Rådet for psykisk helse
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo
Tlf 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no www.psykiskhelse.no
Bank: 1609.08.79875 Org.nr. 971524499

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgiving om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU – Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 30.10.2023

Innspill: Samtykkeutvalgets rapport «Bedre beslutninger, bedre behandling».

Rådet for psykisk helse takker for en god og nyansert utredning som utgjør et nødvendig grunnlag for en mer enhetlig faglig implementering av samtykkevilkåret i helselovgivningen. Vi støtter anbefalingen om å beholde en kompetansebasert modell gitt de forutsetninger utvalget peker på i sine forslag om endringer og behov for kunnskap langs fem søyler:

- Brukermedvirkning og beslutningskompetanse
- Pårørendeinvolvering
- Kompetansevurderinger av god kvalitet
- Helsehjelp til personer med forhøyet voldspotensial
- Samhandling og frivillige behandlingsalternativer

Gjennom tidligere innspill om samtykkekriteriet har vi understreket en bekymring knyttet til en fortsatt nedbygging av sengeplasser og høy avvisningsprosent i psykisk helsevern. Vi kan ikke bare evaluere de juridiske rammene rundt en innleggelse når et menneske er i alvorlig psykisk krise, men må inkludere hvilken behandling som har vært både ønsket og tilgjengelig for pasienten på veien dit. Vi ser at utvalget også peker på dette som én av flere viktige forklaringer på et økt antall tvangsinnleggelser med hyppige utskrivninger og reinnleggelser. Mangel på frivillige behandlingsalternativer er en annen faktor som framheves.

Brukermedvirkning og beslutningskompetanse
Brukermedvirkning og beslutningskompetanse er den første søylen utvalget reiser i sin anbefaling. Vi støtter betydningen av denne søylen og at en av de viktigste oppgavene for å få til implementering framover, er å utvikle gode modeller for beslutningsstøtte til hjelp for den enkelte som trenger akutt helsehjelp. Utvalget fremhever her betydningen av brukerorganisasjonene for å utvikle og styrke kompetansen både i spesialisthelsetjenesten og hos den enkelte pasient.

Vi støtter dette såfremt forskning på området styrkes slik at vi får kvalitetssikrede modeller for beslutningsstøtte. Ansvaret for å sikre god brukermedvirkning her påhviler spesialisthelsetjenesten. Brukerorganisasjonene kan bidra med erfaringskompetanse og støtte. Rådet for psykisk helse mener dette er kompetanse som helsepersonell må skoleres systematisk i allerede fra de starter sin utdanning.

Pårørendeinvolvering
Utvalget fremhever betydningen av den kompetansen pårørende besitter knyttet til sin nærmeste og viktigheten av at helsetjenesten lytter og tar hensyn til denne kompetansen.

Dette er et kvalitetsforbedringstiltak vi støtter og som vi tror vil gi bedre og mer treffsikre tjenester på individnivå. I kapittel 13.3.1. Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten, trekkes det frem at pårørendeansvarlig må forankres på klinikknivå som en stabsfunksjon for kvalitetsforbedring. Dette er særskilt viktig for å sikre at tiltakene knyttet til bedre pårørendeinvolvering blir gjennomført.

Kompetansevurderinger av god kvalitet, samhandling og frivillige behandlingsalternativer
God og tilstrekkelig behandling er nøkkelfaktorer sammen med tilgjengelige alternative tilbud der brukeren er samtykkekompetent, men ikke ønsker den hjelpen som tilbys. I dagens spesialisthelsetjeneste er det sjelden mulig å få en planlagt innleggelse i psykisk helsevern. Dagens tvangsdebatt gir inntrykk av at mennesker i alvorlig psykisk krise ikke vil ha helsehjelp. Slik er det heldigvis ikke. Noen må legges inn med tvang for å ikke gå til grunne, men de fleste har faktisk ønsket hjelp når de opplever forverring av sin lidelse. Problemet er at det er mange som ikke får hjelp når de virkelig trenger den, og så lenge de trenger den. Vi støtter derfor utvalgets meninger knyttet til døgnplasser og oppsøkende hjelp og deres forslag om en utredning av nåværende dimensjonering av ulike typer døgnplasser og andre tjenestetilbud er hensiktsmessig og om ressursene i tjenestene benyttes på en hensiktsmessig måte.

Får vi ned avslagsprosenten til spesialisthelsetjenesten får vi ikke bare mindre bruk av tvang, men også bedre utfall og livskvalitet for de som per i dag må vente på å bli verre før de får hjelp til å bli bedre. Når vi søker hjelp, må den være tilgjengelig. Tvang blir brukt når lidelsen har eskalert. Blir helsetjenesten dimensjonert slik at folk kommer tidligere inn vil tvangsbruken synke.

Helsehjelp til personer med forhøyet voldsrisiko
Når det gjelder ivaretakelse av samfunnets behov for vern så ivaretas dette i dagens lovgivning ved at kriteriet om samtykkekompetanse ikke skal anvendes når det er fare for andres liv og helse. En endring av lovverket knyttet til samtykkekompetanse, vil derfor ikke ha noen innvirkning på samfunnsvernet. Det er allerede ivaretatt i lovverket. Vi mener samtykkeutvalgets vektlegging av god behandling som det viktigste forebyggende tiltaket er helt korrekt.

Dersom forebyggingsperspektivet får større plass og helsevesenet klarer å tilby god behandling tidlig, vil innsatsen betale seg i form av et mindre prekært behov for kostbare innleggelser av mennesker med alvorlige problemer knyttet til rus og psykiske lidelser og bruk av tvang. Mangelen på tidlig hjelp står i direkte sammenheng med tvangsbruk. Vi trenger en betydelig styrking på alle områder, som innebærer å tenke nytt rundt hver alvorlig syke pasient. Utvalgets vektlegging av styrket og mer systematisk pårørendeinvolvering er viktig for å få til dette.

Pasientsikkerhet og samfunnsvern er to ulike strategier hjemlet i to ulike sektorer. Første bud er å se på sektorovergripende virkemidler, som kan sikre at vi får uttelling for de gode strukturene vi har og mulighet til å styrke dem.

Vi vil komme langt med å ta i bruk samhandlingsverktøykassen, sikre overgangene og øke finansieringen av kapasitet, kvalitet og kompetanse. I tillegg må vi identifisere hvor sektorene bør samordnes på tvers. Vi kan ikke ha det sånn at justissektoren bruker opp plassene i spesialisthelsetjenesten slik at pasienter som ikke er tiltalt for noe, nedprioriteres når plassene skal fordeles. Vi kan heller ikke ha det sånn at innsatte i fengsel, eller barn i barnevernet med psykiske lidelser, ikke mottar psykisk helsehjelp fordi de primært er underlagt en annen sektor.

Vi vil påpeke at det er stor forskjell på alvorlig psykisk lidelse og fare for vold. De aller fleste mennesker som strever med alvorlig psykisk lidelse er heldigvis ikke til fare for andre, og det er liten grunn til å verne samfunnet mot deres lidelse. Samfunnets behov for vern handler om et behov for vern mot vold.

Det vi vet er at det ikke gagner tilfriskning å måtte vente på hjelp.

Med vennlig hilsen
Rådet for psykisk helse

Tove Rundersen
generalsekretær