

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



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

Til Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Oslo, 14.12.2022

Innspill til Samtykkekompetanseutvalget

Vi er glade for at det nå er satt ned et utvalg for å evaluere konsekvensene innføringen av samtykkebegrepet i tvangslovgivningen har, både for pasienten selv, pårørende, helsetjenesten og for samfunnet. Etter at psykisk helsevernlov trådte i kraft for 20 år siden, har det kommet rundt **20 endringer** uten at disse er evaluert, noe som gjør etableringen av Samtykkeutvalget ekstra velkomment.

Rådet for psykisk helse er en paraplyorganisasjon på det psykiske helsefeltet og vi leverer her innspill til punktene:

- Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet
- Hvordan god pasientbehandling kan foretas innenfor rammene av samtykkevilkåret
- Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Hva som er riktig bruk av tvang, styrkingen av samtykkekompetanse og effekten av lovendringen fra 2017, har tatt stor plass i en samfunnsdebatt der fokuset veksler mellom menneskerettigheter og samfunnsvern. Går den enkeltes rett til medbestemmelse i eget liv på bekostning av naboens sikkerhet? Bli for mange avgjørelser tatt over hodene på folk som selv er i stand til å treffe gode beslutninger?

Samtykkebestemmelse bidrar til at terskelen for innleggelse blir høyere, noe som delvis er en ønsket effekt. Samtidig medfører det at mange «må bli dårligere» før de legges inn. I praksis opplever en del at de må miste samtykkekompetansen først. Dette er ikke god ivaretagelse av alvorlig syke mennesker, og istedenfor å redusere tvangen, har det siden 2017 vært økende.

I debatten kan det virke som om det nå er nesten umulig å foreta en tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Det er altså ikke tilfelle. Tallene fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det i 2020 ble foretatt 8682 tvangsinnleggelser. Dette er en økning på ca. 1000 tvangsinnleggelser fra 2017.

Målet er hele tiden å forsøke å redusere bruk av tvang og øke den enkeltes selvbestemmelsesrett. Samtidig skal mennesker i alvorlig psykisk krise få den helsehjelpen de har krav på. Balansegangen er vanskelig.

Kunnskapsgrunnlag som er relevant for utvalgsarbeidet

Innføring av samtykkekompetanse i lovgivningen og praktiseringen av begrepet i spesialisthelsetjenesten er allerede gjenstand for en bred evaluering ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo på oppdrag fra Helsedirektoratet. Resultatene skal foreligge i 2023. I beskrivelsen av prosjektet står det:

«Formålet er å få økt kunnskap om betydningen av lovendringen, hvordan kompetansevurderingene gjennomføres og klargjøre evt. opplæringsbehov. Prosjektet skal konsentrere seg om samtykkekompetansevurderinger i forbindelse med alvorlig sinnslidelse, og da spesielt ved tvungen observasjon, tvungent vern med eller uten døgnopphold, samt ved vedtak om tvangsbehandling. Prosjektet skal undersøke erfaringene til sentrale aktører - leger og

psykologer som fatter vedtak, fastleger/legevaksleger som henviser, brukere, pårørende, Fylkesmannen og Kontrollkommisjonen - samt relevante notater i pasientjournaler. Resultatene skal bl.a. brukes til å utvikle undervisningsopplegg for de er ansvarlige for å vurdere samtykkekompetanse ved alvorlig sinnslidelse.»

Rådet for psykisk helse anbefaler at disse evalueringsresultatene også inngår i kunnskapsgrunnlaget for utvalgets endelige innstilling.

God pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret

Parallelt med alle endringene i lovverket har det foregått en nedbygging av antall sengeplasser i psykisk helsevern og omlegging av tjenestene til mer arenauavhengig behandling med ambulante tjenester som gjør det mulig å motta spesialisert helsehjelp uten langvarig innleggelse i sykehus.

Vi mener dette langt på vei er en riktig og ønsket utvikling, men er bekymret over at det nå sjeldent er 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 bare at for mange ikke får hjelp når de virkelig trenger den, og så lenge de trenger den.

Det er vanskelige tider i psykisk helsevern. Mange sliter med omfattende lidelsestrykk, og har ventet altfor lenge på å få hjelp. En konsekvens er at folk risikerer å bli svært syke før de omsider kommer i behandling. I slike situasjoner vil noen få alvorlig syke pasienter – 10–15 prosent – på akutt- og psyko-seposter beslaglegge rundt 80 prosent av ressursene. Lovendringen om samtykkekompetanse bidro til kortere og flere innleggelse ettersom pasientene skrives ut når de oppnår samtykkekompetanse. Politiet rapporterer om stadig flere utrykninger relatert til psykisk sykdom.

Eskalerer situasjonen på grunn av manglende behandling er risikoen for tvang overhengende. Får vi ned avslagsprosenten til spesialisthelsetjenesten får vi ikke bare mindre bruk av tvang, men også bedre utfall og livskvalitet for de som venter på å bli verre før de får hjelp til å bli bedre. Når vi søker hjelp må vi få det. Tvang blir brukt når lidelsen har eskalert. Blir vi flinkere til å komme inn tidligere vil tvangsbruken synke.

Rådet for psykisk helse mener dette må være et element i evalueringen av lovgivningen. Vi kan ikke bare evaluere de juridiske rammene rundt en innleggelse når et menneske er i alvorlig psykisk krise, vi må inkludere hvilken behandling som har vært både ønsket og tilgjengelig for pasienten på veien dit.

Utfordringer knyttet til samfunnsvern

Der justissektorens rettslige grunnlag for tvangsopphold i psykisk helsevern øker i antall og omfang, går helsesektoren altså i motsatt retning – mot styrket vekt på autonomi og samtykke. Dette er vanskelig forenlige størrelser. Vi bør unngå en utvikling der stadig flere – i fravær av sivilrettslige virkemidler – dømmes til behandling.

Endringen i straffeloven i 2016 om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern har ført til at flere overføres fra fengsel til spesialisthelsetjenesten. Vi vil derfor understreke at dom til tvungent psykisk helsevern er behandling, ikke straff. Men det har konsekvenser for kapasiteten i psykisk helsevern.

Justissektorens inntog i norsk psykisk helsevern har ført til at stadig flere døgnplasser beslaglegges og andre pasienter vippes ut grunnet plassmangel. I dag er rundt 40 prosent av pasienter i de

sikkerhetspsykiatriske avdelinger innlagt etter strafferettslig grunnlag. Da beslaglegger justissektoren for mange av plassene og fortrenger ordinære pasienter.

Den sterke økningen i antall dømte til tvungent psykisk helsevern må få konsekvenser for både kapasitet, kompetanse og ressurser til denne delen av helsetjenestene.

Når det gjelder ivaretagelse 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, slik vi ser det, ikke ha noen innvirkning på samfunnsvernet. Det er allerede ivaretatt i lovverket. Og så bør vi få en evaluering av i hvilken grad dette vernet faktisk ivaretas gjennom praksis ved akuttinnleggelser i psykisk helsevern. Gjøres det systematiske voldsrisikovurderinger?

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 alvorlige syke pasient.

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. Før vi endrer loven på nytt er det betimelig å evaluere hva slags konsekvenser den har, både for tjenestestrukturen og enkeltmennesket. Det vi vet er at det ikke gagnar tilfriskning å måtte vente på hjelp.

Med vennlig hilsen

Rådet for psykisk helse



generalsekretær