

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Dato:

08.11.2023

Kirkens Bymisjons høringsuttalelse til rapporten «Bedre beslutninger, bedre behandling»

Kirkens Bymisjon anerkjenner og støtter de gode intensjonene bak endringen i Psykisk helsevernlov 2017; økt selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet for pasientene og redusert bruk av tvang. Samtidig er mange av de uønskede utviklingstrekkene som ekspertutvalget beskriver og drøfter, forhold vi erfarer veldig konkret i flere av våre virksomheter. Det handler om en tydelig og alvorlig forverring for mennesker som i utgangspunktet lever mer utsatte og sårbare liv enn de aller fleste. Vi avgrenser vår høringsuttalelse til disse konsekvensene for mennesker vi treffer gjennom våre tiltak og tilbud.

Kirkens Bymisjon deler utvalgets forståelse av at de negative endringene utvalget beskriver, må sees i lys av et større utfordringsbilde. Samtidig får de nevnte øvrige samfunnsforholdene (som nedbygging av døgnplasser i psykiatrien, tilgang til rusmidler i befolkningen mv) noen særlig brutale konsekvenser i samspill med samtykkevilkåret, slik vi erfarer det praktisert i dag.

Vi oppfatter ekspertutvalgets rapport som grundig og viktig og støtter helheten i de anbefalingene og forslagene til tiltak som utvalget kommer med. MEN: Uten at de foreslåtte tiltakene (som styrket konsistens og kvalitet på vurderingene, brukermedvirkning, beslutningsstøtte, pårørendeinvolvering og utbygging av en lang rekke helsetiltak og frivillige behandlingsalternativer) faktisk gjennomføres, så vil konsekvensene av å videreføre lovendringen fortsatt være helt uforsvarlige for mange av våre mest utsatte medborgere. Å videreføre lovendringen vil da i praksis innebære at vi fortsetter å overlate de sykeste til seg

selv og lar dem forkomme under dekke av at de har valgt det selv. Vi kan ikke la mennesker gå til grunne i en uviss ventetid. Inntil alle hovedtrekk i den tiltakspakken som er foreslått av ekspertutvalget er på plass, mener Kirkens Bymisjon derfor bestemt at lovendringen fra 2017 må reverseres.

Nedenfor vil vi begrunne og utdype våre standpunkter ved å:

- Beskrive sterke bekymringer på bakgrunn av konkrete erfaringer med alvorlig psykisk syke gjester, pasienter og beboere ved våre virksomheter.
- Be myndighetene tydeliggjøre og spesifisere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester for personer med ROP-lidelser.
- Foreslå å nyansere kriterier for beslutningskompetanse og gradere begrepet.
- Understreke lavterskeltilbudenes bidrag til kompetansevurderinger av god kvalitet.

Mer sykdom, smerte, fortvilelse - og tvang - etter lovendringen 2017

Våre medarbeidere ved lavterskeltilbud mange steder i landet har de siste årene erfart en urovekkende økning i antallet gjester og pasienter med ubehandlede alvorlige psykiske lidelser. I Oslo tallfestes dette til daglig 5-10 gjester ved Møtestedet (lavterskel kafétilbud med helse- og sosialfaglig kompetanse) og 2-4 pasienter ved 24SJU (gatenær åpen dør, også helsetjenester, bl.a lege/psykiater og sykepleiekompetanse).

Ved antatt psykoseproblematikk, utagering, trusler eller annen bekymringsfull atferd, melder tiltakene dette til aktuell instans i bydel eller kommune. Det skjer nesten aldri at våre tiltak får tilbakemelding eller at det blir reagert på bekymringen ved at personen får den hjelpen hen trenger.

Når ansatte mer aktivt forsøker å utløse hjelp for en pasient eller gjest, blir vedkommende enten avvist i akuttfasen, eller i beste fall innlagt, men utskrevet dagen etter med begrunnelse rusutløst psykose. Mange har aldri vært innlagt over noe tid eller utredet. Pasientens beslutningskompetanse vurderes sjelden godt nok. For lavterskeltiltak kan dette føre til at personer kommer rett fra legevakt eller sykehus med bukse bak fram, sykehuskjorte på og

med store vrangforestillinger. Ved nytt rusinntak tar det et par timer før vedkommende er like psykotisk som dagen før.

Vi har over år erfart at bekymringsmeldinger på ROP-pasienter avvises begrunnet med at de allerede har tilbud om bistand. Denne bistanden er svært ofte på et nivå eller har en innretning eller forutsetning som vi vet at de er altfor syke til å ta imot. Deretter omtales pasienten som en person som "unndrar seg hjelp". Dette er alvorlig. Det legger ansvaret og skylda på den syke og det tildekker at adekvat bistand ikke er gitt eller tilgjengelig. For å eksemplifisere dette vil vi gjerne trekke frem noen av dem vi møter:

- **“Stig”** har vært suicidal i flere uker. Han har ikke hjelpeapparat rundt seg. Ventet på fastlege, kun koblet på akutt-team DPS. Ønsket innleggelse i akutt psykisk helsevern, fikk kun en natt. Opplever å ikke bli tatt på alvor. Vi har aldri opplevd han så dårlig før og vurderer han som psykotisk og at han særlig er til fare for seg selv.
- **“Anette”** er periodevis veldig dårlig psykisk. Hun har opplevd å ikke ha blitt tatt på alvor på legevakt, selv etter selvmordsforsøk. Hun beskriver selv en stor endring i psykiatrien, hvor hun før fikk lange opphold og nå ikke engang en natt. Hun kommer daglig til oss, har begynt med selvskading i kafeen, gestikulerer høyt at hun ønsker å ta livet av seg, krever personale som er tett på. Vi forsøker å begrense, men lovmessig kan vi ikke være fysiske.
- **“Markus”** har vært psykisk dårlig i mange måneder nå, har også periodevis massiv rusbruk. Kastes stadig ut av lavterskel botilbud. Vi melder bekymring, ingenting skjer. Har noe apparat rundt seg, med bl.a ruskonsulent. Ellers ingen oppfølging rundt psykisk helse. Beskrev konkret plan om hvordan gjennomføre selvmord. Bor i 9 etg, har flyttet ut på gata fordi han er redd for at han skal hoppe.
- **“Pål”** kom til 24sju i en akutt situasjon, og forteller om selvmordstanker. Han er tilknyttet LAR-behandling og har kontakt med NAV. Lege, sykepleier og sosionom (alle med kompetanse på selvmord og selvmordsforebygging) anser han som suicidal. Gjennom en periode på tre dager forsøker 24sju flere ganger å få pasient innlagt via Oslo Legevakt – noe Pål selv ønsker. Etter et besøk på Oslo Legevakt hvor ansatt følger, blir både ansatt og pasient bedt om å forlate legevakten. Pål tar da av seg jakken, og

løper rett ut i trikke-traseen foran en trikk som er i ferd med å stoppe. Han blir etter dette tatt med av politiet til legevakten, men er tilbake på 24sju før den ansatte som har fulgt ham rekker å komme tilbake. 24sju tilkaller ambulanse for at de skal ta en samtale med Pål. Vår ansatt oppfatter ambulanspersonalet som opptatt av om de kan gi Pål beskjed om når 24sju åpner igjen på kvelden, selv om personalet ved 24sju ved flere anledninger sier at virksomheten ikke har kapasitet til å ivareta en så syk pasient.

Eksemplene over handler i stor grad om *manglende adekvate frivillige tilbud* og om alvorlig syke mennesker med (vedvarende) *varierende og kontekstavhengig beslutningskompetanse*. I møte med fortolkninger av beslutningskompetanse som ekspertutvalget selv beskriver som lite konsistente, ofte for strenge og til dels ganske tvilsomme (for eksempel at mangel på døgnplasser påvirker vurderingen), blir svært syke mennesker ofte avvist eller hurtig utskrevet. Mange blir sykere, lever mer smertefulle liv, mister bolig, havner oftere i klammeri med både hjelpeapparat og politi – og mange psykisk syke sitter også i fengsel. **Uten reelle og faglig adekvate tilbud i landskapet rundt, vil en videreføring av beslutningsvilkåret fra 2017 fortsatt bidra til ansvarsfraskrivelse og manglende helsehjelp til alvorlig syke mennesker.**

Tydeliggjøre rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3 andre ledd gir pasient og bruker rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Bestemmelsen speiler kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen (§ 3-1 første ledd). Ifølge Helsedirektoratets kommentarer skal begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» tolkes slik at det gir *rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov*.

Helsefaglig er det liten tvil om at *trygg tilpasset bolig med faglig kompetent oppfølging*, samt tilgang til brukerstyrte sengeplasser og andre relevante tilbud, må forstås som nødvendige helse- og omsorgstjenester for svært mange av de personene vi her snakker om. En *tydelig presisering av dette*, vil gjøre det mulig å insistere på rettigheter som i dag i praksis sjelden innfris for disse personene.

Det legges et stort ansvar lokalt når psykisk helsevern bygges ned og kommuner og bydeler overtar ansvaret for personer med store behov. Vi støtter prinsippet med hjelp på lavest mulig nivå, men erfarer ofte at bydel eller kommune ikke har tilstrekkelig kompetanse, ressurser og tilpassede tilbud. Dette gjør endringen fra 2017 kritisk. **Myndighetene må tydelig presiserer at nødvendige helse- og omsorgstjenester for denne gruppa oftest vil omfatte tilpassede boliger med god oppfølging.** Det er avgjørende for at kampen om ressursene skal løftes vekk fra utsatte og syke mennesker på gata, til politisk nivå - hvor den hører hjemme.

Ekspertutvalget foreslår blant annet å «styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse» (13.6.1). Det støtter vi selvsagt, men all erfaring tilsier at en slik utbygging må framtvinges. Uten en tydelig rettighetsfesting vil prekært viktige tilbud til alvorlig syke mennesker gå under radaren og under budsjettkampene.

Nyansere kriteriene for beslutningskompetanse – gradere begrepet

Vi oppfatter at ekspertutvalget ønsker å justere kravet om beslutningskompetanse i noe mindre bastant retning, jfr forslag 13.4.4 (senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig») og 13.4.6 (endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon). Det er grep vi støtter, men vi mener det er gode grunner til å gå lenger i denne retningen.

Beslutningskompetanse hos de personene vi her er opptatt av, er ofte varierende og sterkt kontekstavhengig. Vi mener derfor det vil være klokt å **gjennomføre en faglig og juridisk vurdering av å innføre begrepet «svekket» beslutningskompetanse.** Dette kunne da innføres som vilkår for mindre inngripende tvang, som kortere innleggelse for mer grundig observasjon enn hva en akutt innleggelse og vurdering kan gi. Så kan vilkår om «manglende» beslutningskompetanse beholdes for mer inngripende bruk av tvang, eksempelvis langvarig medisinerings eller institusjonalisering.

Bruke lavterskeltilbudenes bidrag til kompetansevurderinger av god kvalitet

Ekspertutvalget beskriver behovet for å sikre kompetansevurderinger av god kvalitet på nærmest oppsiktsvekkende alvorlig vis: De viser til for streng lovanvendelse, at kompetansevurderinger varierer sterkt og at de kan ha blitt påvirket av mangel på tilgjengelige døgnplasser (1.1 s 2-3). Vi opplever helsepersonell som tidvis virker reddere for å trekke feilaktig konklusjon om manglende beslutningskompetanse enn for ikke å gi alvorlig syke mennesker nødvendig helsehjelp. Her må verdier og prioriteringer tydeliggjøres og formidles.

Ekspertutvalgets foreslår under 13.4.8 (s.10): «Presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare.» Mange av våre gjester, beboere og pasienter har alvorlig psykisk sykdom, og mange har lite kontakt med pårørende. Våre medarbeidere (og andre i lavterskelapparatet) kjenner personene det gjelder over lang tid og fanger opp når trykket øker og personen står i fare for alvorlig forverring. Slik kjennskap og innsikt bør innhentes og tillegges stor vekt ved vurdering av beslutningskompetanse.

Oppsummering

Lovendringens gode intensjoner er ikke innfridd, snarere tvert imot. I stedet ser vi at mange lider og er i større nød, og at tvangsbruken har økt. Helsevesen og andre instanser er ikke satt i stand til å bidra i implementering av lovendringen 2017. Det mangler ressurser og et spekter av tilbud og tjenester, opplæring og verktøy for kompetansevurderinger og at myndighetene tydeliggjør og konkretiserer retten til "nødvendige helse- og omsorgstjenester" for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Kirkens Bymisjon ser svært alvorlig på dette, og erfarer at mennesker går til grunne som følge av denne situasjonen. Vi oppfordrer derfor departementet til å ta dette på alvor, og reversere lovendringen. Som vi ser det, er det uforsvarlig å videreføre lovendringen når forutsetningene for at den skal innfri intensjonene ikke er til stede.