tvang og mer lidelse, og samfunnet store kostnader til "liggedøgn". (Se vedlagte artikkel)

Det er "spesielt" at lovutvalget forsøker å utrede og regulering tvunget vern uten døgnopphold på rene antagelser, da det er den klare holdningen fra forskningsfeltet at man ikke har noen evident kunnskap som helst på dette feltet i Norge. Det finnes heller ingen land å sammenligne seg med siden dette behovet løses så forskjellig, og har så forskjellig innhold. Sannsynligvis er pasientene de samme i England og Sverige, og får den samme hjelpa, begge land med ca 2-3 år gamle lovhjemler av TUD. Danmark som dømmer veldig mange til tvunget vern etter strafferetten, og har en annen lovhjemmel for plikt til å underkaste seg videre behandling etter innleggelse.

Press på plasser, opphevet tvang og korte opphold

Innlandet reduserte akuttkapasiteten (24/7) i Hedmark til ca 2/3 fra fra 12.04.10. Fordi nyopprettet DPS ikke kompenserte for dette, ligger det godt an til å undersøke hva som skjer med pasientene i en slik situasjon, som ikke er noe særskilt for Hedmark. I de kvalitetsundersøkelsene jeg gjør i Innlandet, og erfaringene etter nedbyggingen av akuttklassene kan gi et innblikk i hvem som ved kort opphold ikke fikk hjelp til å snu utviklingen.

15.05.10-31.12.10 var en presset periode. Jeg vil ikke gå mye inn i dette, og langt mindre prøve å årsaksforklare, men jeg tar dette som eksempel:

Jeg har merket meg ut 10 tvangsinnlagte med alvorlig sinnslidelse som fikk veldig korte opphold. Alle er tvangsinnlagt på nytt en eller flere ganger, 5 allerede i perioden. Senere er en dømt til TPH, 5 fått lange tvangsinnleggelse som varer, 2 andre fått TUD etter innleggelse, og 3 har vært tvangsinnlagt kortere tid på nytt.

Det handler om anvende RIKTIG og omsorgsfullt gjennomført tvang.

Ikke ressurser nok til mer "omstendelighet"

Jeg har de siste ukene vikariert i akutttavdeling, og er forskrekket over å måtte bruke så mye tid på å passe på frister og skrive vedtak knyttet til pasientene, som jeg har så liten tid til å snakke med. Kontrollen synes å ha beveget seg fra å ha tyngdepunktet på det humane til det formelle, der dato og klokkeslett på registreringer og vedtaksdokumenter stresser hele virksomheten. Foreliggende NOU vil kanskje kreve dobbelt så mye tid til slik arbeid, særlig hvor det blir "hovedforhandling" hver 3. mnd. Dette vil sette særlig TUD under press pga korte kontrollfrister, der utviklingen krever år. Pasienter som trenger lang **TID i trygghet** forhindres i å få denne, da de ikke vet om de mister den om 3 mnd. De som vet at innsikten kommer til å tape seg, og medikasjonen avsluttet på nytt, vil ikke miste TUD.

Et irrelevant virke for mindre tvang

Utvalgsleder har uttalt at "tvang skal ikke være en lettvindt løsning", og at det er bevisst at det vil bli arbeidskrevende med dette lovforslaget. Dette er verken en juridisk eller klinisk begrunnet reduksjon av tvang. Det som er sikkert er at målsettingen riktig tvang blir undergravet. Dette vil ramme vilkårlig ut fra bemanningen i avdelingen. Noen får kanskje ikke hjelp fordi tvang ikke blir brukt, kanskje flest der det er færrest leger. Andre blir holdt i uformell tvang. Det må bli så LITE merarbeid som mulig, det minste som må til for god rettssikkerhet

Begrepet "beslutningskompetanse" (samtykkekompetanse, som vi uansett forholder oss til) som kriterium vil gjøre det lett å komme seg unna kritikk ved klage på manglende behandling. Denne faktor som skaper ny tilfeldighet gjør det umulig å forske på utviklingen, herunder følge opp studier av de regionale forskjellene.

Hvor mye arbeid med formalia er nok?

Jeg anmoder innstendig at det settes ned en egen gruppe med erfarne kontrollkommisjonsledere og psykiatere som i stort omfang forvalter PHVL både i akuttavdelinger og langtidsavdelinger til å utrede konsekvensene av omfattende prosedyreendringer.

PHVL 2001 praktiseres svært ulikt og ofte feil.

Det er uheldig at man starter arbeidet med å innføre enda en ny PHVL så kort tid etter den forrige, som fortsatt er alt for dårlig praktisert, tross at den er forholdsvis enkel å forstå. Det er her man burde begynne.

Behandling er en rettighet, også når tvang må til, og tvang uten effekt er uetisk!

Datagrunnlag og tiltak som virker.

Vi i har altså i dag til dels ny kunnskap som er av vesenlig betydning, og ikke vært en del av diskusjonen. "Tvang" går faktisk ned, så det nytter.

Nylig ble det presentert en svensk studie på TPH uten døgnopphold.

Akuttnettverket er aktivt. Kjetil Hustoft som var med i Bernt-gruppa er langt på vei med rapport fra multisenterstudie og tvang i akuttpsykiatrien. (MAP). Det kommer undersøkelser som gjelder det aller viktigste, alvorlig sinnslidelse og betydningen av samtidig rus.

Arbeidet for å unngå tvang ved konfrontasjoner mm pågår for fullt: TMV, TKH, ERM Studier er knyttet til forbedringsarbeid, og har stor effekt: BAT som fokuserer på å gjøre skjerming mindre belastende. Det er også vist og beskrevet hva som kreves av ledelsen og av ressurser (SI-Reinsvoll)

Det er ytterligere vist et forskjellige typer tvang går betydelig ned, gjerne så mye som 50%, om ledelsen "eier" dette arbeidet og prosjektet. (Ullevål og Oslo psykiatriske legevakt) Gjelder mekaniske tvangsmidler, tvangsinnlagte og tvangsinnleggelsler.

Arbeidet for riktig tvang øker, det skjer tverrfaglig og tverretatlig, noe HAMARKONFERANSEN, støttet av HDIR, er et tydelig eksempel på at fagutvikling er i god gjenge. Særlig øker antallet leger og psykologer og ledere som deltar. metoder mm.

I klinikken pågår det mye, som miljøterapeutiske holdningsprogrammer, og kliniske kvalitative studier på mastergradsnivå knyttet til faktisk forbedringsarbeid.

Ledelse virker, og bedre jo mer fagkunnskap den besitter

Ingen har visst tenkt på det før i 2010 da "bestillerbrevet" ble sendt ut fra HOD, at tvang var noe **ledelsen** (også) har ansvar for. Tvang har tradisjonelt vært noe psykiaterne har "syslet" med alene.

Fra 2001 har få leger vært ledere, slik at linken har manglet. RHF-ene har laget planer nå, om et år har sykehusene planer. Først da bør man sette referansen å sammenligne mot, d.v.s. statistikken for 2013.

Blakstad hadde tidligere redusert tvangsinnleggelse ved ny ledelse, men der var det svært høy fra før.

Innlandet (på 90-tallet Hedmark / Sanderud) har ligget lavest på tvangsinnleggelse helt siden målinger starter, der var ledelsen opptatt av tvang (åpenhet og helhet) fra 80-tallet og utover.

Nordfjord ledes etter "ildsjel -prinsippet". Gode rammevilkår å arbeide under kan avle frem flere "ildsjeler".

Gjennombruddsprosjektet 2000 var forankret i ledelse og hadde stor nytte så lenge det ble drevet, men det ble tilbakefall uten vedlikehold.

Det største problemet i dag er implementering i klinikken, men det er p g a svikt i ledelsen, ikke hos den enkelte helsearbeider. Det er også leders ansvar om han lar spesialister uten god kompetanse gjøre vedtakene. Men har leder uten spesialistkunnskap kompetanse til å bedømme det?

Helhet og ikke stykkevis og delt

Jeg ønsker å advare mot å unnlate å se **rus og psykiatri** helhetlig også i loven. Kan man vente samtidig og integrert behandling når loven taler for det motsatte? Ingen blir bedre av sin psykiske sykdom enn den bedringen de får i f t rusproblemet. MYE alvorlig sykdom som førte til rusen kamufleres av nettopp rus, og blir ikke funnet og ikke behandlet. 75 % av menneske med rusproblemer hadde psykisk sykdom ført. I sykehus må forekomsten antas å være mye høyere. Primære psykososer, og særlig bipolare sykdommer blir oversett

I tillegg til at pasienter fortsatt deles mellom de som bruker og ikke bruker rusmidler er også veiledere og retningslinjer oppsplittet: En persons 4 problemer eller mer hører inn under 2 (tvangs)lover og 4 retningslinjer!

HAMARKONFERANSEN 2011 tok for seg **rus, alvorlig psykisk sykdom og tvang**. Konklusjonen både fra brukere og pårørende var i dette møtet klar: **Mer og lettere adgang til tvang**. (Programmet vedlegges til orientering om konferansens innhold)

Jeg håper at jeg med dette har bidratt positivt inn i det videre arbeidet, og gitt grunnlag for ytterligere refleksjoner, ut over NOU og de høringer som er kommet inn.

Jeg takker HOD for velviljen.

Med vennlig hilsen

Terje Vestheim (sign)

Tvunget psykisk helsevern – effekt av TID og trygghet



Av Terje Vestheim,
spesialist i psykiatri, overlege,
psykiatrisk avdeling,
Sykehuset Innlandet

Effekt ved psykiatrisk behandling er individuell og vanskelig å måle. Erfaringsbasert evidens som likeverdig forskningsbasert evidens er nødvendig for god behandling. Erfaring med bred gyldighet og den enkeltes erfaring og formidling av denne utvikler den kliniske evidens.

Bruk av tvang kritiseres sterkt i Norge og det er stort behov for kunnskapsutvikling på mange plan. Nasjonalt register for psykiatrisk tvang er upålitelig, særlig for TUD. Vitenskapelige studier er ikke gjort. Økt kunnskap om TUD og hva som er god hjelp er nødvendig for å gi pasientene større tillit.

TUD kan for enkelte oppleves mer krenkende enn tvang under innleggelse. Mange likestiller TUD utelukkende med tvangsmedisinering. Tvangsmedisinering uten samtidig helhetlig god hjelp må generelt anses som utilstrekkelig og brudd på rettigheter. Vi er nå i ferd med å gjøre både registerstudier og kvalitative studier spesifikt av pasienters og pårørendes erfaringer og opplevelse ved TUD. Artikkelen formidler 25 års erfaringer i avdeling for psykosebehandling i Hedmark (190 000 innbyggere). Fylket har gjennom årene hatt et lavt antall tvangsinnleggelse og tilsvarende få personer utskrevet til tvunget vern.

Tjenesteutvikling

Gjennom tverrfaglig og tverretattlig sosialpsykiatrisk arbeid var alle langtidspasientene skrevet ut til egne hjem ved årtusenskiftet. De fikk individuelt tilpassede boliger og kommunal oppfølging. "Samarbeidsavtalen" med kommunene var forpliktende. Ambulant oppfølging av pasienter og personell ble gitt etter individuelle behov, og sykehuset bidro med betydelige beløp der omsorgsoppgavene var store i en



overgangsfase. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) var sjelden nødvendig. I 2000 var det 9 personer.

Med frigjorte ressurser ble seksjon for tidlig intervensjon ved psykose åpnet i 2001. Bio-psyko-sosial behandling med fokus på relasjon og kontinuitet, miljøterapi, opplæring, ferdighetstrening, aktivitet, kultur og familiearbeid utviklet seg raskt. Avdelingen fikk kapasitet til å gi TID og trygghet i behandlingen både under innleggelse og i videre behandling og ettervernet. De aller fleste har fått likeverdig behandling og oppfølging, enten det har vært frivillig eller innen en ramme av tvunget psykisk helsevern. Ved tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold tilkommer formelle krav om regelmessige kliniske vurderinger og bedømming av nødvendigheten av tvang, en styrking av rettsikkerheten fra 2001.

uten døgnopphold



Etikk

Tvang er et alvorlig inngrep i en persons liv. Tvangsbehandling kan gi varig mén om ikke behandlingen gjennomføres med høy faglig kompetanse, forståelse og omsorg.

Ingen må oppleve tvang uten at det er helt nødvendig. Tvang gir mulighet for behandling, og er legitimt fordi vi har kunnskap om at behandlingen virker. I forhold til akutt innlagte pasienter viser undersøkelser at bedringen er like stor ved tvunget psykisk helsevern (TPH) som ved frivillig innleggelse.

Tvang uten nytte er uetisk. Nødvendig tvang må settes inn i tide og vare så lenge at langsiktig bedring kan bli resultatet. TPH og TUD er rett til hjelp hjemmet i menneskerettighetene (EMK) og skal gjennomføres slik som vilkårene i Psykisk helsevernloven

(PHVL) beskriver. Under TUD kan grensene i loven og etikken komme mer til uttrykk enn i andre deler av tvungen psykiatrisk behandling og omsorg, nettopp fordi verdien av TID og trygghet kan vektlegges forskjellig av de impliserte – pasient, pårørende, behandlere og kontrollinstansene.

Når skal pasienten få prøve å ta ansvaret selv uten TUD, hvis konsekvensene ved tilbakefall kan skade hans helse og fungering alvorlig for resten av livet? Å være forsiktig med å forandre det som er bra, er en god regel i behandling. Og hvorfor risikere å tape stabilitet, når pasienten har det bra, lever på egne premisser på de fleste områder i livet? Når relasjonene til nettverk og behandler er stabile og trygge gjennom år, pasientens utvikling er god, og tvang er blitt et underordnet tema for pasienten, er det å "rippe opp" i symptomer og kriterier ofte en krenkelse. De →

som har TUD i mange år er de som ikke oppfatter seg som psykisk syke, ikke forstår behovet for helsehjelp, men som likevel nyter godt av dette og innfinder seg med at medisin er en del av oppfølgingen. Den kliniske erfaringen og et nært og personlig forhold til pasienten kan trekke i paternalistisk retning, mens tolkning av det generelle lovgrunnlaget kan satse på evne til autonom god egenomsorg som ikke er tilstede.

Særtrekk for Hedmark

Hedmark fikk fylkesdekkende spesialavdeling for psykoser i 1986. I et så stort miljø ble det mulig å drive omfattende fagutvikling. På 90-tallet hadde vi innført behandlingselementer som nå er "gullstandard" i nyere anbefalinger, og "samarbeidsavtalen" bidro til at "individuell plan" (IP) ble en pasientrettighet fra 2001. Det har vært liten "gjennomtrekk" av ansatte, så de fleste pasientene har kjent psykiateren og personalet i mange år. Kommunene har også i stor grad stabilt personale.

I Hedmark er klorazepin, med sine spesielle egenskaper, brukt i stor utstrekning ved "nonrespons" på andre antipsykotika. I dag har om lag 100 personer med alvorlige psykoser klorazepin, noe som kan ha spilt en vesentlig rolle når det gjelder et lavt tall for tvangsinnleggelse og TUD. Det er typisk at pasienten ikke slutter med klorazepin på egenhånd, mange klarer seg veldig bra. Få som har gjennomgått lange behandlingsprosesser får tilbakefall med innleggelse som ikke er planlagte og frivillige.

Tvunget psykisk helsevern (TPH)

TPH kan gjennomføres når en pasient med alvorlig sinnslidelse ikke selv forstår hvilken skade han vil lide uten hjelp. Om frivillig behandling ikke er mulig, skal tvang bare benyttes når det helhetlig er til pasientens klart beste. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) har de samme grunnvilkårene som ved "tvangsinnleggelse", tvunget psykisk helsevern med døgnopphold – alvorlig sinnslidelse og farekriterium

og/eller behandlingkriterium. Tilleggsvilkåret uttrykker årsaken til behandlingen. Både nærliggende fare for alvorlig forverring og utsikt til vesentlig bedring hjemler TPH/TUD. Et vedtak er gyldig i 1 år, og søknad om forlengelse går til kontrollkommisjonen (KK), som er en rettsinstans for psykiatri.

KK kan oppheve TPH/TUD ved klage fra pasient eller pårørende. Kolleger observerer til dels betydelige variasjoner i kommisjonenes beslutninger. Særlig synes den TID som pasienten får under trygge betingelser å variere.

Behandlingsstrategi

Medikamenter er oftest en forutsetning, også ved TUD. Hensikten er behandling med utsikt til bedring eller helbredelse. Viktigste er relasjonsbehandling for å bedre evnen til kontakt og refleksjon under trygge forhold, ofte med omsorg og tilrettelagt aktivitet. Utvikling av tillit til nettverket er avgjørende. Det skal bidra til livskvalitet ut fra egne behov. I psykiatrisk behandling skal medisineren følges nøye og tilpasses den enkelte til enhver tid. De fleste pasientene, spesielt de som bruker tabletter, bør kunne slippe plagsomme bivirkninger. Da er muligheten til stede for at TUD kan gjennomføres som en "forsikring" eller et sikkerhetsnett som verner mot videre helseskade uten å belaste pasienten.

Fritidsaktiviteter, fysisk helse, kultur, skole og sysselsetting er forankret i kommunene gjennom samarbeid med egne stillinger på de respektive områder i avdelingen. Kommunene er delaktige i grupper som "et selvstendig liv", "grønn omsorg", "kulturnettverket" med mer. Det er lagt stor vekt på tilgjengelighet for pasienten og nettverket. Psykologiske behandlingstilnærminger i "psykoterapi" eller "miljøterapi" står sentralt. TIPS familiearbeid og andre former for pasient- og pårørende-medvirkning hører med. Behandling i vid betydning inneholder mange virksomme elementer. Noen kan virke "banale". Det mest virksomme kan være at pasienten får erfare det



de fleste av oss anser nødvendig for et godt liv. Trygghet i utviklende relasjoner og gode erfaringer kan gi det nødvendige håp. Selvfølelse og tillit til egne muligheter vokser best når psykosen ikke rammer på nytt.

Ambulant behandling etter utskrivelse

90% av pasientene følges opp fra avd psykose/rehab, 10% fra akuttavdelingen. Poliklinisk og ambulant behandling og omsorg under TUD utføres slik "individuell plan beskriver" (IP). De fleste pasientene deltar aktivt i planen og i ansvarsgruppemøter som også evaluerer og tilpasser planen etter behov. Den gir ikke rettigheter i loven utover forsvarlig behandling, men de involverte forplikter seg i sine roller. IP skal ha en tydelig kriseplan som er kjent for alle involverte. TUD skal ikke begrense eller belaste i hverdagen, der dette kan unngås. Fordelene skal oppveie ulempene, så langt det er mulig å få til.

Jeg møter helst pasienten hjemme, sammen med fastlegen eller i andre møter, om pasienten selv ikke velger å komme på kontoret. Gjensidig forståelse av hverandre og situasjonen er avgjørende, også når uenighet om behandlingsopplegget varer over tid. En relasjon er også å "gi av seg selv". Jeg fremstår der det faller naturlig "som om jeg er en venn". Det er viktig å lytte og se pasientens individuelle behov og gi bekreftelse. Å gjøre noe individuelt, gjerne uventet, er med å bekrefte at pasienten betyr noe for behandleren. Dette må være ekte og invitere til emosjonell kontakt under terapeutisk regulering av avstand og nærhet. Det vil være fare for at pasienten opplever relasjonen annerledes, men jeg mener det vil være feil å gå bort fra en slik holdning i behandling og omsorg.

Pasienten får kontrollere omfang av "psykiatriske tema" i samtalen. Det er sjelden sykdommen de er →



opptatt av, men hvordan de har det i en videre forstand. At medisineringen oppleves bra er viktig hver gang og ellers alminnelig "småprat" som gir rom for å slappe av. Om kriteriene for TUD fortsatt er oppfylt skal vurderes hver 3. måned. Dette er et kort intervall når TUD varer ut over det første året. Erfaringen er at mange pasienter ikke ønsker samtaler om psykososen og tvangen hver gang vi møtes. Dette tas da ved den årlige søknaden om forlengelse. TUD blir også drøftet i ansvarsgruppemøtene og med pårørende om det ikke faller unaturlig.

Lav forekomst av TPH og TUD i Hedmark (2001-2010)

Det var i Hedmark 65 vedtak til TPH i 2010. Med 3,5/10 000 og 37% av gjennomsnittet er dette lavest i Norge. Det var 115 vedtak om tvungen observasjon inntil 10 dager, som er forholdsvis høyere og 83% av landsgjennomsnittet. En usikker statistikk antyder at i Norge fører 30% av vedtak om TPH til TUD fra utskrivelsen. Ca 15% ble utskrevet fra TPH til TUD

hos oss. Halvdelen av disse har erfaring med TUD fra tidligere. Overføringer fra TUD til innleggelse og ut til TUD igjen er ikke med her.

- Incidens: Fra 2001 til 2009 har 46 nye personer erfart TUD, og ved slutten av i 2010 har dette steget til 53. 4 personer med TUD på 90-tallet har TUD på nytt.
- Prevalens: I år 2000 var 9 personer i TUD. Med ny PHVL 2001 med tydelig krav om å forsøke frivillighet var alle opphevet. I år 2004 var tallet på nytt 9. Ved utgangen av 2008 var 24 under TUD, og i 2010 var tallet 32.
- Sammensetningen er lik kjønnsfordeling, gjennomsnittsalder 45 år, bare 3 personer under 30 år. 95% schizofrenier. Bare kjønnsfordelingen er ulikt landsgjennomsnittet med mest menn. Farekriteriet har vært gjeldene for 10%. 10% har et betydelig rusmisbruk. 25% bor i omsorgsbolig med døgnbasert eller tett omsorg. Nær alle har uføretrygd, og få har sysselsetting.

TID, TID, TID og atter TID

Trygghet lenge er helt avgjørende for å reparere følelsesmessige skader fra tidligere i livet, som forårsaket av traumer (50%), depresjon, angst, vrangforestillinger, sosiale tap og brudd i forventninger til eget liv. Så langt det er mulig skal hjelpen gis på pasientens premisser. Behandlingen og omsorgen skal ikke skille seg fra "frivillig ettervern", da behovet ikke bestemmes av "legal status", selv om TUD kan kreve en ekstra omtanke. Behandlingsprinsippene når pasienten er innlagt skal kontinuerlig videreføres under TUD. Et hvert alvorlig tilbakefall regnes som skadelig og ikke en nærliggende mulighet for ny vekst så langt ut i sykdomsforløpet. Hva som er "livskvalitet" og godt innhold i hverdagen er personlig og individuelt, men flere ville nok hatt glede av mer sysselsetting og et større sosialt nettverk.

Sykdomsforløp under TUD (2001-2010)

Varigheten av TUD er veldig forskjellig. 22 TUD er opphevet. 15 varte mindre enn 1 år. 9 har hatt TUD mer enn 5 år, hvorav 2 med lengre re-innleggelser. Ingen har begått selvmord. Alvorlig tilbakefall under TUD har vært uvanlig og kun 10% har hatt vedtak om tvungen re-innleggelse. Det har sjelden vært svikt i medisineringen, men nesten alle har tilsyn med at medisinen blir tatt riktig. Bare om lag 4 pasienter har fått nytt tvangsmedisineringsvedtak etter utskrivelse. 20% har hatt depotsprøyter, 15% har hatt klorzapin, og 65% andre tablett. De har godtatt eller underkastet seg medisin som en del av TUD, og fysisk makt har ikke vært brukt for å gi medisin. Kun 2 av 45 i vår avdeling klaget til Kontrollkommissjonen over TUD. Manglende samarbeid i oppfølgingen er uvanlig, og over tid utvikler det seg oftest gode relasjoner. Knapt noen domineres av åpen konflikt.

Dårligere perioder har forekommet hos et fåtall pasienter. Noen har hatt frivillige "brukerstyrte" opphold i avdeling. Støtte i nettverk og utvikling av faste rutiner er med å gi trygghet. 20% har vedvarende ingen sykdomsinnsikt, og av disse er få ute av TUD.

Forløp etter opphevet TUD

Av de 43 første på TUD fra 2001 som senere er over på frivillig oppfølging lever 40, og 22 av disse har gått over til frivillig oppfølging. For 14 av disse har det etter forutsetningen gått bra med, og de har ikke opplevd tvang på nytt. Av 7 re-innlagt med tvang har 5 fått TUD på nytt. Fellesnevneren, er alvorlig schizofreni uten sykdomsinnsikt, mange innleggelser gjennom minst 15 år og ikke døgnbemannet omsorgsbolig. Ingen av disse hadde gode forutsetninger for å unngå tvang på nytt. Det er få tilbakefall i form av innleggelse etter klinisk godt begrunnet avslutning av TUD. Det er forfatterens inntrykk at flere av de som ikke har innsikt, likevel har klart å etablere så trygge relasjoner og rutiner at TUD i noen tilfeller kan oppheves etter minst 5 års varighet. Særlig når pasientene etter flere år med pågående TUD selv søker seg til sykehuset er det et godt tegn.

Hvordan opplever pasientene TUD?

Inntrykket er at flertallet har det bra, og noen sier det eller viser det tydelig. Det synes å være en viktig faktor å slippe avtaler med sykehuset, slik at kontakten foregår på "hjemmebane". For mange synes formell status etter hvert å være uvesenlig. Noen uttrykker trygghet ved TUD og er engstelig for å få hele ansvaret selv. Enkelte synes det er kjekt med gratis medisin. De som har vært utskrevet kortere tid og er mer preget av alt stresset som en psykose fører med seg gir oftere uttrykk for at TUD er belastende. At det ikke forekommer klager til Kontrollkommissjonen på TUD er et usikkert mål på tilfredshet. Pasientene har oftest opplevd mye tvang før, og mange har erfaring for at klage ikke fører frem.

Utfordringer vi står overfor

Omorganiseringer som geografisk sektorisering og flere nivåer reduserer oversikt, kontinuitet og relasjon gjennom lang TID, slik "Hedmarksmodellens" resultater er bygget på. Somatisk helsehjelp og andre gode formål stjeler av psykiatribudsjettene i sykehus og kommune. Hyppige endringer i lover og forskrif-





ter kan bli en belastning og en del av stadig økende "byråkrati" som tar av tida som pasientene burde fått. Forslag til norsk psykiatrilov, NOU 2011/9, foreslår at Kontrollkomisjonen skal søkes om forlengelse av TPH/TUD hver 3. måned, uansett når i behandlingsforløpet pasienten befinner seg. Økt rettssikkerhet og kontroll av utøvd tvang er viktig og riktig, men etter en viss tid under TUD kan søknad hver 3. måned komme til å virke mot sin hensikt. Pasientens rett til hjelp kan bli svekket om TUD opphører ved at arbeidskrevende formalia ikke blir fulgt opp så lenge som pasientens beste skulle tilsi.

Mer kontroll gir ikke nødvendigvis bedre kvalitet, og det finnes heller ingen guidelines, skjema og behandlingsformer som gjør psykosebehandling mulig

uten at TIDEN blir en individuelt helt avgjørende faktor. Det sies at TUD øker både i Norge og sammenlignbare land. I Hedmark er det en markant økning av TUD de 2 siste årene. Årsakene kan være forskjellige. En samtidig omorganisering til færre akuttplaser på sykehusnivå kan ha betydd noe. Om dette er en god eller dårlig utvikling gjenstår å se.

Diskusjon

Mennesker med alvorlig psykisk sykdom har rett på tidlig og god hjelp. Tvang er et "nå ble det for sent" fenomen, og TUD sier stort sett "at dette ble ALT for sent". De fleste under TUD er i alderen 35 til 55 år, og ingen er under 25. Det er uverdlig å måtte lide under psykoser i flere tiår og gå gjennom kriser, innleggelses og kortvarig tvang mange ganger før det blir etablert en virksom ramme for behandling. Faren for kronisk sykdom og svikt i evnen til å leve selvstendig øker for hvert tilbakefall. Ukontrollert drop-out av medisinering øker faren betydelig. Belastningen på familiene blir stor og øker med stadig mer samtidig rusmisbruk.

Materialet viser en forskjell i stabilitet under TUD og etter opphevet TUD som man bør merke seg. Mange tilsvarende pasienter med lang sykehistorie kommer også til gjentatte akuttinnleggelses uten å ha fått den muligheten TUD kan gi. Hvem bør aldri ut av en trygg ramme? Bør rettspraksis vike for etikk?

Denne artikkelen reiser mange spørsmål og gir kanskje noen svar. Man kan ikke entydig si at det er riktig at det er så lave tall for TUD i Hedmark, og kanskje er det for lite TPH, og TPH er en forutsetning for TUD. Høy alder ved TUD og ingen TUD under 25 år, kan tyde på at mange går lenge uten god hjelp. Klinikk, juss og etikk må vise vei for at flere kan få hjelp til rett tid.

Når sykdommen har utviklet seg lenge, er det nærliggende å regne stabilitet uten tilbakefall med angst, tvang og år i sykehuset som en suksessfaktor. Å utvikle bedre evne til egenomsorg og selvstendighet og

trygghet ved forutsigbarhet er mer realistisk enn høy grad av integrering utover tilrettelagt nettverk.

Overser miljøterapiens betydning

Det er viktig å flagge bedringsalternativet i behandlingskriteriet i PHVL høyt under TUD. Ved psykosesykdommer er funksjon og trivsel avgjørende mål for bedring. Det må ikke bli slik at kriteriet "utsikt til vesentlig bedring" ikke gjelder lenger om bedringen av de klassiske psykosesymptomene stopper opp. Psykosesymptomer som påvirker atferden lite trenger ikke hindre en positiv utvikling. Mange leve bra med både vrangforestillinger og hallusinasjoner innen visse grenser.

Farekriteriet inkluderer foruten alvorlig fare for egen helbred også alvorlig overlast, et begrep som ble tatt ut av PHVL fra 2001. Ved ukontrollert opphør av medisin og annen hjelp er det ofte stor fare for at slike tilstander oppstår. Manglende innsikt eller begrenset innsikt ved samtidig rusavhengighet eller sterk ambivalens utgjør naturlige årsaker til farlig svikt i egenomsorg. Tvang oppleves ikke alltid positivt, slik at mulige alternativer må belyses nøye hos de som kjenner seg belastet. Noen ganger skal man "ta sjansen", og pasientens egne ressurser kan være større enn vi aner. Det er mulig å planlegge dette ved god kriseplan og god og ønsket hjelp i nærmiljøet.

Relasjon i terapirommet, under fire øyne eller i gruppe er høyt verdsatt og omtales som "terapi", slik at man kan tro at annen behandling ikke kan være like god eller bedre. Et spørsmål å stille i den sammenheng er hvorfor betydningen av miljøterapiens virksomme relasjoner i sykehus ikke er mer framhevet under kommunal hjelp og hjemme? Bedre hjelp hjemme kan forkorte innleggelse, men kanskje blir da noe mer TUD riktig. ■

KONKLUSJON

Den lave forekomsten av tvunget psykisk helsevern i Sykehuset Innlandets opptaksområde gjennom årene forklares ikke av særegenheter i befolkningen. Artikkelen beskriver noe sider av psykiatrien i Hedmark som vi har oppfattet som virksomme i behandling. Det er mye som tyder på at mennesker med langvarig psykosesykdom som har utviklet vedvarende symptomer og funksjonssvikt får et bedre liv og nye muligheter når de får effektiv hjelp til å hindre skadelig tilbakefall. Noen ganger må tvang til for å få dette til, men med individet i sentrum er det mye som kan gjøres for at tvangen skal oppleves lite belastende.

Det er tilsvarende lav forekomst av tvang i Oppland, der befolkning og geografi er tilsvarende. Siden organiseringen har vært en annen, så reiser dette nye viktige spørsmål å gå videre på. "Tiden leger (nesten) alle sår", bare hverdagen er meningsfull og trygg, uten plagsomme bivirkninger, og bygger håp og gir gode følelser.

Nytt om NU!

Nr 1/2010

Höga ambitioner och fortsatt dialog



Tanken bakom NU!-projektet var att arbeta integrerat gentemot hälso- och sjukvård och socialtjänst, efter-

som personer med psykiska funktionshinder ofta är i behov av insatser från båda håll. NU!-projektet har arbetat framgångsrikt med detta och vår ambitionsnivå när det gäller psykiatrifrågorna kommer att vara minst lika hög som tidigare, vi ska vara aktiva och uppträda samordnat gentemot kommuner och landsting.

Förändringen av organisationen har två huvudsyften, varav det ena just är att arbeta mer integrerat gentemot sjukvård och socialtjänst. Det andra är att använda våra verktyg, dvs tillsyn, normering, uppföljning/utvärdering och kunskapsstyrning, mer samlat. För att skapa en bättre helhetssyn sker även tillsynen av sjukvård och socialtjänst integrerat sedan årsskiftet och vi kommer att satsa på ökad uppföljning och utvärdering. För vi måste hela tiden fråga oss vad som är en god psykiatrisk vård och en bra socialtjänst. Och i det arbetet är det viktigare än någonsin att ha en bra dialog med dem som berörs, bli företrädare för brukar-, patient- och anhörigorganisationerna.

Håkan Ceder

Ny organisation och samlad strategi

NU!-projektet avslutades vid årsskiftet och psykiatrifrågorna har nu fördelats på de fyra sakavdelningarna i Socialstyrelsens nya organisation.



Anders Printz

– Utmaningen blir att kunna driva detta som en helhet utåt, säger Anders Printz, som är chef för avdelningen regler och tillstånd, den avdelning som har ett

samordningsansvar för dessa frågor.

Denna avdelning för regler och tillstånd kommer att ha ansvar för hanteringen av statsbidrag samt hålla i kommunikationen om länskonferenser och länskontaktpersoner. Dessutom finns här de områden som rör juridiska spörsmål när det gäller psykiatrifrågor samt tvångsvård. Aktuellt är till exempel ett meddelandeblad om samverkan.

– Inom avdelningen kunskap bedrivs arbetet med riktlinjer, förklarar Anders Printz, och under 2010 kommer nya nationella riktlinjer om schizofreni, depression och ångest. Här finns också frågor som rör vägledning, kunskaps-tillämpning och sakkunskapsstöd.

Statistik och utvärdering är namnet på den tredje sakavdelningen och här ligger ansvaret för uppföljningsrapporter. Till exempel pågår arbete med uppföljning av den nya vårdformen, där slutrapporten kommer den 31 juli.

Slutligen bedrivs all tillsyn över psykiatri och socialtjänst inom avdelningen tillsyn.

Bo Lindblom, vid Socialstyrelsens GD-stab, berättar lite om det interna arbete



Bo Lindblom

som just nu pågår med att ta fram en samlad och långsiktig strategi för hela området psykisk hälsa.

– Tanken är att den strategin ska vara vägledande för hur vi ska bedriva vår verksamhet och att den ska ligga till grund för verksamhetsplaneringsdirektiven för åren 2011–2013.

Utvecklingsstödande roll

När det gäller området psykisk hälsa så har Socialstyrelsen en specifik utvecklingsstödande roll, berättar Bo Lindblom, och till detta har särskilda medel avsatts under flera år.

– Att vi ska ha denna utvecklingsstödande funktion, det är inte något nytt, fortsätter han, frågan är hur vi ska genomföra detta. Så man kan säga att vi i vårt strategiska arbete både ägnar oss åt kritisk reflektion och försöker lyfta blicken framåt.

– Men som det är nu så vet vi för lite, konstaterar Bo Lindblom, vi behöver med hjälp av bland annat olika datakällor, intervjuer och fältstudier följa upp och rapportera om tillståndet när det gäller psykisk hälsa. Det är viktigt att vi följer upp hur våra insatser uppfattas ute i landet, och det är viktigt att dessa insatser också innebär skillnad för den enskilde.

Uppföljning av nya vårdformen

Den nya vårdformen inom den psykiatriska tvångsvården håller nu på att följas upp i en större studie. Nina Frohm, som leder arbetet på Socialstyrelsen, har till en början gått igenom nästan 3.000 länsrättsdomar för att bland annat se vilka villkor som är förknippade med besluten om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.

– Genom att titta på domarna där överläkare inom psykiatri har ansökt om att patienter ska få vårdas enligt den nya vårdformen, kan vi få mycket bakgrundsinformation om hur vi ska följa upp vårdformen, säger hon.

Men genomgången hittills visar att domarna är mycket skiftande och inte alltid lämnar information om förutsättningar för besluten, menar hon.

– Domarna är offentliga handlingar och en del länsrätter väljer att skriva väldigt lite eller inget alls, till exempel om patienten har deltagit i besluten eller om det finns en gemensam vårdplan. Andra domar är mycket detaljerade.

– En jurist granskar nu 350 slumpmässigt utvalda domar för 350 patienter, fortsätter Nina Frohm. Stämmer innehållet i domen med den rubrik som är satt, är innehållet i domarna uppfyllda ur ett juridiskt perspektiv

och är de särskilda villkoren förenliga med de lagar som finns på området?

Socialstyrelsen har också begärt in den samordnade vårdplanen för de 350 personerna i urvalsgruppen, det vill säga personer som har en pågående öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

– Susanne Rolfner Suvanto och Mårten Gerle här på Socialstyrelsen



Nina Frohm

kommer att studera planernas innehåll och kvalitet, säger Nina Frohm. Vilken vårdplan gäller det, vilka är skälen till att en vårdplan inte finns, hur ser behovet av insatser ut, vem ska ansvara för insatserna och är planen underskriven av både kommuner och landsting?

De samordnade vårdplanerna är en förutsättning för beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.

Den översiktliga genomgång som hon själv har gjort av domarna visar att de särskilda villkoren för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård kan skilja sig åt en hel del.

– Det gäller allt från följsamhet i medicinering till att patienten inte får lämna sitt boende utan att personalen

är med, att han eller hon måste vara tillgänglig 24 timmar om dygnet, inte får uppträda hotfullt, inte får umgås med missbrukare med mera, säger hon. Det är ett observandum. Innebär de särskilda villkoren för öppen psykiatrisk tvångsvård i praktiken mer tvång än vanlig tvångsvård?

Parallellt med uppföljningen av den nya vårdformen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården kommer Socialstyrelsen att göra en utvärdering av hur kommunerna har byggt upp insatser för de patienter som får del av den nya vårdformen. Finns det strukturer i samarbetet? Vilka insatser får patienterna och vilken utbildning har personalen som kommer i kontakt med de aktuella patienterna? Den utvärderingen kommer att presenteras under 2011.

Under våren kommer Socialstyrelsen även att göra intervjuer med patienter och anhöriga om deras erfarenheter av den nya vårdformen. Även dessa resultat kommer att presenteras i en rapport nästa år.

Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens insatser kommer att presenteras den 1 juli.

Behandling av psykiska besvär bland äldre

I slutet av förra året presenterade Socialstyrelsen en kunskapsöversikt om psykologisk behandling av psykiska besvär hos äldre. Den visar att det finns ett bra vetenskapligt stöd för behandling av depression, ångestbesvär och sömnproblem hos yngre äldre (65-79 år). Däremot saknas det undersökningar om hur psykologiska behandlingar fungerar för personer som är äldre än så.

Läs mer:

Visa vägen-konferens i Skåne

Under våren kommer det att genomföras ytterligare två Visa vägen-konferenser om inflytande för brukare och närstående inom psykiatri i kommuner och landsting. Det grundläggande

syftet med konferenserna är att sprida kunskap, inspirera, förmedla hopp och ge utrymme till möten och dialog kring inflytandefrågor.

Konferensen i Skåne hålls den 1 juni. Även i Jönköping kommer det att hållas en motsvarande konferens under våren. Vi återkommer med närmare uppgifter om tid och plats.

Konferens om attityder

”Tillställning om inställning” är en konferens om attityder som äger rum i Stockholm den 23 april. Arrangör är Socialpsykiatriskt forum i samarbete med Handisam, NSPH, Hjälpmedelsinstitutet och SKL.

Anmälan görs senast den 19 mars.

Läs mer:

Du kan prenumerera på Nytt om NU! på www.socialstyrelsen.se/nyhetsbrev/prenumerationnu

Redaktörer: *Margareta Andersson* och *Sara Bergqvist Månsson*, Kapitel 2 Text & Form
Ansvarig utgivare: *Anders Printz*
Artikelnr: 2010-3-17
Sättning: *Edita Västra Aros mars 2010*

Kontaktperson: *Susanne Rolfner Suvanto*
E-post: susanne.rolfnersuvanto@socialstyrelsen.se
Telefon: 075-247 36 87
Webbplats: www.socialstyrelsen.se/psyiskhalsa
Telefon: 075-247 30 00 (växel)

 **Socialstyrelsen**

Program ▶ Nasjonal konferanse

Den 4. konferansen om tvang i psykisk helsevern:

Menneskerettigheter, **tvang** og etikk

Hamar ▶ **23. og 24. november 2011**

VELKOMMEN

Juss og klinikk i psykisk helsevern møtes på den store årlige nasjonale konferansen om menneskerettigheter, TVANG og etikk, «Hamarkonferansen». I år arrangeres den for 4. gang. Konferansens program utarbeides i nært samarbeid mellom viktige aktører i feltet og tilpasses et bredt publikum. Om du skal vedta lover, bevilge penger, forvalte tjenesten, utøve tvangen, etterprøve den eller på annen måte er berørt eller engasjert, så har konferansen noe å by på. Vi har parallelle foredrag for særskilte grupper av deltakere. Miljøterapi er tema hvert år, og vi presenterer funn og forskning som gir et blikk inn i klinikken.

Vi håper særlig at mange som forvalter og kontrollerer tvang i psykisk helsevern finner at konferansen er viktig og nyttig for dem. Spesialister i psykiatri og psykologi har ansvar for å vedta tvang. Jurister og medlemmer av kontrollkomisjonene tolker Psykisk helsevernloven og kontrollerer at tvang utøves etter lovens intensjon.

I 2011 ønsker konferansen å tydeliggjøre alvoret ved «dobbeldiagnose», samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Diagnosen «rusutløst psykose» settes ofte uten adekvat utredning, og dette kan bli gjentatt ved flere innleggelser. Andelen av yngre pasienter i psykisk helsevern som har alvorlig rusmisbruk øker stadig, og det er hos ungdom og unge voksne at psykisk sykdom oftest forekommer. Psykisk sykdom generelt debuterer før fylte 25 år i 75 prosent av tilfellene. Konferansen omtaler hvordan psykisk sykdom, rus og problematferd hos ungdom innebærer tvang etter flere lovverk, herunder straffereaksjoner.

Programmet vil vekse mellom plenumsforedrag og et utvalg «work-shops» hvor de mange aspekter og interesser i feltet blir berørt. Under parolen «tvang uten hjelp er uetisk» og «nødvendig tvang skal gis i tide», inviterer vi deltagere til refleksjon og diskusjon.

Med gode evalueringer av mangfoldig faglig innhold og god gjennomføring tre år på rad våger vi ubeskjedent å oppfordre til deltakelse. Velkommen til Hamar.



Morten Lang-Ree
administrerende direktør
Sykehuset Innlandet HF



Tone Skjerven
leder av Norsk psykiatrisk forening

Nasjonal konferanse

Hamar 23.–24. november

Hjelp eller ikke hjelp, det vanskelige vedtaket

– og rus som kompliserende faktor

KONFERANSEN ARRANGERES AV:



Sykehuset Innlandet HF



Norsk psykiatrisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

I SAMARBEID MED:



Norsk barne- og ungdoms-
psykiatrisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



PSYKOLOG
FORENING



MENTAL HELSE



LPP

Verdighet - Omsorg - Løsninger



RÅDET FOR PSYKISK HELSE

PROGRAM ONSDAG 23. NOVEMBER

TEMA: JUSSEN I MØTE MED PASIENTEN

Ordstyrer: *Jørgen Brabrand, psykiater*

- 0800 Registrering
- 0900 Kulturinnslag
- 0910 **Velkommen**
- 0915 **Åpning**
▶ *Inge Lønning, leder av Stortingets menneskerettighetsutvalg*
- 0930 **Lik rett til frihet og til tvang. Hva kan problemene være?**
▶ *Karl Henrik Melle, avdelingsoverlege, Brøset*
- 1000 **Rettsikkerhet ved tvang**
▶ *Reidun Lauvstad, leder av kontrollkommisjon*
- 1030 Pause
- 1050 **Fra etikk og menneskerettigheter til lov og forskrift – lovutvalgets forslag til endringer i psykisk helsevernloven** ▶ *Kari Paulsrud, jurist, leder av lovutvalget*
- 1200 Lunsj
- 1300 **Mer omsorg – mindre tvang?**
▶ *Reidun Norvoll, sykepleier, Dr. polit. Cand. sociol*
- 1330 **Psykose som utviklingsvei**
▶ *Jan Magne Sørensen, erfaringsformidler, leder av brukerorganisasjonen Hvite Ørn*
- 1350 **Workshop sesjoner (se egne sider)**
- 1630 Programmet slutt for dagen
- 1845 Mottakelse
- 1900 Underholdning
- 1930 Middag

WORKSHOP SESJONER ONSDAG 23. NOVEMBER

A: Psykologiske krefter, fra motstand til fremgang

▶ *Gruppeleder: Anette Aanerud, kunstner og pedagog, Sykehuset Innlandet*

- 1400 **Eksistens og HÅP, vår iboende kraft**
▶ *Olav Nordengen, Sykehusprest, Sykehuset Innlandet Reinsvoll*
- 1415 **Relasjon og HÅP, den virksomme terapi**
▶ *Jørgen Rygh, Modum Bad*
- 1430 Gruppearbeid:
Gode følelser og HÅP, hvordan skape endring?
- 1500 **Fremlegg fra grupper, diskusjon**
- 1530 Pause
- 1545 **«Etterord» – kommentar**
- 1630 Programmet avsluttes

B: Holdning. Erfaringer i forbedringsarbeidet

▶ *Gruppeleder: Bjørn Stensrud, spesialkonsulent, Sykehuset Innlandet Sanderud*

- 1400 **Vi vet hva vi ikke vil ha, men er alternativene bedre**
▶ *Karl Henrik Melle, avd.overlege St.Olav, Brøset*
- 1415 **Kritikkverdige, men hva var svaret?**
▶ *Dag Øyvind Antonsen, erfaringsformidler, Trondheim*
- 1430 Gruppearbeid:
Endringsarbeid i klinikken
- 1500 **Fremlegg fra grupper, diskusjon**
- 1530 Pause
- 1545 **Kommentar. Hva skal til for endring?**
▶ *Anne Grethe Terjesen, leder i LPP*
- 1630 Programmet avsluttes

WORKSHOP SESJONER ONSDAG 23. NOVEMBER

C: Forskning og epidemiologi

▶ *Gruppeleder: Torfinn Hynnekleiv, overlege, Sykehuset Innlandet Reinsvoll*

- 1400 **Hva fører til tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske mottaksposter?**
▶ *Kjetil Hustoft, forsker, overlege, akuttavd Stavanger Universitetssykehus*
- 1415 **Tvunget vern uten døgnsorg. Effekt av tid og trygghet i langtidsbehandling**
▶ *Terje Vestheim, overlege, Sykehuset Innlandet Sanderud*
- 1430 Gruppearbeid:
- 1500 **Fremlegg fra grupper, diskusjon**
- 1530 Pause
- 1545 **Bør tvunget vern opphøre?**
▶ *Grethe Horn Mathismoen, pårørende*
- 1630 Programmet avsluttes

D: Miljøterapi. Foredrag og diskusjon

▶ *Gruppeleder: Målfrid J. Frahm Jensen, innleder*

- 1400 **Trygge ansatte gir trygge pasienter. Hvorfor virker TMA?**
(TMA = terapeutisk mestring av aggresjon)
▶ *Jan Terje Omdal, TMA-konsulent og Rolf Haaland, begge SUS.A psykiatrisk divisjon*
- 1430 Gruppearbeid:
- 1500 **Fremlegg fra grupper, diskusjon**
- 1530 Pause
- 1545 **Samtalen etterpå**
▶ *Jan Terje Omdal*
- 1630 Programmet avsluttes

PROGRAM TORSDAG 24. NOVEMBER

TEMA: RUS OG UNGE

Ordstyrer: *Bjarte Sælvik, psykiatrisk sykepleier, Time kommune Jæren*

- 0830 **Dikt for dagen**
- 0840 **Om hovedkriteriet, der samtykkekompetanse avveies mot alvorlig psykisk lidelse**
▶ *Marit Bjartveit, avdelingsoverlege, Oslo Universitetssykehus*
- 0930 **Hva er viktig for rusmisbrukere?**
▶ *Jon Storaas, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*
- 1000 Pause med utsjekking
- 1030 **Hva vil vi med psykisk helsevern?**
▶ *Grethe Horn Mathismoen, pårørende*
- 1050 **Sykdom, atferd og rus hos mindreårige. Tvang i BUP og barnevern.**
▶ *Øystein Grov, barnepsykiater, Betanien BUP i Bergen*
- 1120 **Tvangsinnleggelse av pasienter med førstegangpsykose som misbruker rusmidler**
▶ *Inge Joa, psykiatrisk sykepleier, psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssykehus*
- 1140 **Hjelp eller ikke hjelp, det avgjørende vedtaket**
▶ *Kjetil Kaasin, psykologspesialist og Anders Rønjom, seksjonsoverlege, akuttpsykiatrisk avdeling, Sykehuset i Telemark*
- 1210 Lunsj
- Ordstyrer: *Målfrid J. Frahm Jensen*
- 1310 **Ruslidelser og prioritering, hvorfor når vi ikke frem?**
▶ *Karl John Amdahl, leder LMS Innherred*
- 1340 **Kan det være bare rusproblemer?**
▶ *Anne Landheim, sosiolog, forsker, dr philos, KoRus-Øst*
- 1410 **Må vi ha tvang – hva med barn, unge og rus?**
▶ *Anne Grethe Klunderud, leder Mental Helse*
- 1440 **Apell**
▶ *Hege Helene Bakke, rådgiver i Rådet for psykisk helse*
- 1500 **Takk for nå, og velkommen tilbake!**
▶ *Terje Vestheim, leder av programkomiteen*

Det tas forbehold om endringer i programmet.

FORELESERNE

Anette Aanerud

Er utdannet kunstner og pedagog og har en utdannelse i biografiarbeid, kunstterapi og gestaltterapi. For tiden jobber hun kunstterapeutisk med pasienter individuell i psykoserehabilitering ved Sykehuset Innlandet, divisjon Psykisk helsevern og har to terapigrupper på Blaarud.

Karl John Amdahl

Medlem i Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) siden 1998. Jobbet mye lokalt de første årene med informasjon til foreldre om narkotika. Sittet i sentralstyret i LMS siden 2003, styreleder siste fem år. Har vært leder i brukerutvalget i Rusbehandling Midt-Norge HF i seks år. Sitter i dag også som fast medlem i Kontrollkommissjonen ved Sykehuset Levanger på tredje året.

Dag Øyvind Antonsen

Har hatt pasientrolle i psykisk helsevern og kommunal oppfølging. Er engasjert i brukermedvirkning i flere sammenhenger.

Hege Helene Bakke

Rådgiver i Rådet for psykisk helse og prosjektleder for «Frivillighet før tvang», et prosjekt med formål å øke frivilligheten og bidra omfanget av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern ved å stimulere til konkretisering og iverksetting av lokale tiltak.

Marit Bjartveit

Avdelingsoverlege Oslo Universitetssykehus. Psykiater. Tidligere avdelingsoverlege ved sykehuset i Levanger, og forsker knyttet til helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT. Har ledet omorganiseringen av akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål etter «trikkedrapet».

Jørgen Brabrand

Privatpraktiserende psykiater, tidligere ass. divisjonsdirektør, divisjon Psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet. Overlege ved Sanderud sykehus en rekke år. Diplomert gruppeanalytiker.

Målfrid J. Frahm Jensen

Har mange års erfaring fra somatisk og psykisk helsefelt både som pasient, pårørende, tillitsvalgt og ansatt. Har gitt ut fire diktsamlinger, en kunst- og fødselsdagskalender, er medforfatter i

en rekke fagbøker og hefter. Ansatt som Erfaringskonsulent ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) Psykiatrisk divisjon, UoF-avdelingen. Engasjert i Mental Helse. Utdannet hjelpepleier.

Øystein Grov

Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Overlege ved Betanien BUP i Bergen. Jobber vesentlig med almenpsykiatriske problemstillinger i barne- og ungdomspsykiatri, men er assosiert til gruppen ved Betanien BUP som jobber med utredning og behandlingstilbud for barn og ungdom som forgriper seg seksuelt. Kontaktperson for nylig opprettet rettspsykiatrisk interessegruppe i norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.

Rolf Haaland

Leder av Sandnes DPS. Har mange års erfaring som leder av ulike enheter innen psykisk helsevern. Har arbeidet med forebygging av aggresjonsproblematikk og voldshåndtering siden 1990. Utdannet psykiatrisk sykepleier.

Grethe Horn Mathismoen

Har vært kontrollkommissjonsmedlem i ti år, med spesielt engasjement ved Regional sikkerhetsavdeling Dikemark. Hun er pårørende, medlem av LPP, er journalist, har vært informasjonssjef både i Helsedirektoratet og på Rikshospitalet.

Kjetil Hustoft

Avdelingsoverlege ved Spesialavdeling for voksne, Psykiatrisk divisjon, Stavanger Universitetssykehus. Master of Public Health fra University of Texas, USA. Universitetslektor ved Universitetet i Bergen, det medisinske og odontologiske fakultet. Medlem i regjeringsoppnevnt utvalg: Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten – Hagenutvalget. Norges Offentlige utredninger 2003:1. Har i 2008/2009 deltatt i Helsedirektoratets arbeidsgruppe om Behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven og gjennomgang av tiltaksplanen (IS -1370).

Torleif Hynnekleiv

Overlege Avd. for akutt- og korttidsavd, SI Reinsvoll, herunder FoU-leder. Forsker innenfor blant annet genetikk, epidemiologi og akuttpsykiatri inkl. tvang

FORELESERNE

Inge Joa

er utdannet psykiatrisk sykepleier, har hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Bergen. Han har jobbet med tidlig intervensjon ved psykose i TIPS studien siden 1997 og disputerte til PhD graden våren 2010 for et arbeid knyttet til å undersøke effekt av informasjonskampanjer i forhold til å redusere varighet av ubehandlet psykose. PhD, leder av TIPS-regionalt nettverk klinisk psykoseforskning Helse Vest, Stavanger Universitetssykehus, psykiatrisk divisjon.

Kjetil Kaasin

Psykologspesialist ved sykehuset i Telemark

Anne Grethe Klunderud

Landsleder i Mental Helse siden 2006, styremedlem i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, utdannet vernepleier. Ofte brukt som foredragsholder og kursleder.

Anne Landheim

Ansatt som seniorrådgiver og forsker ved Kompetansesenter rus Region øst (KoRus-Øst) og som fungerende leder ved Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose. Er utdannet sosiolog og doktorgrad fra medisinsk fakultet, UIO om psykiske lidelser blant personer med rusavhengighet. Er for tiden involvert i evalueringen av ACT-team i Norge. Har deltatt i arbeidsgruppen som har utarbeidet Nasjonal faglig retningslinje for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse.

Reidun Lauvstad

Advokat og leder for en kontrollkomisjon. Har tidligere vært medlem av utvalg som har evaluert behandlingstvilkåret i PHVL. Deltok i 2008/09 i Helsedirektoratets arbeidsgruppe om Behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven og gjennomgang av tiltaksplanen (IS-1370).

Inge Lønning

Leder siden 2009 i Stortingets Menneskerettighetsutvalg, som har fått i oppdrag å vurdere menneskerettighetenes stilling i Grunnloven og fremme forslag til grunnlovsendringer som Stortinget kan ta stilling til i forbindelse med feiringen av 200års-jubileet for Grunnloven i 2014. Har vært professor i teologi ved Universitetet i

Oslo siden 1971 og var universitetets rektor 1985–92. Stortingsrepresentant for Oslo i tre perioder (1997–2009), derav en periode som medlem av Helse- og omsorgskomiteen og helsepolitisk talsmann for Høyre. Lagtingspresident 2005–2009. Har ledet en rekke offentlige utredninger om etiske og helsepolitiske spørsmål, bl.a. om prioriteringer i norsk helsevesen (1987 og 1997) og omsorg for alvorlig syke og døende (1984).

Karl Henrik Melle

Avdelingsjef ved St. Olavs hospital, Psykisk helsevern avd. Brøset. Spesialist i psykiatri.

Olav Nordengen

Har jobbet innen Psykisk Helsevern som sykehusprest i 23 år. Er videregående pastoralklinisk utdannet fra Aker Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Mentor, Diakonissehuset. Senere gruppepsykoterapeut fra Institutt for Gruppeanalyse. Vært medlem i Klinisk etisk komité for Divisjon Psykisk Helsevern i Sykehuset Innlandet i seks år.

Reidun Norvoll

Arbeider som seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet. Utdannet sykepleier og sosiolog med doktorgradsavhandling i sosiologi om skjerming i akuttposter. Har mange års erfaring med psykisk helsefeltet, både fra praksisfeltet, helseforvaltningen og som forsker. I de senere årene har hun arbeidet mye med spørsmål i tilknytning til tvang og alternativer til tvang, herunder prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang» (BAT-prosjektet).

Jan Terje Omdal

TMA (Terapeutisk mestring av aggresjonsproblematikk) konsulent, SUS psykiatrisk divisjon. Utdannet vernepleier og pastor. Har lang erfaring fra allmenn-, rus- og akuttpsykiatri. Forelest i New York og Vancouver om TMA. Underviser og veileder ukentlig i TMA ved psykiatrisk divisjon.

FORELESERNE

Kari Paulsrud

Utdannet barnevernspedagog og advokat. Politisk rådgiver og statssekretær 1992–1997. Egen advokatpraksis i Advokatkollegiet Kindem & co. Leder av lovutvalget oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for gjennomgang av tvangsreglene i lov om psykisk helsevern – NOU 2011: 9.

Jørgen Rygh

Spesialist i indremedisin, med fartstid fra ulike sykehusavdelinger i Oslo-regionen. Har arbeidet som spesiallege i Statens helsetilsyn og senere som ass. fylkeslege hos Fylkeslegen i Oslo. Arbeider nå som spesialist i psykiatri og overlege ved Modum bad Klinikken, avdeling Vita.

Anders Rønjom

Seksjonsoverlege akuttpsykiatrisk avdeling Sykehuset i Telemark

Tone Skjerven

Leder av Norsk psykiatrisk forening. Spesialist i psykiatri og allmennmedisin. Avdelingsleder i Avdeling for traumebehandling og interpersonlig terapi ved Modum Bad.

Bjørn Stensrud

Er utdannet psykiatrisk sykepleier og har en mastergrad i psykisk helsearbeid. Han har bred klinisk erfaring fra psykosefeltet, og har arbeidet spesielt med å begrunne og utvikle miljøterapi innenfor fagområdet psykisk helsevern. Relasjonelt arbeid og miljøterapi i en utvidet samfunnsforståelse er sentrale arbeidsområder. Arbeider i dag som spesialkonsulent i Sykehuset Innlandet, Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering

Jon Storaas

Daglig leder i RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon. Tidligere virkelighetsfluktavhengig, utdannet sosionom, sosialpedagog og har leder- og administrasjonsutdannelse. Har sittet i en rekke utvalg som berører rusavhengige og psykisk syke, underviser på flere høyskoler, holder foredrag og har kurs for helse og sosialsektoren

Jan-Magne Sørensen

Har erfaring med å bli tvangsbehandlet i psykiatrien. Har hatt diagnosen schizofreni og slitt med paranoide episoder. Fra og med femte gangen har han klart å leve seg igjennom psykosetilstandene uten å måtte ta psykofarmaka. Psykosene har for han ført til mental og åndelig vekst. Har drevet egen virksomhet siden 2003 holdt over 400 kurs og foredrag. Høsten 2008 tok han initiativet til å starte bruker- og interesseorganisasjonen Hvite Ørn og har siden det ledet denne.

Bjarte Sælvik

Psykiatrisk sykepleier. Har arbeidet i psykiatrisk institusjon i 15 år, hvorav 7 år ved Jæren DPS hvor han blant annet var med på å utvikle tilbudet med «brukerstyrte senger». Har undervist og forelest på dette temaet de siste årene, og bidratt i etablering av lignende tilbud flere steder i landet. De siste 3 årene har han arbeidet som leder for avd. psykisk helse og rusvern i Time kommune på Jæren. Medlem av landstyret i NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere.

Anne-Grethe Terjesen

Styreleder for Landsforeningen for pårørende psykisk helse(LPP). Jobber for å belyse pårørendes rolle og «reell brukervedvirkning» i behandlingsapparatet. Er blant annet leder av Brukerrådet for klinikken for psykisk helse og avhengighet i Oslo Universitetssykehus. Hun har leder utdanning fra Forsvaret, er driftsøkonom og vernepleier.

Terje Vestheim

Terje Vestheim er psykiater ved Sykehuset Innlandet, Sanderud med mangeårig erfaring fra psykosebehandling og rehabilitering og tidligere spesialist i allmennmedisin. Han er medlem av styret i Norsk psykiatrisk forening og engasjert i arbeidet for optimalisert bruk av tvang og styrets representant og leder i konferansens programkomite på 4. året. Han deltar i studiene på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, TUD, som koordineres ved forskningsnettverket ved UIT.

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Påmeldingsfrist: 15. oktober

Påmelding og betalingsinformasjon

- ▶ Påmeldingen gjøres elektronisk på:
www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/psykisk-helsevern/tvangskonferansen/Sider/side.aspx
- ▶ Påmeldingen er bindende og er gyldig når betaling er registrert hos oss. Faktura blir sendt ut når påmeldingsfristen er ute 15. oktober.
- ▶ Overnatting er inkludert i kursavgiften. NB! Dersom behov for flere netter enn oppgitte alternativer, må deltaker selv ta kontakt med hotellet for bestilling, og betale dette ved utsjekking
- ▶ Service fra hotellet utover dette må betales av deltakeren selv. Eksempel: minibar/bar, bestilling av mat utenom måltider som er oppgitt i programmet etc.

Kontaktinformasjon

Spørsmål vedrørende konferansen kan rettes til:

- ▶ E-post: tvang@sykehuset-innlandet.no

Hotellet

Scandic Hamar
Vangsveien 121, 2318 Hamar
Telefon +47 21 61 40 00
E-post: hamar@scandichotels.com
www.scandichotels.no

Transport

- ▶ *Rutetider NSB:*
Telefon 815 00 888 eller www.nsb.no
- ▶ *Taxi Hamar:*
Telefon 03650

Parkering

De som bor på hotellet får gratis parkering. Parkeringsbevis hentes i resepsjon.

Aktuelle lenker

www.sykehuset-innlandet.no
www.nsf.no
www.norskspsykiatriskforening.no
www.legeforeningen.no
www.psykol.no
www.mentalhelse.no
www.lpp.no
www.psykiskhelse.no
www.hamar.kommune.no

GODKJENNINGER

Allmennedisin: Godkjennes med 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i psykiatri til videre- og etterutdanningen.

Samfunnsmedisin: Godkjennes med 15 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning

Barne- og ungdomspsykiatri: Godkjennes med 12 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning.

Psykiatri: Godkjennes med 13 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning.

NSF: Godkjent som meritterende for godkjenning til klinisk spesialitet i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 13 timer.

Norsk Psykologforening: Godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 13 timer.

PRISER

	Påmelding INNEN 15.10.2011		Påmelding ETTER 15.10.2011	
	Medl. brukerorg./ Ansatte i SI		Medl. brukerorg./ Ansatte i SI	
Påmelding kun onsdag 23.11.				
Påmelding kun torsdag 24.11.				
Kun dagpakke (inkl. lunsj og pausemat)	Kr 1600	Kr 1100	Kr 2000	Kr 1500
Kursavgift inkl. full pensjon, enkeltrom	Kr 2900	Kr 2400	Kr 3300	Kr 2700
Kursavgift inkl. full pensjon, dobbeltrom	Kr 2775	Kr 2275	Kr 3175	Kr 2575
Påmelding både 23. og 24.11.				
Kun dagpakker (inkl. lunsj og pausemat)	Kr 2300	Kr 1800	Kr 2700	Kr 2100
Kursavgift inkl. overnatting i enkeltrom	Kr 3625	Kr 3125	Kr 4025	Kr 3425
Kursavgift inkl. overnatting i dobbeltrom	Kr 3475	Kr 2975	Kr 3875	Kr 3275
Middag 23.11. for ikkeboende	Kr 850			
Tilknytningsdøgn 22.–23.11.				
Overnatting enkeltrom	Kr 995			
Overnatting dobbeltrom	Kr 1.095			
Middag 22.11.	Kr 320			

Påmeldingen gjøres elektronisk på:

www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/psykisk-helsevern/tvangskonferansen/Sider/side.aspx