Rett til- Frihet fra

Hamar 26-28 november 2008

Jan Olav Johannessen

Helsepolitisk manifest Npf

Psykisk helsehjelp når DU trenger det!

10-punktsprogram for en bedre psykiatri:

1. Et oppgjør med stigma og fordommer.
2. Psykisk lidelse kan forbygges.
3. Obligatorisk undervisning i psykisk helse i skolen.
4. Tidlig oppdagelse og behandling av alvorlig psykisk lidelse hos unge.
5. Bedre tilgjengelighet og lav terskel.
6. En faglig opptrappingsplan.
7. Sikre og utvide plassen for psykoterapi og andre psykososiale behandlingsformer.
8. Reduksjon av tvangsinnleggelser og tvangsbehandling.
9. Brukermedvirkning i behandlingen. Rett til arbeid.
10. Målet på kvalitet er våre behandlingsresultater og tilfredse pasienter.

Helsepolitisk manifest Npf

8. Reduksjon av tvangsinnleggelser og tvangsbehandling.

Rett til- Frihet fra

1. Menneskerett-perspektivet
2. Filosofisk perspektiv
3. Politisk perspektiv
4. Behandlingsperspektiv
5. Sikkerhetsperspektiv

Rett til- Frihet fra

Er der noen prinsipielle forskjeller mellom somatisk helsevesen og psykisk helsevern, som skulle tilsi et ulikt lovverk? Har vi bruk for en spesiallov for psykisk helsevern

Er der forskjeller i de grunnleggende spørsmål?

-bevissthet

-ivareta egen tarv

Rett til- Frihet fra

1. Menneskerett-perspektivet

Overgrep vs omsorgssvikt

Internasjonalt er det det siste som diskuteres: mangel på tilbud, mangel på inngripen fra samfunnets side

Rett til- Frihet fra

2. Filosofisk perspektiv

Menneskets frie vilje?

Hva er normalt?

Sane-insane?

="vel bevart" ???

"å miste seg selv"

Rett til- Frihet fra

3. Politisk perspektiv

Alenegang vs omsorg for hverandre

Økonomiske konsekvenser

Hvilken type samfunn vil vi ha?

Rett til- Frihet fra

4. Behandlingsperspektiv

Er behandling mulig?

Oppnår vi resultater, hva er sannsynligheten for helbredelse?

”E`dorr någen så bler goe”?

Rett til- Frihet fra

5. Sikkerhetsperspektiv

Farlighetskriteriet:

-for den enkelte pasient

-for samfunnet

Rett til- Frihet fra

Veikryss i beslutningsprosessen rundt tvang:

1. Alvorlig psykisk lidelse/psykose/forvirringstilstand oppstår, i familien og lokalsamfunnet

2. Familie forsøker å håndtere dette, evt sammen med skole, arb.liv, helsevesen i kommunen

3. Familien orker/makter ikke håndtere. Tilstanden forverres.

4. Familien ber lokalt helsevesen gripe inn og overta ansvaret

5. Kommunelege tvangsinnlegger hvis frivillighet ikke oppnås

Rett til- Frihet fra

Veikryss i beslutningsprosessen rundt tvang, forts.:

6.Begjæring om tvangsinnleggelse vurderes av spes i psykiatri

7.K-kommisjonen vurderer spesialistens vurdering

8.Psykolog/psykiater vurderer oppheving av tvangsinnl. løpende

9.Grunnlaget for tvangsbehandling vurderes

10.F-legen kan overprøve behandlingen

Osv., osv

Rett til- Frihet fra

Veikryss i beslutningsprosessen rundt tvang:

Det er altså fremdeles slik at det vanligvis er pårørende og/eller lokalsamfunnet som ber om tvangsinnleggelse. Jfr revisjon av Psykisk helsevernloven hvor dette ansvaret ble overtatt formelt av samfunnsinstitusjoner, med den begrunnelse at det var en for stor belastning for pårørende å stå for dette.

Har denne revisjonen medført en utydeliggjøring av de faktiske aktører og interesser i tvangsdebatten, med en forskyvning av fokus over mot ”psykiatrien”?

Rett til- Frihet fra

1. Tvungen observasjon
2. Tvungen innleggelse for behandling
3. Tvungen behandling
4. Andre tvangsreguleringer
5. Tvungen tilbakeholdelse pga fare

Rett til- Frihet fra

Omfanget av tvang:

1. Antall innleggelser
2. Antall personer
3. Antall og art tvangsinngrep/tvangsbehandling

Rett til- Frihet fra

Hva er omfanget av tvang?

- for høyt?
- for lavt?
- passe?

Hva er nivået? 7000 tvangsinnleggelser per år??

For dårlige statistikker!!

Rett til- Frihet fra

Variasjon!

- mellom distrikter i Norge
- mellom stater

Er dette en reell variasjon?

Hvis ja, hva ligger bak tallene?

Rett til- Frihet fra

- Variasjon i sykelighet (jfr storbyer/psykose/rus, by:land=8:1)
- Terskel/tilgjengelighet/kapasitet i kommune og spesialisthelsetj.
- Struktur by-land, legevakt vs fastlege
- Variasjon i lovverk
- Variasjon i lovforståelse
- Variasjon i kultur
- Variasjon i arbeidsmetoder/toleranse

Rett til- Frihet fra

- Gjennombruddsprosjekt i 2001:

-Særlig reduksjon i tvanginnleggelser på TvO pga ”ordensproblem” uten tilgrunnliggende mistanke om psykisk lidelse

Stavanger Universitetssjukehus
Periode: 01.01.2008 – 30.09.2008

Tvungen innskriving – kvalitetsindikator

Antall							
	TPH	TU	Totalt		TPH	TU	Totalt
Alle valgte avdelinger	175	133	1928		9,1%	6,9%	*16,0%

*Ullevål 27%

**12-13 innl per 10000 innb per år i Rogaland

Rett til- Frihet fra

Variasjon mellom stater:

-DK vs ICE vs S vs N

(SINTEF-rapporten: lik praksis på tross av forskjellig lovverk)

Er omfanget forskjellig? Lite som tyder på det, men det får vi (kanskje) svaret på neste uke under Hamarkonferansen....

I USA.....

Rett til- Frihet fra

Grunnkriteriet
+
to tilleggskriterier:

1. Farekriteriet
2. Behandlingskriteriet

Rett til- Frihet fra

Behandlingskriteriet angripes, og ønskes fjernet. Hvorfor?

-behandling og overgrep likestilles, ved hjelp av utvalgte eksempler

- uttrykk for en generell antipsykiatrisk holdning

- uttrykk for at man nekter å godta at andre skal bestemme for den det gjelder, uansett forvirrings- eller grad av livsfare (gjelder følgelig grunnkriteriet)

Rett til- Frihet fra

Schizophrenia Bulletin
doi:10.1093/schbul/sbn144

Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis

Olav Nielssen2–4 and Matthew Large1,3
2Clinical Research Unit for Anxiety Disorders, School of Psychiatry, UNSW at St Vincent's Hospital, 299 Forbes Street, Darlinghurst, NSW, 2010, Australia; 3Private Practice, Sydney, Australia; 4Discipline of Psychological Medicine, University of Sydney

Rett til- Frihet fra

The observation that almost half of the homicides committed by people with a psychotic illness occur before initial treatment suggests an increased risk of homicide during the first episode of psychosis. The aim of this study was to estimate the rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment. A systematic search located 10 studies that reported details of all the homicide offenders with a psychotic illness within a known population during a specified period and reported the number of people who had received treatment prior to the offense.

Rett til- Frihet fra

Hence, the rate of homicide in the first episode of psychosis appears to be higher than previously recognized, whereas the annual rate of homicide by patients with schizophrenia after treatment is lower than previous estimates. Earlier treatment of first-episode psychosis might prevent some homicides.

The rate ratio of homicide in the first episode of psychosis in these studies was 15,5 (95% Cl 5 11,0-21,7) times the annual rate of homicide after treatment for psychosis.

Evidence-Based Mental Health Law: The Case for Legislative Change to Allow Earlier Intervention in Psychotic Illness

Robert Hayes
University of Western Sydney and the Mental Health Research and Training Centre (MHRTC), Australia, Olav Nielssen St Vincent's Hospital, Australi, Daniel Sullivan, Victorian Institute of Forensic Mental Health, Australia, Matthew Large,Private Practice, New South Wales, Kristie Bayliff, University of Western Sydney, Australia

Psychosis is a relatively common and severe mental disorder that results in impaired judgment and reasoning and is associated with an increased incidence of violence in the period before the initiation of treatment.

Studies published since the Mental Health Act 1990 (New South Wales) was enacted have shown that the period before the emergence of acute symptoms (the prodrome) and first episode of illness carries a greatly increased risk of violence. It is also established that the longer-term prognosis is improved by early initiation of treatment.

We believe the New South Wales Mental Health Act should be amended to reflect the scientific evidence of an increased risk of violence in the early stage of illness and the harm arising from delaying treatment. Emerging psychosis should be regarded as a medical emergency and the threshold for compulsory treatment for people in the early phase of psychotic illness should be lower.

Rett til- Frihet fra

Hva skjer hvis man bare opererer med et farekriterium:

1. Pasientene blir sykere før de får hjelp
2. Større grad av selvmordsfare
3. Dårligere prognose
4. Mer omfattende og vanskeligere behandling
5. Pasientene blir farligere
6. Større grad av stigma

Farekriteriet er i seg selv et dårligere kriterium, det har relativt svak prediktiv verdi, og mange som ikke er farlige, vil bli merket som om de var.

me25098 Module 1 Journal of Medical Ethics 21/10/08 10:40:00

Topics:

Law, ethics and medicine

The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts

M M Large,[1] C J Ryan,[2] O B Nielssen,[3] R A Hayes[4]

Rett til- Frihet fra

Farekriteriet alene er uetisk

Rett til- Frihet fra

Holdninger:

Må jobbes med kontinuerlig (og det gjøres...), jfr TMV-arbeid, etikk-kurs, introkurs for nyansatte, spesialistutdanningen

Rett til- Frihet fra

Holdninger:

-husregler
-respekt
-høflighet
-etiske dilemmaer
-konkret tilnærming (TMV)
-alltid søke frivillighet

Helsepolitisk manifest Npf

4. Tidlig oppdagelse og behandling av alvorlig psykisk lidelse hos unge.

Helsepolitisk manifest Npf

5. Bedre tilgjengelighet og lav terskel.

Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Psykisk helsevern

Program ▸ Nasjonal konferanse

Konferanse om tvang i psykisk helsevern:

Menneskerettigheter, **tvang** og etikk

Hamar ▸ **27. og 28. november 2008**

Konferansen er en del av programmet for Sanderud sykehus' 100-års jubileum, og er en forlengelse av «Emnekurs for leger» som arrangeres 26. november.

→ Isolerer seg
→ Snur døgnrytmen
→ Slutter å vaske og stelle seg
→ Forsømmer skole eller jobb
→ Virker deprimert
→ Tydelige humørsvingninger
→ Konsentrasjonsvansker
→ Ekstremt opptatt av temaer som for eksempel døden, politikk og religion

→ Skjønner ikke at en er i ferd med å få en alvorlig psykisk lidelse
→ Grunnløs frykt for at noen spionerer eller vil skade en
→ Grunnløs tro på at viljen blir styrt av TV, djevelen eller andre krefter → Tror at en har magiskeevner → Virker redd → Truer eller skader andre → Truer med å skade seg selv → Bærer våpen

EN LITEN FORANDRING KAN FØRE TIL FLERE OG STØRRE SOM KAN UTLØSE EN ALVORLIG SITUASJON

Heldigvis skjer det sjelden - men likevel for ofte - at psykiske lidelser fører til at noen skader seg selv eller andre. Tvangsinnleggelse og tvangsbehandling brukes for å hindre dette. Mange mener at tvang brukes for ofte - noen få vil si: ikke ofte nok. De fleste alvorlige psykiske lidelser har et forløp; milde symptomer som går over i stadig mer alvorlige symptomer. For å hindre at pasienten blir så fortvilet at vedkommende skader seg selv eller blir en trussel mot andre, må noe gjøres - jo før jo bedre. Det beste for alle, er at behandling settes inn før situasjonen blir alvorlig. En må kontakte helsevesenet mens symptomene ennå er milde. Da er veien til lindring og bedring kortere. Allerede etter noen uker med milde symptomer bør en kontakte lege. Er en bekymret på vegne av andre, kan en for eksempel ringe TIPS. Her møter man fagfolk som gir råd og hjelp for hvordan en skal ta hånd om situasjoner som kan virke vanskelige. TIPS kan også møte pasienter hjemme hvis de ikke vil oppsøke lege selv.

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Psykiatrisk klinikk

TIPS
TIDLIG OPPDAGELSE OG BEHANDLING AV PSYKOSER

51 51 59 59
hverdager 08.00-15.00
tips@sus.no, www.tips-info.com

SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG - DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK

En liten forandring kan føre

til en større forandring

som igjen kan utløse en alvorlig situasjon

Heldigvis skjer det sjelden - men likevel for ofte - at psykiske lidelser fører til at noen skader seg selv eller andre. Tvangsinnleggelse og tvangsbehandling brukes for å hindre dette. Mange mener at tvang brukes for ofte - noen få vil si: ikke ofte nok.

De fleste alvorlige psykiske lidelser har et forløp; milde symptomer som går over i stadig mer alvorlige symptomer. For å hindre at pasienten blir så fortvilet at vedkommende skader seg selv eller blir en trussel mot andre, må noe gjøres - jo før jo bedre.

Det beste for alle, er at behandling settes inn før situasjonen blir alvorlig. En må kontakte helsevesenet mens symptomene ennå er milde. Da er veien til lindring og bedring kortere. Allerede etter noen uker med milde symptomer bør en kontakte lege. Er en bekymret på vegne av andre, kan en for eksempel ringe TIPS. Her møter man fagfolk som gir råd og hjelp for hvordan en skal ta hånd om situasjoner som kan virke vanskelige. TIPS kan også møte pasienter hjemme hvis de ikke vil oppsøke lege selv.

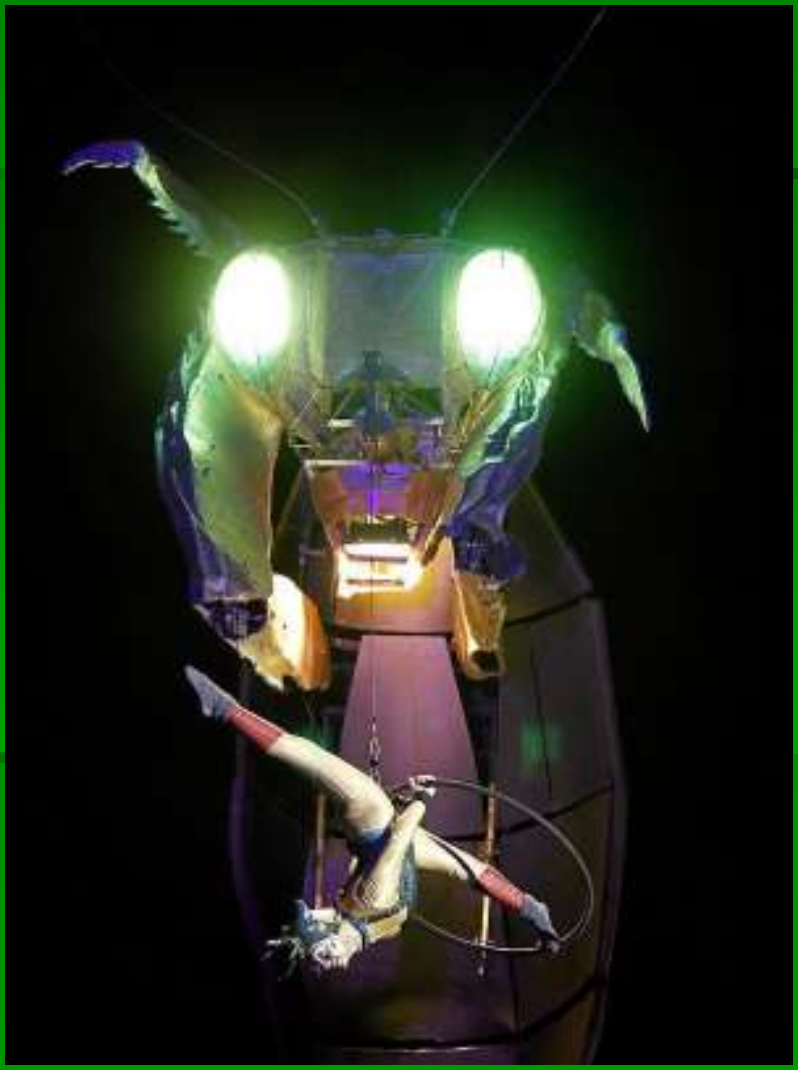
➜ Isolerer seg ➜ Snur døgnrytmen ➜ Slutter å vaske og stelle seg ➜ Forsømmer skole eller jobb ➜ Virker deprimert ➜ Tydelige humørsvingninger ➜ Konsentrasjonsvansker ➜ Ekstremt opptatt av temaer som for eksempel døden, politikk og religion ➜ Skjønner ikke at en er i ferd med å få en alvorlig psykisk lidelse ➜ Grunnløs frykt for at noen spionerer eller vil skade en ➜ Grunnløs tro på at viljen blir styrt av TV, djevelen eller andre krefter ➜ Tror at en har magiske evner ➜ Virker redd ➜ Truer eller skader andre ➜ Truer med å skade seg selv ➜ Bærer våpen

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Psykiatrisk klinikk

TIPS
TIDLIG OPPDAGELSE OG BEHANDLING AV PSYKOSER

51 51 59 59
hverdager 08.00-15.00
tips@sus.no, tips-info.com

SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG - DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK



Meta-analysis of these studies showed that 38,5 % (95% confidence interval (Cl) 5
31,1 % - 46,5 %) of homicides occurred during the first episode of psychosis, prior to initial treatment.

Homicides during first-episode psychosis occurred at a rate of 1,59 homicides per 1000 (95% Cl 5 1,06 – 2,40), equivalent to 1 in 629 presentations.

The annual rate of homicide after treatment for psychosis was 0,11 homicides per 1000 patients (95% Cl 5 0,07 – 0,16), equivalent to 1 homicide in 9090 patients with schizophrenia per year.

The rate ratio of homicide in the first episode of psychosis in these studies was 15,5 (95% Cl 5 11,0-21,7) times the annual rate of homicide after treatment for psychosis.