

VEDLEGG



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget

Deres ref

Vår ref

Dato

20/5045-

2. desember 2020

Representantforslag 48 S (2020-2021) om å evaluere endringen i psykisk helsevernloven fra 2017 om innføring av krav til samtykkekompetanse for innleggelse i tvungent psykisk helsevern

Jeg viser til brevet fra Helse- og omsorgskomiteen av 5. november 2020 der jeg blir bedt om å uttale meg om et representantforslag fra Jenny Klinge, Geir Adelsten Iversen, Emilie Enger Mehl og Kjersti Toppe.

Endring av lov om psykisk helsevern i 2017

Psykisk helsevernloven ble endret og vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevern ble innskjerpet med virkning fra 1. september 2017. Det ble innført manglende samtykkekompetanse som et vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. I praksis betyr lovendringen at samtykkekompetente pasienter kan avslå tilbud om behandling og oppfølging i psykisk helsevern. Dette gjelder pasienter som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner sin samtykkekompetanse kan også avslutte behandlingen etter eget ønske.

Representantene foreslår at Stortinget skal be regjeringen evaluere innføring av krav til samtykke og fremme sak for Stortinget om nødvendige lovendringer på dette feltet for å sikre alvorlig psykisk syke pasienters liv og helse.

Evaluering av innføring av samtykkekompetanse

Det er gjennomført en kvantitativ og en kvalitativ evaluering av bruken av tvang etter at manglende samtykkekompetanse ble innført som vilkår for tvangsbruk.

Den kvalitative delen av evalueringen ble gjennomført av Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo på oppdrag fra Helsedirektoratet og publisert i 2019. Ifølge SME førte lovendringen trolig til et økt fokus på pasientautonomi i psykisk helsevern. Lovendringene syntes i stor grad å være implementert i psykisk helsevern, men i mindre grad i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Alle informantgruppene mente at lovendringen hadde ført til økt rettssikkerhet og bedre mulighet for brukermedvirkning. Mange av de som ble intervjuet syntes at det var krevende å vurdere samtykkekompetanse og trodde at vilkåret ble vurdert ulikt. Informantene som representerte tilsynsorganene, hadde erfart at enkelte pasienter hadde blitt krenket og opplevd det som uverdigg at samtykkekompetansen deres ble vurdert. Spesialister ved DPS nevnte at det er særlig vanskelig å gjennomføre samtykkekompetansevurderinger for pasienter med rusmiddelproblemer, pasienter som skader seg selv og pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, maniske symptomer eller risiko for suicid. Informantene fra tilsynsorganene framhevet samtykkekompetansevurderinger av pasienter med rusmiddelproblemer, pasienter med psykisk utviklingshemning, samt andre pasienter med sammensatt problematikk som særlig utfordrende.

Helsedirektoratet gjennomførte videre, på oppdrag fra HOD, en kvantitativ analyse av bruken av tvang etter at manglende samtykkekompetanse ble innført som vilkår for tvangsbruk i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017. Evalueringen ble ferdigstilt og publisert i februar 2020 (IS-2888 Tvang i psykisk helsevern, status etter lovendringene i 2017). Fra 2016 til 2017 viste aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern reduksjon for flere tvangsformer. Utviklingen inn i 2018 viste igjen økning for både tvangsinnleggelse, tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming. Det ble likevel funnet indikasjoner på effekter av lovendringen, blant annet redusert varighet av tvungent psykisk helsevern. Lovendringen kan ha hatt som effekt at antallet tvangsvedtak øker noe, uten at det er blitt mer reell tvang. Dette kan skyldes at det før lovendringen faktisk ikke ble fattet tvangsvedtak for pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsatte seg innleggelsen. Direktoratet fant videre en liten vridning i angitte vilkår for innleggelse under tvungent psykisk helsevern fra 2017 til 2018 i favør av farevilkåret. Antallet reinnleggelse har ikke gått opp: «Forholdstallet mellom innleggelse og pasienter har holdt seg stabilt på 1,4 innleggelse per pasient gjennom hele perioden (2014-2019) og det observeres foreløpig heller ikke endringer i antall eller andel gjeninnleggelse på tvang etter lovendringen. Av pasientene som ble skrevet ut fra et tvungent døgnopphold siste tertial 2017, hadde 22 prosent en ny innleggelse under tvungent vern innen tre måneder, mens 40 prosent var tvangsinnlagt på nytt innen ett år. For utskrivninger 3. tertial 2016 var tilsvarende andeler 23 og 39 prosent». Det kan ifølge direktoratet ikke utelukkes at endringen vil kunne få større effekter på lengre sikt.

Håndtere og forebygge alvorlige hendelser

Representantene viser også til tilbakemeldinger fra politi om at lovendringene har ført til alvorlige helsemessige og velferdsmessige konsekvenser. De viser blant annet til en artikkelserie i BA oktober 2020 og uttalelser fra Vest politidistrikt om stor økning i bruk av politi. Som nevnt over gjelder ikke innføring av samtykkekompetanse for pasienter som utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse. I en del sammenhenger er det imidlertid

behov for bistand fra politiet for å beskytte ansatte og pasienter og for å bruke makt i sammenhenger hvor helsepersonell ikke har adgang til dette. Jeg er enig i at det må arbeides for riktig bruk av politiet. For pasientene er det viktig at politiet ikke tilkalles unødig. Samtidig er det viktig at helsepersonell ikke pålegges å utøve tvang i sammenhenger hvor dette er politiets myndighet. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å tydeliggjøre samarbeid og ansvars- og oppgavefordelingen mellom helsetjenestene og politiet slik at politiets ressurser blir brukt på riktig måte i forbindelse med helserelaterte oppdrag. Dette arbeidet skal ses i sammenheng med oppfølgingen av NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven.

Ansatte må ha kompetanse og virkemidler for å kunne takle situasjoner både i påvente av politi og for å forebygge alvorlige hendelser generelt. Derfor er det blant annet utviklet et nasjonalt opplæringsprogram om møtet med aggresjonsproblematikk (MAP) som implementeres i helseforetakene. Videre har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale faglige råd og voldsrisikovurdering ved alvorlig psykisk sykdom. Vurdering av risikofaktorer for utøvelse av vold inngår også i pakkeforløp psykisk helse og rus.

Forebygge bruk av tvang

Jeg er enig med representantene i at det må følges nøye med på, og tilrettelegges for at pasientene som trenger det, får behandling som kan gjøre dem bedre. Helsedirektoratet vil primo 2021 publisere nye nasjonale faglige råd om forebygging av tvang. Vi vet også at noen behandlingsmetoder er særlig tilpasset mennesker med alvorlige og ofte samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Regjeringen har derfor lagt til rette for etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT- og FACT-team. Brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere mener at brukerne får bedre oppfølging og behandling gjennom disse teamene. Evaluering viser også at innleggelse og oppholdsdøgn på tvang er sterkt redusert etter inntak i ACT-/ eller FACT-teamene sammenlignet med før inntak. I dag er det rundt 80 slike team rundt om i landet, og regjeringen ønsker at slike team etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

Ny tvangslovgivning

Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget, NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

Tvangslovutvalget utredet, i tråd med mandatet, forholdet til Norges internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og vurderte behovet for endringer i regelverket for å imøtekomme forpliktelsene. Rettighetene til selvbestemmelse og ikke-diskriminering er sentrale menneskerettigheter. De må likevel balanseres mot andre menneskerettigheter, for eksempel retten til den høyest oppnåelige helsestandard. Tvangslovutvalgets flertall foreslo på denne bakgrunn at dagens diagnosenære vilkår for tvangsbruk blant annet skulle erstattes med et krav om at personen som hovedregel, må mangle beslutningskompetanse

(samtykkekompetanse i dagens regelverk). Spørsmålet om hvorvidt manglende beslutningskompetanse skal være et gjennomgående vilkår for tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten, vil derfor bli vurdert i forbindelse med oppfølgingen av utvalgets forslag. Jeg vil legge fram et lovforslag så fort det lar seg gjøre.

Jeg mener av ovennevnte grunner at det ikke er grunnlag for å foreta ytterligere en evaluering av innføring av samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven nå. Lovendringen i 2017 var viktig for å sikre riktigere bruk av tvang og bedre rettssikkerhet for den enkelte pasient. Evalueringene som er foretatt gir ikke grunnlag for å hevde at innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse har hatt de konsekvensene som enkelte synes å frykte. Vi vil fortsatt følge godt med på dette området, og arbeide for å videreutvikle tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Med hilsen



Bent Høie