



We Shall Overcome

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

Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597

post@wso.no – www.wso.no

Oslo 20.06.21

Hørings svar

«Tvang i psykisk helsevern for voksne – forebygging og riktig bruk»

Innledningsvis vil vi påpeke at det er positivt at Helsedirektoratet utgir en veileder som har som formål å redusere bruk samt forebygging av tvang. Så langt har dessverre arbeidet med å redusere tvangsbruken i Norge vært resultatløs med en stadig økning av tvangsbruk på nasjonalt plan. Det finnes lokale variasjoner og noen behandlingssteder har lyktes med å tilby bedre tjenester uten tvang, mens andre igjen har hatt en økning i tvangsbruk. Det psykiske helsevernet fremstår som endringsresistent etter snart 25 år med fokus på tvangsreduksjon.

WSO mener at det må sterkere tiltak enn de foreliggende nasjonale rådende for å lykkes med å endre helsetjenestene i tråd med menneskerettighetene og internasjonale føringer om å gå bort i fra et tvangsbasert psykisk helsevern og over til et psykisk helsetilbud som gir støtte og tjenester bygget på fritt og informert samtykke.

WSO vil komme med en overordnet anbefaling om å ta i bruk ressursene fra Verdens Helseorganisasjons «Quality Rights Initiative». Fokuset bør være på å bygge gode, robuste tjenester som er fundert i og respekterer menneskerettighetene og CRPD.

WHO Quality Rights lanserte nylig et nytt veiledningsmateriale med mål å avskaffe menneskerettighetsbrudd i psykiske helsetjenester, og det finns også e-lærings materiale rettet mot helsepersonell som jobber med psykiske helsetjenester, som er praktisk innrettet med konkrete eksempler og problemstillinger.

For mer informasjon se <https://www.madinnorway.org/2021/06/who-lansering-10-juni-2021/> og <https://qualityrights.org/>

Vi er klar over at Helsedirektoratet angir at høringsutkastet er ment som faglige råd og et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med å forebygge tvang og at tvang skal bli brukt korrekt. Svakheten med råd og forslag er at man ikke forplikter seg til å følge dem. Vi har vanskeligheter med å se at Helsedirektoratets faglige råd vil ha stor betydning for gjeldende praksis eller for å redusere tvangsbruken.

Vårt helhetlige inntrykk er at dokumentet mangler substans og er lite konkret. Et forsøk på (muligens) å gjøre rådene enkle har tidvis ført til at det er så lite konkrete at de fremstår

innholdsløse. Uten å sette seg inn de mange ulike referansene/linkene blir dokumentet ufullstendig, og ved å lese samtlige rapporter som vises til blir innholdet for omfattende og dertil utilgjengelig. Det er utfordrende å kommentere høringsutkastet uten å samtidig gå i dybden på alle vedleggene og kommentere disse også. Det er vanskelig å se at et dokument med en slik oppbygging vil fungere etter intensjonen, da det er et krevende dokument å få oversikt over.

Tvangsmedisinering i de nasjonale rådene.

At Helsedirektoratet utelater temaet om tvangsmedisinering i et dokument som er skrevet med formål om å forebygge bruk av tvang, er for oss uforståelig. Mange av våre medlemmer angir tvangsmedisinering som den mest inngripende formen for tvang som psykisk helsevern benytter. Dermed burde denne problemstillingen blitt adressert i et slikt rådgivende dokument for forebygging og riktig bruk av tvang.

Vi viser i denne sammenheng til kommentaren til innhold og arbeidsprosess fra WSO og Hvite ørn:

«Måten den biomedisinske psykiatrien møter psykoserammede pasienter på, med «realitetsorientering» om at medikamenter er nødvendig og eneste løsning samt trusler om tvangsmedisinering, skaper et alvorlig konfliktklima som igjen trigger aggresjon og raseri hos pasientene»

Det vil dermed oppstå situasjoner grunnet motstand mot tvangsmedisinering som igjen øker risikoen for andre tvangsmidler. Man må se utøvelsen av tvangsmedisinering i sammenheng med de øvrige tvangstiltakene. Det er meningsløst å isolere dette tvangstiltaket fra den helhetlige tvangen begått mot denne pasientgruppen.

Vi mener det er avgjørende at Helsedirektoratet inkluderer tvangsmedisinering som et eget tema i det rådgivende dokumentet for forebygging av tvang. En utredning av utfordringene og konsekvensene av tvangsmedisinering hører absolutt hjemme her.

Vi viser også til brev sendt til Helsedepartementet fra Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud med krav om bred og helhetlig gjennomgang av tvangsmedisinering.

<https://medisinfrietilbud.no/fellesaksjonen-har-sendt-brev-til-helse-og-omsorgsdepartementet-med-krav-om-bred-og-helhetlig-gjennomgang-av-tvangsmedisinering/>

Kriseplan (11)

Vi er enige i at dette kan være et svært viktig verktøy for å redusere tvang og styrke pasienters selvbestemmelse. Helsedirektoratet skriver at det **bør** utarbeides en kriseplan for pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern før de skrives ut fra døgnbehandling. Vi mener at alle pasienter **må** få et tilbud om etablering av kriseplan som en forlengelse av en behandlingsplan uavhengig om dette er i forbindelse med en utskrivelse fra døgnbehandling. Denne må utarbeides sammen med eller av personen, og personens egne preferanser om alternative behandlingstiltak må vektlegges. Helsevesenet må forplikte seg

til å følge kriseplanen eller i hvert fall etterstrebe å følge denne så langt det er mulig. En kriseplan som kan inneholde en reservasjonsrett mot tvangsmedisinering vil være en nødvendig forbedring og et nyttig verktøy for å ivareta pasienters autonomi og menneskerettigheter. Vi har erfaring med at pasienter som ikke har nyttiggjort seg (tvangs)medisinering og blitt påført skade av slike tvangstiltak, blir tvunget til tilsvarende feilslåtte behandlingstiltak ved nye kriser. En kriseplan kan inneholde pasientens preferanse gjeldende behandlingstiltak og det å kunne velge medisinfrie tilbud bør være en del av dette. Per i dag erfarer vi at pasienter underlagt tvang blir nektet å kunne velge seg til innleggelse ved medisinfrie sengeposter selv om disse har godkjente plasser for tvang.

Frivillighet før tvang

Helsedirektoratet understreker at et sentralt krav for bruk av tvang er at frivillig behandling skal være forsøkt. Vi har lenge etterlyst en utredning og konkretisering av hva som menes med at frivillighet skal være forsøkt. Våre erfaringer er at pasienter stilles et ultimatum om å velge mellom en frivillig innleggelse eller en tvangsinnleggelse. Likeledes at de kan ta medisiner frivillig ellers vil de få dem ved tvang. Det ligger ingen frivillighet i dette konseptet, men helsepersonell bruker argumentasjonen at dersom pasienten frivillig ikke ønsker å motta det eneste tilbudet de blir presentert, så har frivillig behandling vært forsøkt. Dermed hevdes det at lovens krav om forsøk på frivillighet oppfylt og tvang kan benyttes. Slike ultimatumer kan neppe oppfylle kravet til forsøk på frivillighet, men det er altså slik det gjøres i praksis. Pasienten har ingen reell innflytelse på hva slags behandling han vil motta, noe som også er i strid med kravet om brukermedvirkning. Det er derfor på tide at Helsedirektoratet konkretiserer hva et forsøk på frivillig behandling innebærer i praksis. Per i dag er denne praksisen utflytende og skjønnsbasert.

Alternativer til bruk av tvangsmidler og skjerming (7)

«I avdelinger som har pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern, skal det legges til rette for tilnærminger og tiltak som kan redusere bruk av tvangsmidler og skjerming.»

Helsedirektoratet gjentar kravet om at frivillighet og minst inngripende tiltak skal være forsøkt. Vi gjentar at dette må konkretiseres.

Det vises til at for omfattende husregler kan skape konfliktsituasjoner. Her er det viktig at ledelsen evaluerer nødvendigheten av rigide regler og at man bruker skjønn i etterlevelsen av disse. Vi har erfaring med at praktiseringen av husordensregler i mange tilfeller er regler for regelens skyld uten at disse er fundamentert i hva som er forsvarlig og fornuftig for den enkelte pasient. Ved en for stor rigiditet oppleves slike regler utelukkende som en maktdemonstrasjon hvilket igjen kan skape konfliktsituasjoner. Vi nevner som et eksempel regler knyttet til røyking i angitte tidsrom. Ved mange behandlingssteder operer man med et regelsett som er formålstjenlig for kun noen av pasientene, men som alle må etterleve. Det tas ikke hensyn til pasienters individuelle funksjonsnivå og det argumenteres med at det skal være likt for alle selv om alle har forskjellige forutsetninger og behov.

Det er flere eksempler på regler som praktiseres/ har vært praktisert ved ulike behandlingssteder med og uten vedtak. De gjelder for frivillige og tvangsinnlagte pasienter. Vi nevner noen eksempler:

- Alle pasienter innlagt på en akuttavdeling må være innendørs første døgn (Sykehuset innlandet Reinsvoll)
- Alle pasienter på akuttavdeling får sine eiendeler låst inn i skap om natten (A-hus)
- Alle pasienter må gjennom en ransaking av kropp og eiendeler ved innkomst (Sykehuset Innlandet Reinsvoll)
- Alle pasienter må rusmiddeltestes ved innkomst uavhengig om det foreligger en mistanke om rusmisbruk eller ei. (Tidligere Aurdal DPS døgnenhet)

Slike regler kan oppleves som stigmatiserende og krenkende for den enkelte pasient. Det er også tvilsomt om det er hjemmel for slike generelle inngrep. De kan være relasjonsødeleggende og dermed til hinder for en god allianse med hjelpeapparatet. Pasienten kan dermed få mindre utbytte av behandlingen i tillegg til at de kan utløse konfliktsituasjoner og i ytterste fall resultere i flere tvangsinngrep.

Det er positivt at Helsedirektoratet påpeker viktigheten av at det fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet. Det løftes samtidig frem at anledning til aktivitet kan dempe uro og det bør finnes muligheter for avreagering ved bruk av tilgjengelig pusterom/sanserom, trening og muligheter til tur.

Dette er ikke ny kunnskap, men slik psykiatrien er organisert i dag er ikke dette gjennomførbart. Vi ser dette særlig i akuttpsykiatrien med lav bemanning og høyt belegg. Helsedirektoratet vektlegger at det bør tilrettelegges for meningsfull aktivitet for den enkelte pasient ved en kartlegging av pasientens interesser. Fysisk aktivitet, variasjon og innhold i dagene skal planlegges med den enkelte pasient. Dette er langt ifra realiteten i dag. Mange beskriver innleggelse utelukkende som oppbevaring hvor medisiner er eneste behandlingstiltak. Selv om de ansatte ønsker å gjennomføre nevnte tiltak finnes det ikke ressurser til å ansette aktivitører etc. Personalet har ikke tid til å følge opp aktiviteter, gå lange turer eller igangsette trening. Disse tilbudene er de første som faller bort når sparekniven brukes. Det samme gjelder oppussing og ivaretagelse av bygningsmasser og inventar. Faglige råd vil ikke være tilstrekkelig for å ivareta disse prinsippene. Her kreves det i tillegg et betydelig økonomisk løft.

Personalets kunnskap og kompetanse i møte med pasienten (2)

Det er ikke et ukjent at kompetansen til de ansatte samt institusjonskulturer har en påvirkning på tvangstallene. Dette ser man f.eks. i tvangsstatistikken hvor tvangstallene øker i fellesferien når de faste ansatte er i ferie og det ansettes (ofte ufaglærte) ferievikarer. Usikkerhet og manglende kompetanse hos personalet er en kjent pådriver for tvangstiltak. Her vil nødvendig opplæring være et nøkkelpunkt for å redusere tvang. I tillegg er det en fare for at det utvikles negative kulturer på institusjoner. Sykehus og særlig lukkede poster hvor pasienter ofte er tvangsinnlagt, er særskilt utsatt. Miljøer hvor en gruppe har en absolutt makt over en annen er en kjent grobunn for dysfunksjonelle kulturer. Vi har erfaring med institusjonskulturer hvor personalet har en utpreget autoritær stil og hvor det regjerer en

«dem-oss» holdning. I hierarkiske strukturer kreves det mye intern refleksjon og en våken ledelse for å forhindre en negativ utvikling. Nedsettende og autoritære holdninger hos personalet kan fremprovosere situasjoner som i neste omgang løses med tvang.

Ukom rapporten « <https://ukom.no/rapporter/dodsfall-pa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost/sammendrag> som kom som følge av at en pasient døde på et psykiatrisk sykehus beskriver en «kultur preget av grensesetting, korreksjon av uønsket adferd samt stor oppmerksomhet på struktur, noe som kan utløse konflikter og skjermingsvedtak. Besøkende avdekket også mangelfulle tilbud om aktivitet og tid i friluft, og også dette kunne føre til skjermingsvedtak.»

Disse forholdene er dessverre ikke et enkelttilfelle, men noe vi som organisasjon er godt kjent med gjennom våre medlemmer. Det er åpenbart at slike forhold krever en opprydning flere steder enn behandlingsstedet hvor den fatale hendelsen fant sted.

Ukom rapporten beskriver fenomenet «husblindhet» hvor personalet var så vant med de dårlige forholdene at de ikke lenger så hvor ille de var. Prinsippet om «husblindhet» gjelder ikke utelukkende tilvenning av dårlig bygningsmessig standard, men også behandlingspraksis. Dårlige holdninger og kritikkverdig behandlingspraksis kan også bli en norm i en institusjonskultur hvor grensene for hva som er akseptabelt stadig flyttes og hvor terskelen for tvangsbruk stadig synker og normaliseres.

I tillegg bør veilederen vektlegge at en bemanningssituasjon med hyppige bytter av personell, leger etc. kan påvirke pasienter i negativ retning slik det fremkommer i Ukom rapporten. Dette kan også være en utløsende faktor for tvangsbruk som f. eks skjerming. Psykiatrien må sørge for at pasienter i særskilt sårbare faser på institusjon har trygge og forutsigbare rammer rundt seg. For å ivareta stabilitet og kontinuitet i en behandlingssituasjon bør behandlingsapparatet sørge for at pasientene har faste behandlere og færrest mulige bytter av miljøpersonell.

Kompetanse i menneskerettigheter, lov og forskrift

Under denne underrubrikken viser Helsedirektoratet kun til sitt eget e-læringskurs om tvang i psykisk helsevernloven. Dette mener vi er svært tynt. Her erklærer man at psykisk helsevernloven er i tråd med menneskerettighetene. Dette er mildt sagt meget omdiskutert. Vi noterer oss at det i e-læringskurset til Helsedirektoratet blir sagt at «*tvang skal ikke forverre situasjonen eller påføre skade*». Det er udiskutabelt at tvang, selv om dette er gjennomført i tråd med psykisk helsevernloven, både kan forverre situasjonen til den enkelte pasient og forårsake skade. Å utelate slik prekær informasjon opplever vi som en misvisende representasjon av konsekvensene av tvang.

WSO anbefaler å ta i bruk Verdens Helseorganisasjon sitt «Quality-Rights» materiale, som er oppdatert og i tråd med internasjonal utvikling. Dette inkluderer også e-læringsressurser, som har en både teoretisk og praktisk tilnærming, spesielt utviklet for helsepersonell innen psykisk helse.

Individuell tilpasset skjermingsplan (8)

Her viser vi til dissensen fra Hvite ørn og WSO. Vi holder fast på våre konklusjoner i denne om at rådet om å innføre skjermingsplaner legitimerer en videreføring av en omstridt og sterkt kritisert behandlingspraksis som ikke er evidensbasert eller bygger på medisinsk forskning.

Fra dissensen: «Norge er det eneste landet i verden som lovhjemler at det som andre plasser i verden kalles tortur får status som lovhjemlet behandling av syke mennesker. Nærmest Norge kommer Danmark, men her lovhjemler man kun skjerming som et nødtiltak for å verne pasienten mot seg selv og andre og det presiseres at dette ikke kan brukes i behandlingsøyemed. Den norske lovgivingen som hjemler skjerming baserer seg på en norsk reservasjon i forhold til tolkning av menneskerettskonvensjoner av tvilsom juridisk og menneskerettslig kvalitet. Dermed har man kommet i den situasjon at det som norsk psykiatri klassifiserer som behandling blir av andre nasjoner betraktet som tortur og menneskerettsbrudd.»

Vi viser til sivilombudsmannens temarapport fra 2018 «Skjerming i psykisk helsevern – Risiko for umenneskelig behandling» hvor praksisen er sterkt kritisert.

<https://www.sivilombudsmannen.no/aktuelt/tortur-forebygging/skjerming-i-psykisk-helsevern-skaper-risiko-for-umenneskelig-behandling/>

Å pynte på denne praksisen med råd for hvordan gjennomføre skjerming på en kanskje noe bedre og mer human måte gjør fortsatt ikke denne behandlingspraksisen god, kunnskapsbasert eller forsvarlig.

Fysiske omgivelser (3)

Veilederen påpeker at omgivelsene påvirker oss og at gode fysiske omgivelser kan bidra til gode behandlingsmiljøer. Veilederen tar opp flere punkter:

- Enerom (så langt det er mulig)
- Tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- Lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- Ha tilgang på egnede utearealer i rimelig nærhet
- God plass på pasientrom og fellesareal

I tillegg nevnes:

- Hjemlig interiør i enheten, pasientrom og skjermingsrom
- Mulighet for naturlig lys.

Vi savner at veilederen også fremmer viktigheten av god lydisolering. Dette var også et sentralt og viktig tema i Ukom rapporten.

I tillegg til tilgang til dagslys bør det legges til rette for innvendig lysregulering i form av dimming samt mindre og flere lyskilder. Den klassiske sykehusbelysningen med kraftige taklamper med lysstoffrør har innvirkning på et innemiljø. Det er også gjort forskning på innvirkningen av blått lys på døgnrytme og psykisk helse. Her viser vi til prosjektet ved akuttposten på Østmarka psykiatriske sykehus fra 2017

<https://www.nrk.no/trondelag/haper-fargen-oransje-kan-gi-bedre-psykisk-helse-1.13771181>
hvor blått lys ble filtrert vekk mellom 18:30-06:30. En tilsvarende studie ved Valen sykehus i 2016 hvor pasienter med bipolar diagnose fikk utdelt oransje briller for å filtrere vekk blått så ut til å ha positiv effekt på deres lidelse. <https://www.nrk.no/viten/oransje-briller-kan-vaere-losningen-for-bipolare-1.12809872>

Saken om «Hanna» beskrevet i rapporten fra Ukom: «Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost» <https://ukom.no/rapporter/dodsfall-pa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost/sammendrag> er et konkret eksempel på konsekvensene av blant annet et fravær av gode fysiske omgivelser.

Disse rådene må følges opp i planleggingen av nybygg for å kunne ha mulighet til å gjennomføres. Dette skjer dessverre ikke.

De faglige rådene til fysiske omgivelser som god plass, tilgang til uteareal i rimelig nærhet og lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter står i grell kontrast til etableringen av de nye psykiatriske sengepostene som skal sammenslås med somatiske sykehus. Her nevner vi Sykehuset Innlandet Reinsvoll og Åsgård sykehus som skal nedlegges og flyttes inn i storsykehus sammen med somatikken i urbane og travle omgivelser. Det bedrives dobbeltkommunikasjon ved å gi faglige råd som ikke ivaretas i nye byggeprosjekter. Forholdene ved Kalnes sykehus er et talende eksempel på hva konsekvensene blir når man etablerer psykiatriske sengeposter stikk i strid med faglige råd. Ansatte ved Sykehuset Østfold Kalnes rapporterer om plassmangel og for få muligheter for aktivitet. De opplever at dette bidrar til økt frustrasjon/aggresjon hos pasientene, noe som gjenspeiles i avvikssystemet hvor det er rapportert 4800 tilfeller av vold, trusler og utagering i løpet av de siste tre årene. Til sammenligning er dette nesten dobbelt så mange avvik som Oslo Universitetssykehus som har et mye større pasientgrunnlag. Forholdene er beskrevet i følgende artikkel:

<https://www.nrk.no/osloogviken/xl/en-ny-dag-truer-1.15225216>

De ansatte forteller at de ønsker seg flere folk på jobb, større lokaler og bedre opplæring av vikarer.

Forebygging av tvangsinnleggelse på systemnivå (5)

Veilederen stipulerer at «kommunen bør, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ha fleksible, lett tilgjengelige og proaktive tiltak som styrker mulighetene for tidlig hjelp og forebygging av tvangsinnleggelse.»

Igjen vises det til psykisk helsevernloven som stiller krav om at frivillighet skal være forsøkt før bruk av tvang, og at det er nødvendig med et bredt spekter av tiltak for å forebygge tvangsinnleggelse. Disse skal være delvis forankret i kommunen og delvis i

spesialisthelsetjenesten, og at det derfor er viktig med et strukturert samarbeid mellom nivåene.

Her er det relevant å vise til innføringen av pakkeforløp som skulle imøtekomme behovet for mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Ettårs rapporten fra SINTEF med evaluering av året 2019 viste nedslående resultater.

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf

I den digitale spørreundersøkelsen som ble besvart av 3431 behandlere, ledere og forløpskoordinatører i spesialisthelsetjenesten viste at bare 24 prosent mente at pakkeforløp i noen grad bidrar til målet om brukermedvirkning og brukertilfredshet, mens 76 prosent svarte at pakkeforløp i liten grad eller ikke i det hele tatt bidro til dette.

Angående sammenhengende og koordinerte pasientforløp konkluderer rapporten med at pakkeforløp i svært liten grad bidrar til sammenheng og større grad av koordinering enn tidligere.

Mange av de samme svakhetene var å finne i SINTEFS rapport påfølgende år.

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

«Rapportens analyse av brukere og pårørendes erfaringer, koblet med fagfolks erfaringer og praksis, viser at en god del gjenstår for å oppnå mer brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp og bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner.»

I veilederens rubrikk «Praktisk – slik kan rådet følges» listes det opp en rekke råd. De to første er:

- **Endring i kommunal oppfølging**
- **Endring i poliklinisk tilbud fra DPS**

Vi kan ikke se at disse rådene er matnyttige da de ikke har noe konkret innhold. Hva slags endringer er det snakk om?

- **Tett ambulant oppfølging**

Selv om noen mottar tilbud som FACT/ACT team er ikke disse tilgjengelige tjenester for alle som måtte trenge tett ambulant oppfølging. Det finnes AAE team, men disse har gjerne ikke et tilbud utover ordinær kontortid på dagtid. De jobber altså hverken på kveld, helg eller på helligdager som ofte er de mest sårbare tidene for pasienter i psykisk helsevern. Vi erfarer også at pasienter ber om slik øyeblikkelig bistand, men fordi AAE leser henvisningene sine om morgenen må de vente til neste dag for å få et slikt akutt tilbud.

- **Bruk av øyeblikkelig hjelp døgnplass**

Slike plasser eksisterer knapt i kommunene.

Veilederen understreker viktigheten av at tjenestene er organisert slik at det er mulig for helsepersonell å følge pasienten over tid. Nå er det slik at nåløyet for å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten er veldig smalt. Spesialisthelsetjenesten har over tid rapportert sin bekymring i å måtte avvise pasienter som ville ha nytte av hjelp, og at de må avslutte pasienter for tidlig for å frigi plass til nye pasienter. Disse problemene er spesielt uttalte i store byer med høy befolkningstetthet hvor spesialisthelsetjenesten er under press. I tillegg får de få privatpraktiserende refusjonsordning med Helfo slik at disse kan avlaste det offentlige helsevesenet. Det er høy gjennomflyt av behandlere i spesialisthelsetjenesten. Stadig skifte av behandlere er svært ugunstig for mange pasienter og mange behandlere slutter også å jobbe i det offentlige helsevesenet grunnet slike uholdbare arbeidsforhold og etablerer seg heller på det private markedet.

Veilederen viser til pasientjournalforskriften §8 <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168/188> hvor det skal journalføres opplysninger om det faktiske og rettslige grunnlaget for tvang og at opplysninger hvorvidt frivillige tiltak er forsøkt skal nedtegnes.

Igjen må Helsedirektoratet kunne konkretisere hva som menes med at frivillighet er blitt forsøkt. Det er ikke nok å referere til et hefte fra Erfaringskompetanse.no med henvisning til at man der kan finne nyttig informasjon. Et slikt hefte med etisk refleksjon rundt tematikken er ikke et juridisk bindende eller et faglig godkjent dokument fra Helsedirektoratets side. De færreste kjenner til dette heftet og vil neppe lete seg frem til det på nett grunnet denne veilederen. Å beskrive heftet som noe som «gir nyttig informasjon» vil ikke stimulere helsevesenet til å implementere dette i egen praksis. Helsedirektoratet må avklare hvilke krav som er knyttet til denne problemstillingen.

Kommunale tiltak

Veilederen viser til at en trygg bosituasjon, ordnet økonomi, utdanning/arbeid eller meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet er viktige komponenter i tvangsforebygging. Imidlertid nevnes det ingen råd for hvordan dette skal kunne oppnås. Man nevner simpelthen «tilgjengelige tilbud tilpasset personer som er i risiko for å bli utsatt for bruk av tvang» uten en videre utdypning av hva dette kan være. Utover dette nevnes kun viktigheten av fastlegens involvering ved tvangsinnleggelse, at legevakten må ha nødvendig kompetanse som juridisk kompetanse ved tvangsinnleggelse og at kommunen må ha sengeplasser for øyeblikkelig hjelp.

Veilederen viser til Forløpskoordinatorfunksjonen som legger til rette for at kommunen har ett telefonnummer som både pasienter, pårørende og samarbeidspartnere kan henvende seg til.

Som det kommer frem i undersøkelsene fra SINTEF får ikke pasienter og pårørende nødvendig informasjon om hva pakkeforløpene inneholder. At det skal finnes en forløpskoordinator er ukjent for de fleste.

«Da vi spurte om det var noen som visste om de hadde en forløpskoordinator, var det så godt som ingen av deltakerne i denne studien som hadde hørt om denne rollen eller hvilken funksjon den skulle ha.» Referanse: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

Oppsummert krever mange rådene nevnt i dette kapittelet en omorganisering av tjenestene og et vesentlig økonomisk løft for å etablere nye og bedre tilbud. Det krever også et vesentlig løft i kompetanse uten at Helsedirektoratet gir forslag til hvordan dette skal gjøres i praksis. Uten en slik innsats vil mange av rådene aldri kunne følges i praksis.

Oslo 20.06.2021

Mette Ellingsdalen
Leder WSO

Helen Wesnes
Organisasjonssekretær WSO