



Landsforeningen - We Shall Overcome

Bruker- og interesseorganisasjon for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse

Til Helse- og omsorgsdepartementet

5. desember 2016

Innspill til strategi om psykisk helse

1 Hva kjennetegner et psykisk helsevennlig samfunn?

- **At det jobbes for at samfunnet skal tåle mer av mennesker som oppfattes som annerledes.** For bevegelseshemmede kan det for eksempel være det at samfunnet er fullt av trapper som er problemet, ikke rullestolen. For psykiske lidelser handler det om blant annet holdninger, å gi rom for andre måter å fungere på. Da ville mange ikke slite så mye med den annerledesheten man har.

Referanse: Intervju med Mette Ellingsdalen og Liv Skree på Napha.no (2013)

<https://napha.no/content/13795/-Ma-tale-mer-annerledeshet>

- **stigmatisering og fordommer** mot mennesker som i kortere eller lengre tid er psykososialt funksjonshemmet **motarbeides** bevisst og kontinuerlig.

Media **unngår** å skape dramatiske og generelle **koblinger mellom vold og psykiske lidelser.**

- **de som blir utsatt for tvang har klageinstanser som fungerer.**

Frihetsberøvelse er en stor psykisk belastning, og mennesker må sikres mot unødig krenkelse.

-de som blir utsatt for tvangstiltak og tvangsbehandling er garantert fri rettshjelp. Rettigheten må også gjelde etter at tvangen har opphørt, fordi det ofte er vanskelig å ta opp en kamp mot krenkelser under innleggelsene.

- kunnskap om livets utfordringer, livskriser og psykiske problemer er en naturlig del av undervisningen i grunnskole og videregående skoler. Gis av helsesøster, lærere og erfaringskonsulenter som kan formidle kunnskap uten fremmedgjørende spesialistspråk. Og hvor man lager trygge rammer som gir rom for åpenhet og dialog.

- Et psykisk helsevennlig samfunn tror at **pasienten vet mest om sitt eget liv og sine egne plager og tilbys hjelp for å mestre livet.**

- **Pårørende sees på som en ressurs** og en samarbeidspartner når pasienten selv ønsker dette.

2 Hvordan sikrer vi økt brukerinnflytelse i utformingen av tjenester både på individ og systemnivå

-Alle kommuner skal ha **lærings- og mestringssentre** oppbygd og tilrettelagt i samarbeid med brukeroorganisasjonene. Disse kan også være interkommunale. Der skal det være ansatt erfaringskonsulent(er) og fagperson(er) som samarbeider om tilbudene som skal gis.

1) Drive ulike gruppebaserte tilbud i tråd med ønsker fra aktuelle brukere og i samarbeid med frivillige, som f eks tilrettelegging for selvorganiserte selvhjelpsgrupper, dialoggrupper for psykoseerfarere og andre former som f eks ulike kreative grupper.

2) Erfaringskonsulenter kan gjennom sitt arbeid bidra til større grad av både brukermedvirkning og likepersonsarbeid ved å skape engasjement blant medlemmer i brukerorganisasjoner og likepersoner.

3) Fagpersoner, som **arbeider ut i fra traumebevisst omsorg samarbeider med erfaringskonsulenter og eventuelle brukerstyrte sentre**, og kan bidra til å gi god hjelp. Ulike former for hjelp må være tilgjengelig i alle kommuner. Noe hjelp må, slik det er per i dag, tilbys fra spesialisthelsetjenesten.

- erfaringskonsulenter må inn i i alt planleggingsarbeid i helsesektoren, og skal sørge for at ulike brukerorganisasjoner er godt representert.

Erfaringskonsulentene overtar ikke brukerrepresentantenes oppgaver, men de holder seg orientert om brukerorganisasjonene i kommunene og holder jevnlig kontakt med disse.

-ansette erfaringskonsulenter med koordinatoransvar for erfaringskonsulenter ved alle avdelinger inkl. FoU-enheter i psykisk helsevern, som kan informere og være veivisere i et for mange uoversiktlig system.

- Innføre forhåndserklæringer / kriseplaner for å øke brukermedvirkning på individnivå og forebygge tvang.

Vi henviser til boken:

Jensen, Målfrid J Frahm og Weber, Astrid K 2016 : **Håndbok for arbeidsgivere som skal ansette erfaringskonsulenter**

3. Hvordan forebygge innleggelses og kriser?

- lærings- og mestringssentrene må tilby kurs i livsstyrketrening, selvhjelp, fysiske aktiviteter, likemannsarbeid og skolegang

Ang skolegang – vi refererer til Arnhild Lauveng sin forskning i Danmark. Radiointervju på Verdibørsen:

<https://radio.nrk.no/serie/verdiboersen/MKTR04004616/12-11-2016>

De nevnte lærings- og mestringssentrene får ansvar for forebyggende tiltak, som nevnt under punkt 2.

Sørge for flere ulike arenaer i kommunene der det foregår politiker- og folkeopplysning om psykisk helse. Det kan Erfaringskonsulentene ha ansvar for å gjennomføre, gjerne i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagpersoner.

Det er ikke nok med folkeopplysning en dag i året, slik **Verdensdagen for psykisk helse** fungerer.

Alle kommuner må ha god informasjon på sine nettsider om hvem som er ansatt som erfaringskonsulent, hvem kan kontaktes når livskriser oppstår, hvilke brukerorganisasjoner som finnes i kommunen. Det er ofte ikke før behovet for hjelp kommer at man orienterer seg om hvem man kan ta kontakt med.

- opprette **møteplasser mellom fagfolk og brukere og pårørende** der åpen dialog anvendes som plattform for samtalene

- **verneombudene må få opplæring** av erfaringskonsulenter. Mange opplever store psykiske belastninger på arbeidsplasser med store konflikter mellom profesjoner eller med en ledelse som ikke er lydhør.

- **tilbud om rask tilgang til terapi** til de som opplever kriser i livet

- tilbud om **NADA-akupunktur** i alle kommuner og avd. i psykisk helsevern

-pasienter som kommer i kontakt med det psykiske helsetilbudet må få, i den grad de selv ønsker og har behov for det, kartlagt økonomi, fysisk helse og andre livsforhold tidlig i behandlingsforløpet. Det vil kunne avdekke ulike problemer som kan gjøres noe med før situasjonen blir kritisk. En helheltlig og traumeinformert tilnærning til pasienten.

-tilbud om kartlegging m h t traumer og evt. traumeterapi, for de som ønsker det. (Det er mange måter å kartlegge traumer på, og også her må det utarbeides et system i samarbeid med mennesker med egenerfaring/erfaringskonsulenter. Se ellers punkt om at Helsedirektoratet får i oppgave å utarbeide retningslinjer.)

-

- **Lavterskeltilbud i alle kommuner**

Døgntilbud som Bjørnegård psykososiale senter i Bærum.

Lavterskel dagtilbud som Stangehjelpa og Rask psykisk helsehjelp og brukerstyrte møteplasser /aktivitetssentre.

-Fortsette utviklingen av **medisinfrie avdelinger** i helseforetakene. For å sikre valgfrihet og gi et tilbud til de som ikke har eller har mistet tilliten til psykiatrien på grunn av medisiner og tvang.

4. Hvordan kan vi redusere tvangsbruken?

Sette i gang **granskning av all tvangsbruk** i Norge, både tvangsinnleggelse, tvangstiltak og tvangsmedisinering, inklusive tvang uten døgn, TUD. Først og fremst for å få kunnskap til å gjøre nødvendige endringer i holdninger, kultur og rutiner i psykisk helsevern. Men også for å påvise urettmessig og eventuelle lovstridige tvangsbehandlinger av pasienter som har vært til behandling. En slik offentlig granskning bør gå minst 10 år tilbake i tid.

-Det opprettes et dokumentasjonssenter for erfaringer med tvang i psykisk helsevern. Der ansettes det jurister og erfaringskonsulenter/medforskere og andre aktuelle personalgrupper. Et samarbeid med Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse og Tvangsforskningsnettverket blir naturlig.

Det samles inn enkeltpersoners historie m h t tvangsopplevelser, både fra tvangsinnleggelse i sykehus og på såkalt Tvang uten døgn (TUD).

Tvangsforskningsnettverket får statlige midler for å sikre driften og for å utvide staben med erfaringskonsulenter og/eller medforskere med egenerfaring med relevant erfaring (tvangserfarere). Alternativt kan et dokumentasjonssenter for tvang i psykisk helsevern organiseres sammen med Tvangsforskningsnettverket.

- **psykisk syke mennesker må ikke reduseres til objekter**, slik at de blir «usynlige» bak den diagnosen de får

- **behandlere må bli bevisst på den maktposisjonen de har og jobbe for å redusere skadevirkningene dette kan medføre.**

- Det må gjøres vanskeligere å sette **diagnoser som definerer mennesker som**

alvorlig psykisk syke, for å forebygge at pasienter blir utsatt for feilaktig tvangsbehandling bare pga diagnosen. Slike diagnoser bør ikke kunne settes uten grundig og langvarig vurdering, og ikke uten at minst to uavhengige spesialister har vurdert pasienten. Diagnosen bør settes i samarbeid med pasienten, jf brukermedvirkning på individnivå. I tillegg bør det bli enklere å få omgjort en diagnose hvis det viser seg at den var satt på feil og mangelfullt grunnlag.

-mer fokus på **pasientenes ressurser og sterke sider** og hjelp til å utvikle dem istedenfor fokus på sykdom og symptomer.

- **Innføre forhåndserklæringer** for å øke brukermedvirkning og forebygge tvang.

Forebygging av tvangstiltak og beltelegging inne på avdelinger:

1. Bygge **isolerte rom** der pasienter kan få muligheten til å ta ut frustrasjon både ved å skrike og å bokse/slå på puter og boksesekker
2. tilbud om **kunst- og uttrykksterapi og musikkterapi** til alle som er innlagt på tvang
3. tilbud om **kroppsterapier** som terapeutisk berøring, massasje mm for å berolige og forebygge uro.
4. **personale** må være så trygge at de kan møte pasienter som gir uttrykk for sinne og frykt, som er redde og som har behov for å gi uttrykk for det. De må ha et kroppsspråk som demper og snakke på en måte som beroliger.
-rommene/avdelingene må være romslige og utformet på en mest mulig hensiktsmessig måte. Arkitektur er viktig. Mange av sykehusene og de distriktspsykiatriske sentrene er dårlig egnet for å få til god behandling.
5. hele personalet må få opplæring i å møte pasienter som har følelsesmessige utbrudd uten å ty til tvang. Det må være **nok personale** på jobb til en hver tid, slik at ikke mangel på personale og eller bruk av ferievikarer blir kompensert med beltelegging (jfr. VG-avsløringene).

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne **CRPD**

må ratifiseres og følges i Norge. Reservasjonene/tolkningserklæringene må trekkes tilbake. CRPD gir et sterkere rettsvern for psykososial/ psykisk funksjonsnedsettelse enn det gjøres i EMK hvor det er omfattende unntaksbestemmelser.

- **Fjern lov om psykisk helsevern og erstatt den** med et allment ikke-diskriminerte lovverk. Fare for liv og helse vil ivaretas av allmen lovgiving.

- **Tvangsmedisinering må forbys.**

- **Brudd på lovverket må få konsekvenser for leder av helseforetaket.**

- **Utarbeide retningslinjer/veileder for behandling av ulike traumer**

70-80 prosent av rus- og psykisk/helseproblematikk har sitt utspring i traumeproblematikk. Tiden er derfor inne for at det utarbeides retningslinjer/veiledere som dreier seg om nettopp det.

Det er gjort mye godt arbeid m h t traumebevisst omsorg fra RVTS'ene side, særlig RVTS Sør i forhold til barn- og unge.

Dessverre er det mange voksne som får reaksjoner og kommer i livskriser på grunn av ulike traumer, men det er stor mangel på forståelse og hjelp i forhold til traumer.

Dette må inn i alle ledd i psykisk helsevern: En **forståelse for sammenhengene, traumebevisst omsorg og traumeterapi** må innføres. Ingen tar skade av traumebevisst omsorg, men altfor mange tar skade av tvangspsykiatrien.

(Bakgrunnen for den økende oppmerksomheten er forskning som viser at det finnes en stor forekomst (opp til 98%) av traumatiske livshendelser for mennesker med psykiske lidelser og som er innlagt i institusjon. Ref. Norvoll, Reidun)

Vi henviser til følgende publikasjoner:

Hege Orefellen, 2011: **Selvbestemmelse og frihet på lik linje med andre.**

Lovutvalg for vurdering av regler om tvang mv. i psykisk helsevern. Dissens til flertallets innstilling

Reidun Norvoll , 2011: **Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet.**

Norvoll, R., Hatling, T & Hem, K., 2011: **Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang**

Helsedep. NOU 2011: 9: **Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.... i psykisk helsevern**

Aarre, TF , 2016 : **Medisinsk makt og symbolsk vald**

Rydheim, Siv Helen Ulike traumer og reaksjoner

<https://traumeinfo.wordpress.com/2016/12/03/ulike-traumer-og-reaksjoner/>

En video om reguleringsstøtte – Traumefeltets viktigste «terapi»? av Dag Nordanger og Anne Kristine Bergem. RVTS Sør skriver om videoen:

– Det er usikkert hvor mye av det vi forskere skriver og publiserer som blir lest og kommer tjenestene direkte til nytte. Derfor må vi gå nye veier og våge å forenkle, sier forsker Dag Nordanger som sammen med Anne Kristine Bergem har laget en fengende, morsom og dypt seriøs video om aktivering og samregulering.»

<https://www.youtube.com/watch?v=hiOgpLjNcTA&feature=youtu.be>

Getz, Linn, Kirkengen, Anna Luise, Ulvestad, Elling
Menneskets biologi – mettet med erfaringer

<http://tidsskriftet.no/2011/04/originalartikkel/menneskets-biologi-mettet-med-erfaring>

Kirkengen, A.L. og Næss, Ane B. «**Hvordan krenkede barn blir syke voksne**» (Universitetsforlaget 2015) Om sammenhengene mellom opplevd krenkelse som barn og sykdom av forskjellig slag i voksen alder. Den inneholder autentiske pasienthistorier som viser hvordan krenkelser i ung alder kommer til uttrykk i tilsynelatende uforståelige lidelser i voksen alder.

<https://www.universitetsforlaget.no/nettbutikk/hvordan-krenkede-barn-blir-syke-voksne-uf.html>

Klausen, Rita Kristin - **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap** <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2414959>

Norvoll, Reidun. **Retraumatisering er omtalt i SINTEF-rapporten (2008) Dette var det såkalte BAT-prosjektet.** (Delrapport 1 **Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus** – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur.) Sitat fra rapporten (side 29)

(...)Bakgrunnen for den økende oppmerksomheten er forskning som viser at det finnes en stor forekomst (opp til 98%) av traumatiske livshendelser for mennesker med psykiske lidelser og som er innlagt i institusjon. Man mener så at tvang kan

skape traumer eller post-traumatisk stress syndrom som gir alvorlige ettervirkninger. (...) mange pasienter med tidligere livstraumer opplevde traumatiske eller skremmende erfaringer under sykehusinnleggelsen. (...) For flere hadde tvangsbruken vekket til live tidligere traumer. (...) Vekten på traumer har ført til at man understreker viktigheten av ”traumeinformerte systemer” som er rettet mot å unngå å skape skade. Gitt pasientenes tidligere historie, må avdelingene utformes slik at de er klar over de potensielle alvorlige konsekvensene av traumatiske, skremmende og ydmykende erfaringer under sykehusopphold. Det trengs derfor økt kontroll av sykehusvirksomheten, sensitivitetstrening av personalet og reduksjon av tvangsbruk.”

https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a4572_brukerorienterte_alternativer_til_tvang_i_sykehus-delrapp_1.pdf