

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår saksbeh.: Svein Roald Schømer-Olsen  
Vår ref.:  
262390

Vår dato: 25.01.2012  
Deres ref:  
201102469

### **Høring - NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern**

Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser til høringsbrev av 25.08.2011 hvor vi inviteres til å komme med innspill. NSF's hørings svar er utarbeidet i tett samarbeid med vår faggruppe LPS, Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. Vårt hørings svar er strukturert med en innledning som målbærer NSF's forståelse av og bekymring for bruk av tvang. Videre følger NSF's tematiske innspill.

#### **Innledning**

NSF slutter seg til hovedtrekkene i Paulsrudutvalgets innstilling. Nasjonale mål for medvirkning er at pasienten skal ha økt innflytelse på egen livssituasjon. Opptrappingsplan for psykisk helse vektla pasientmedvirkning og mest mulig frivillighet i utredning og behandling. Endringene som foreslås er etter vår mening et skritt på veien til økt selvbestemmelse og en styrket rettsikkerhet for pasienter i psykisk helsevern.

Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal danne grunnlaget for organisering av helsetjenesten. Individets rettigheter har en sentral plass i den norske lovgivning hvor autonomi, frihet og menneskeverd skal være bærebjelker. Dagens lovgivning gir helsepersonell betydelig anledning til å foreta alvorlige inngrep i den enkeltes liv og frihet.

Bruk av tvang er utbredt i ulike deler av helse- og sosialtjenesten hvor det er en rekke lover som regulerer tvangsbruken. Mange pasienter og pårørende har stått fram og fortalt om krenkende opplevelser og overgrep. Spesielt har praktiseringen av tvang innen psykisk helsevern vært gjenstand for stor oppmerksomhet.

NSF støtter bruk av nødvendig tvang. Dette kan være livreddende, både for den det gjelder og for andre. Vi mener også tvang kan være nødvendig for å hindre alvorlig helsesvikt. Samtidig vil NSF arbeide for å redusere unødig bruk av tvang og bidra til å skape alternativer til tvangsbruk. Som sykepleiere må vi gjennomføre et kritisk blikk på holdninger, etikk, rutiner og lovverk, for å sikre at praksis er i tråd med regelverk, prinsippet om faglig forsvarlighet og menneskerettigheter.



NSF har merket seg at mindretallet i utvalget, brukerrepresentant Hege Orfellen, stiller eget dissensforslag og at hun retter til dels sterk kritikk mot prosessen i utvalgsarbeidet.

### 1. Loven om psykisk helsevern – en særlovgivning

I rapporten støtter Paulsrudutvalget en visjon om at tvangshjemler ikke skal rette seg inn mot spesielle grupper. Utvalget har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det kan være hensiktsmessig å samle reglene om bruk av tvang i helse- og sosialtjenesten i en felles lovhjemmel.

NSF støtter dette synet og begrunner standpunktet med:

- Særlovgivningen innenfor psykisk helsevern kan bidra til at mennesker med psykiske lidelser blir stigmatisert. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, CRPD, fra 2006 er ikke ratifisert av Norge. Det er uenighet innen de faglige miljøene i Norge om Lov om psykisk helsevern slik den nå foreligger er i strid med CRPD. Vi vil påpeke at brukerorganisasjonene betrakter særlovgivningen som diskriminerende og har som målsetning å få samlet all tvangslovgivning i en lov.
- Vi mener at det på sikt er riktig å bidra til å samle alle lovhjemler som omhandler tvang i et lovverk. Dette vil gi en forenkling og gi en bedre oversikt. Videre vil det gjøre det lettere å utvikle og *oppretholde kompetanse hos de som håndhever tvangsregelverket. Felles lovverk vil bedre kunne bidra til å ivareta pasienter i grenselandet mellom psykisk lidelse og rus.* Man vil i tillegg sørge for at 1. og 2. linjetjenesten vil måtte forholde seg til ett felles lovverk, i motsetning til slik det er i dag. Dette vil kunne få betydning for samarbeidet opp i mot felles brukere/pasienter, og økt forståelse for hverandres tilnærming til en gruppe mennesker med ofte alvorlige, sammensatte problemstillinger.

Tvang er i utgangspunktet et lite egnet tiltak for å hjelpe mennesker i psykisk krise. Det bør på sikt utvikles et felles lovverk som berører bruk av tvang i helse- og sosialtjenesten. NSF foreslår at det nedsettes et utvalg som ser på mulighetene til å samordne lovverket. Dette er et arbeide som vil kreve en grundig gjennomgang av tvangskriterier generelt og differensiering av de ulike virkeområdene spesielt.

### 2. Kunnskapsgrunnlag

NSF ser svært positivt på at utvalget påpeker betydningen av bedre levevilkår og forebyggende arbeid som viktige tiltak for reduksjon av tvangsbruk. Vi mener at den medisinskfaglig tilnærming vektlegges i for stor grad. Framtidens kunnskapsgrunnlag vil være videre enn det vi har i dag, hvor perspektivet vil utvides i en mer kontekstuell modell. Det blir derfor viktig å utvikle et kunnskapssyn som ivaretar nye erfaringer og praksis på en helt annen måte en *dagens tilnærming,*

NSF ser nødvendigheten av bedre registrering og mer forskning vedrørende kvantitative og kvalitative forhold knyttet til bruk av tvang. Det vil være av særlig interesse å sikre registrering etter endringer i loven for å se om intensjonene om reduksjon i bruk av tvang faktisk vil skje.

Dagens tallmateriale er usikre, preget av for lite brukererfaring og til dels i for stor grad på medisinenes premisser. Det må sørges for å få implementert et dokumentasjonssystem som sikrer data av god kvalitet. Videre vil det være viktig for å styrke kunnskapsgrunnlaget å ha en systematisk dokumentasjon og evaluering av de ulike formene for tvangsvedtak i kap. 4 i psykisk helsevernloven (herunder bl a tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler).

Pasienter underlagt farmakologiske tvangsmidler og tvangsbehandling med medikamenter trenger sykepleiefaglig oppfølging. Sykepleiere kan vurdere virkning og evt. bivirkninger av medikamentene i forhold til pasientens forøvrigt somatiske og mentale tilstand. For å sikre forsvarlig praksis må pasienten få oppfølging av personale med rett kompetanse. Eks. på dette kan være pasienter som er underlagt tvangsmidler og ligger immobilisert i belteseng. En pasient i en slik situasjon trenger intensiv oppfølging med sykepleiefaglig observasjon og handlingskompetanse.

### **3. Styrking av selvbestemmelse**

NSF ønsker å styrke pasienters rett til å være medbestuttende og ha innflytelse på egen livssituasjon. Dette forutsetter en sterkere samhandlingspraksis med pasientene. Vi er derfor enig med utvalget når de foreslår å innsnevre bruk av tvang som virkemiddel for å yte helsehjelp. Der tvang allikevel må iverksettes må pasientens tidligere erfaring tas med i beslutning om type tvang og utformingen av denne.

Som utvalget påpeker er et sentralt punkt i kritikken mot psykisk helsevernloven at selvbestemmelsesretten settes til side i for stor grad. NSF støtter derfor utvalget når de foreslår overgang til et kompetansebasert system hvor det ikke kan anvendes tvunget psykisk helsevern mot mennesker som har beslutningskompetanse.

#### Beslutningskompetanse

NSF er positive til at begrepet samtykkekompetanse erstattes med beslutningskompetanse. Dette er en viktig og ny inngang som påpeker en selvbestemmelsesrett som vilkår omfatter retten til å samtykke og til å nekte helsehjelp. Dette er prinsipper som er nært knyttet opp mot samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven, etikk og menneskerettighetsspørsmål.

NSF er enig i at det ved selvmordsfare og ved fare for andres liv og helse kan sees bort fra beslutningskompetanse som et avgjørende vilkår.

#### Antatt samtykke

NSF er enig med utvalget i at det ved fravær av beslutningskompetanse skal være et krav om antatt samtykke når bruk av tvang er forankret i pasientens behov for behandling. Her skal det foreligge en konkret vurdering basert på pasientens tidligere uttalelser, pårørende, journal, individuell plan, m.m. Videre slutter vi oss til prinsippet om at pasienter som mangler beslutningskompetanse, og ikke motsetter seg helsehjelp, som hovedregel skal betraktes som frivillig innlagt.

#### Vurdering av beslutningskompetanse i klinisk praksis

NSF mener at kunnskap om, - og holdninger til brukermedvirkning vil være et sentralt moment når beslutningskompetanse skal vurderes. De som er utsatt for denne vurderingen, må gis en mulighet for å bli hørt og sett på en grundig måte. Beslutningstakere må tilstrebe å forstå hvordan en for tiden ikke beslutningskompetent person ville ha vurdert og mottatt tiltaket

dersom vedkommende var beslutningskompetent. Dette for å mildne opplevelsen av å være utsatt for tvang.

Det knytter seg flere spørsmål til hvordan det kompetansebaserte systemet skal innføres og hvordan opplæring skal gjennomføres. Hvordan sikre gode vurderinger av beslutningskompetansen til den enkelte pasient? Hvem skal vurdere om en bruker har beslutningskompetanse, og på hvilket (kunnskaps) grunnlag foretas vurderingen? Hvordan er vurderingsarbeidet praktisk tenkt gjennomført? Blant annet vil en kompliserende faktor være at beslutningskompetanse kan variere gjennom døgnet og ulike faser av et sykdomsforløp.

NSF mener det er viktig at beslutningskompetanse hos en pasient kvalitetssikres gjennom en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag. Vi ser en rekke konkrete og praktiske utfordringer som må imøtekommes gjennom tydelige forskrifter. Det er en fare for fortolkninger som igjen medfører stor variasjon i praksis mellom ulike behandlingstiltak og behandlingsansvarlige.

#### **4. Vilkår for bruk av tvang**

NSF mener at terskelen for å bruke tvang skal være høy, samtidig som det skal være mulig å utøve nødvendig tvang for å ivareta liv og helse.

##### Hovedvilkåret

NSF støtter utvalgets anbefaling om beholde å hovedvilkåret om at pasienten må ha en alvorlig psykisk lidelse (sinnslidelse) for at det skal kunne etableres tvunget psykisk helsevern. Alvorlig psykisk lidelse innebærer blant annet store endringer i realitetsorientering, herunder hallusinasjoner og vrangforestillinger, ekstreme følelsestilstander, utagerende adferd, betydelige relasjonsproblemer.

##### Behandlingsvilkåret

NSF er enig med utvalget når de legger avgjørende vekt på at konsekvensen av manglende behandling kan bli svært alvorlige. Helsetjenesten vil i særlig grad være en forpliktelse og et ansvar for mennesker med alvorlige psykiske lidelser uten beslutningskompetanse. NSF går derfor inn for at vilkåret opprettholdes. Dette berører både behandlingstilbudets bedringsalternativ og forverringsalternativ.

Samtidig er det særs viktig å sikre en individuell vurdering av hver enkelt pasient. Enkelte pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern har erfart at det automatisk blir fattet vedtak om tvangsbehandling med medikamenter dersom pasienten motsetter seg slik behandling. Ved å sikre en kontinuerlig behandlingsskjede eller nettverk og etablering av tidlig hjelp/frivillig hjelp/lavterskel tjenester kan tvangsinnleggelse unngås. Særlig viktig blir det å kvalitetssikre vurdering av medikamentbruk når pasienten er innlagt på tvang. Det skal være en høy terskel, hvor beslutning om bruk av medikamenter skal tas i samråd med annet helsepersonell. Medisiner skal kun brukes når det er det klart beste alternativet, hvor bivirkninger må vurderes – på kort og lang sikt. Minimum 6 døgns observasjon.

### Fare eget liv og helse

NSF slutter seg til utvalgets formulering i kap 14.3.3. "Det gis en generell adgang til tvungen observasjon ved alvorlig selvmordsforsøk, eller nærliggende og alvorlig selvmordsfare, og at bestemmelsen skal gjelde uavhengig av personens beslutningskompetanse og uten krav til alvorlig psykisk lidelse".

### Fare for andre

NSF støtter utvalget når de foreslår å videreføre dagens adgang til tvunget psykisk helsevern når pasienten utgjør en vesentlig fare for andre. Utvalgt mener at psykisk helsevernlovens vilkår om fare for andre har et grensesnitt mot straffeloven. De referer blant annet til Olsen utvalgets utredning (NOU 2010: Drap i Norge 2004-2009) som peker på andre grupper med høy risiko for vold som ikke omfattes av begrepet alvorlig sinnslidelse. Særlig fremhever Olsenutvalget kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse som en sterk indikator.

### Aldersdemens

Utvalget har drøftet særskilte utfordringer knyttet til mennesker med aldersdemens. Utvalget konkluderer med å bygge ut en ordningen med tvunget psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD). Dette åpner prinsipielt for at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos aldersdemente skal kunne skje med tvang i kommunale sykehjem eller boformer for heldøgns omsorg og pleie. Blant annet vil innføring av TUD stille krav om kompetanse blant de ansatte.

Utvalget påpeker i sin drøfting at en særlig problemstilling hos aldersdemente sammenlignet med pasienter med psykiske lidelser mer generelt, tilstandens progredierende karakter. Dette utfordrer problemstillinger knyttet til vurdering av kompetanse og samtykke, diagnostisering og utsikter til bedring og forverring, jamfør behandlingskriteriet og et lovverk som ikke gir tydelige føringer.

Som utvalget selv påpeker har det de siste årene vært reist spørsmål ved om aldersdemens kan kvalifisere til "alvorlig sinnslidelse" etter psykisk helsevernloven. Det må i følge utvalget være et faglig spørsmål om det er riktig å omtale alvorlige tilfeller av demens som psykose. Innenfor fagmiljøene påpeker utvalget at det er ulike holdninger til disse spørsmålene.

NSF stiller seg ikke avvisende til at det kan være behov for å bygge ut en ordning med TUD for å imøtekomme dementes behov for helsetjeneste. Imidlertid reiser denne ordningen en rekke faglige, etiske og juridiske spørsmål som vi mener bør vurderes særskilt. Dette blant annet av hensyn til kompleksitet, antall eldre med demens og dimensjoneringen av tjenestetilbudene.

NSF foreslår derfor at det nedsettes et eget utvalg som ser på gruppen aldersdemente særskilt.

## 5. Styrking av rettsikkerheten ved etablering av tvungent psykisk helsevern

NSF stiller seg positivt til en styrking av rettsikkerheten ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Vi ser på rett til advokatbistand som en reell styrking. Likeledes vil en god og rettighetsfestet IP bidra til å kvalitetssikre bruk av ulike former for tvang. En ansvarsgruppe med ansvarlig koordinator/pasientansvarlig vil være en svært god ressurs der hvor pasienten har sammensatte hjelpebehov.

Videre støtter vi forslaget til utvalget om at annet helsepersonell enn psykiatere/psykologer skal bidra inn i vurderingsarbeidet. Her vil det være en stor fordel om dette helsepersonellet kjenner pasienten godt fra tidligere innleggelse og/eller fra kommunehelsetjenesten. Dette kan være koordinator/pasientansvarlig i ansvarsgruppa som vil kunne ha en viktig funksjon til å skape en mer forutsigbar situasjon når det blir vanskelig for den det gjelder.

## 6. Behandling uten samtykke

NSF vurderer tvangsbehandling i form av medisiner som alvorlig inngripen i et menneskes autonomi og at det i fagmiljøene har vært for liten anerkjennelse av dette.

Det vurderes positivt at:

- observasjonstiden dobles fra 3 til 6 dager
- alternative behandlingsformer primært skal tilbys.
- pasientens tidligere holdninger, samt pårørendes kjennskap til pasientens synspunkt skal tillegges vekt.
- vedtaksansvarlig skal samrå seg med annet kvalifisert helsepersonell
- forventet effekt av det å bruke tvang, medisiners bivirkninger og risiko for langvarig skade som følge av legemidler beskrives.
- krav til opplegg for fortløpende evaluering av behandlingstiltakets effekt og bivirkninger.
- rettsikkerheten til pasienten styrkes ved at det gis fri rettshjelp og mulighet for domstolsprøving.

NSF mener at det bør settes ned et utvalg som arbeider videre med hvordan en skal få til en endret praksis mht tvangsmedisinering spesielt. Her må brukererfaringene vektlegges sterkt. Anledning til å trappe ned på medisiner for pasienter som har vært underlagt tvangsmedisinering over år bør sees på og utredes nærmere.

Det er svært viktig at det sikres gode rammevilkår ved gjennomføring av psykisk helsevern. Viser her til **§4-2 Vern om personlig integritet** og **§3-2 grunnleggende krav til behandling og omsorg ved tvungent psykisk helsevern**, i psykisk helsevernloven som skal sikre god individuell oppfølging og behandling av pasienten og "at institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby vedkommende *tilfredsstillende* behandling og omsorg" (§3-2). Blant annet for å kunne gi pasienter faglig forsvarlig skjerming. Videre å ha behandlingsmiljø med mulighet for observasjon der hvor det er uavklarte tilstander. Viktig å etablere et kompetent og trygt behandlingsmiljø for medpasienter og ansatte, hvor det skal være rutiner og kompetanse for å kunne gjennomføre risikovurderinger og håndteringer. Gode arkitektoniske og fysiske rammer

er viktig for utøvelse av fag og ledelse som igjen bidrar til godt arbeidsmiljø og god sikkerhet. Det må utvikles god praksis i forhold til hvordan affekter reguleres og imøtekommes.

## 7. Skjerming og tvangsmidler

NSF støtter utvalgets forslag om at det skal gjøres vedtak dersom pasienten motsetter seg skjerming og at skjerming skal evalueres sammen med pasienten når tiltaket er opphørt. Vi understreker nødvendigheten av gode arkitektoniske forhold i skjermingsavsnitt, der pasienten gis anledning til å kunne regulere nærhet og avstand .

Forskning og undersøkelser viser at pasienter ofte har svært negative opplevelser av å være underlagt tvangsmidler og opplever ofte bruken av tvangsmidler som krenkende. Bruken av tvangsmidler har også vist seg å kunne ha svært skadelige endog fatale følger for pasienten. Disse potensielle skadevirkningene er imidlertid ikke de samme for alle typer tvangsmidler.

Særlig når det gjelder mekaniske tvangsmidler har undersøkelser vist at dette kan ha mulig fysiske skadevirkninger: Trombose – emboli / sirkulasjonsforstyrrelser, aspirasjon, hjerterytmeforstyrrelser, O2 mangel, Dette viser at pasienten som følge av immobiliseringen ved mekanisk tvangsmiddelbruk i seng (hvor pasienten legges i ryngleie, 3-punkts eller 4 / 5 punkts belter og bruken kan vare over tid) blir gjort til en intensiv - pasient, som vil trenge kvalifisert og kompetent sykepleiefaglig oppfølging.

NSF mener at samtaler i etterkant av tvangsbruk er et svært viktig tiltak. Det må være krav om at virksomheten setter ettersamtaler i system. Pasienter forteller blant annet at de har gjenopplevd tidligere traumer og seksuelle overgrep mens de har vært underlagt mekaniske tvangsmidler. I denne sammenheng vil det være særlig viktig at ansatte gjør en debriefing og evt. skriver dagbok sammen med pasienten. Ettersamtaler vil bidra til å ivareta pasienten og få evaluert praksis på en god måte. En systematisk tilnærming vil være et viktig bidrag til å bevisstgjøre og lære av situasjonen både for pasient og ansatte.

### Angående forslaget om å forby isolasjon

Ved visse typer adferd viser klinisk erfaring at det ikke er aktuelt å holde pasienten fast eller skjerme vedkommende, av hensyn til pasientens og personalets sikkerhet. I slike tilfeller står valget mellom mekaniske tvangsmidler og isolasjon. Vi vet også at pasienter har ulik erfaring og opplevelse med de ulike typene av tvangsmidler. Ved å forby isolasjon vil personalet ha færre tvangsmidler å velge mellom.

Når pasienten blir underlagt tvangsmiddelet isolasjon, immobiliseres ikke kroppen, og de potensielle kroppslige skadene blir da ikke aktuelle. Pasienten blir imidlertid overlatt til seg selv, i motsetning til ved bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming, hvor personalet skal være tilstede for pasienten hele tiden.

Pr. i dag er det slik at det nesten ikke brukes isolering i Norge. Vi vet vi ikke sikkert hva grunnen til dette er, om det skyldes synet på isolasjon, eller at muligheten for å isolere pasienten på en forsvarlig måte ikke er tilstede. Mange forteller at postene / enhetene i psykisk helsevern ikke har dertil egnede rom som gjør det mulig å isolere pasienter på en forsvarlig måte. Dermed må personalet velge andre typer av tvangsmidler.

NSF mener det bør gjennomføres en studie som etterspør til brukeropplevelser knyttet til isolasjon i psykisk helsevern. Videre at muligheten for å kunne bruke isolasjon opprettholdes som et alternativ til bruk av mekaniske tvangsmidler dersom personalet og pasienten vurderer det til å være minst belastende for den enkelte pasienten. Det må stilles krav til egnede rom til bruk for isolasjon hvor bruk av belteseng er kontraindisert. Dette kan være et estetisk utformet rom som også kan romme andre funksjoner enn isolasjon: time – out, komfortrom med mulighet for å slappe av. Det bør være komfortabelt, med gode sittemuligheter og f.eks mulighet til å høre på egen musikk.

I følge loven skal pasienten så langt det er mulig selv være med å bestemme hvilke tvangsmidler som er egnet. Da må det være reelle valgmuligheter for pasienten der dette er forsvarlig. Fra et brukerperspektiv kan bruk av isolering være et alternativ til bruk av belteseng innenfor korte tidsperioder.

#### Dokumentasjon av tvangsmiddelbruk

Loven krever fortløpende dokumentasjon av tvangsmiddelbruk. Imidlertid er det ulik praksis når det gjelder presisjons- og detaljnivå på denne dokumentasjonen. Pr. i dag før man har fått implementert en elektronisk løsning for alle tvangsvedtak er dokumentasjonen fragmentert, dvs flere ulike steder (noe i elektronisk pasientjournal og noe i håndskrevne protokoller). Det vil av flere grunner være viktig å få en samlet og mer detaljert beskrivelse av gjennomføringen av de ulike typene tvangsmidler. Det gjelder f.eks leie – og stillinger som pasienten blir plassert i under gjennomføringen av vedtaket.

Når det gjelder bruk av mekaniske tvangsmidler og kortvarig fastholding må dette dokumenteres. Som vi vet kan pasienten ligge i mange ulike typer leier under begge former. Ved kortvarig fastholding kan pasienten f.eks legges i mageleie på gulvet med personalet over seg, eller sitte på en stol/ seng og noen holder armene, eller ligge på rygg og noen holder armer og ben etc. Ved bruk av mekaniske tvangsmidler kan transportbelter benyttes i ulike varianter, og det samme gjelder med sengebelter: 3 el. 4. eller 5 - punkts leie, med eller uten armlengere. Det er nødvendig å ha detaljert dokumentasjon på hva som er brukt overfor den enkelte pasienten, av flere hensyn: eventuell klage på vedtaket fra pasienten, for at ledelsen og den ansatte skal kunne evaluere praksisen på den enkelte enheten/posten, og for at myndighetene skal kunne føre tilsyn med tvangsmiddelbruken.

### **8. Kontroll og overprøvningsordninger**

Opprettelse av fylkesnemnd kan være et godt forslag. Samtidig så er det viktig med kontrollkommisjonens muligheter til å være tett på. I stedet for å legge ned kontrollkommisjonen kan det være et alternativ å "modernisere" denne. Det vil uansett være viktig å sikre et tilsyn som ivaretar pasientenes faglige, velferdsmessige og rettsikkerhetsmessige forhold.

Det bør være en ordning som ivaretar

- Nøytral "grunn".
- Strukturelle endringer som kan bidra til å endre kultur.
- Bedre kvalitetssikring av håndteringen av lovverket.



### 9. Manglende omtale/vektlegging av kriseplaner og Individuell plan (IP)


NSF mener at det er en svakhet med NOU'en at IP og kriseplaner er omtalt i liten grad. Disse planene kan være sentrale virkemidler og verktøy som pasienter/brukeren har et eierforhold til dersom de utarbeides på en god måte. En kriseplan eller beredskapsplan er et hjelpemiddel for brukerne av psykiske helsetjenester. Det er brukernes plan for hva som skal gjøres hvis man oppdager tegn på at en ny krise eller forverring nærmer seg. Beredskapsplanen kan gjerne være en del eller et vedlegg til individuell plan. Et mål med beredskapsplanen er at den skal legge tilrette for virkningsfull hjelp, der det kanskje tidligere var aktuelt med tvungent psykisk helsevern. (Kilde: Rådet for psykisk helse)

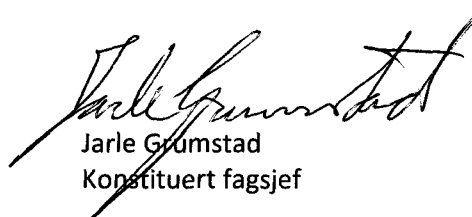
En kriseplan utarbeides som individuell plan i samarbeid mellom bruker, pårørende og hjelpeapparatet. En kriseplan kan beskrive tidlige varselsignaler som brukeren, pårørende og hjelpeapparatet rundt ham skal være oppmerksomme på. Videre beskrives tiltak for hva brukeren kan gjøres selv og hvem som skal varsles (både navn og telefonnummer). Her kan man også beskrive hvilke ønsker brukeren har dersom det skulle oppstå større kriser som kan medføre bruk av tvang. Det finnes også maler der brukeren beskriver hvilke tiltak han ikke ønsker skal iverksettes dersom det blir krise.

Kriseplanen kan også være en del av Individuell plan. Det bør være en forutsetning og en selvfølge at planene evalueres etter episoder der tvang har vært anvendt i forbindelse med innleggelse på tvang for å se om dette kunne vært løst uten tvang på tidligere tidspunkt.

#### Avsluttende kommentar

Det er mange gode intensjoner og kritiske holdninger til dagens praksis i utvalgets innstilling. Lovutvalgets tiltak berører i hovedsak strukturelle endringer, i tillegg til noen endringer i lovverket. Skal en lykkes med å få en endret praksis – må en arbeide med holdninger og verdier (kulturelle ting) samtidig som en sikrer gode prosesser i gjennomføring av tiltak. Dette er krevende og langvarige prosesser. Dagens praksis understøtter dette, da det er store geografiske forskjeller til tross for et felles nasjonalt lovverk.

  
Eli Gunhild By  
Forbundsleder

  
Jarle Grumstad  
Konstituert fagsjef