

Selvbestemmelsens pris

Per Halvorsen
journalist

Flere pasienter som forfaller. Mer tvang. Men også grundigere kliniske vurderinger. I psykisk helsevern er det blandete erfaringer med samtykkebestemmelsen.

– Antall liggedøgn har økt for de som er innlagt på tvang. Loven har ikke virket etter hensikten.

Slik oppsummerer psykologspesialist Wenche ten Velden og avdelingsoverlege Melissa A. Weibell erfaringene mer enn fem år etter endringene i psykisk helsevernloven. Ved avdelingen for akutt- og intensivpsykiatri ved Stavanger universitetssjukehus har de observert en merkbart forandring blant psykosepasientene de har til utredning og behandling etter 1. september 2017.

Fra denne datoen gjelder kravet om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan velge å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang oppfylles på nytt. I juni leverer et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg en evalueringsrapport om reformen.

Økt liggetid



REINNLEGGELSER Ved Stavanger Universitetssjukehus har de registrert en tydelig økning i reinnleggelser i gruppen innen schizofrenispekteret, dokumenterer avdelingsoverlege Melissa A. Weibell og psykologspesialist Wenche ten Velden. Foto: Per Halvorsen.

Det kan se ut som om vi kommer senere inn med behandling

ten Velden og Weibell peker på statistikken på skjermen foran seg. Den viser utviklingen i et opptaksområde som omfatter over 350 000 innbyggere. Grafene angir en tydelig økning i reinnleggelser i gruppen innen schizofrenispekteret. Det samme gjelder affektive lidelser.

For alle diagnoser er det 30 prosent flere reinnleggelser enn før. Og når du først legges inn, er liggetiden lenger.

– Når de blir gjeninnlagt, ligger psykosepasientene nesten dobbelt så lenge som tidligere, opplyser Weibell, som har ansvar for statistikken.

– *Hvorfor det?*

– Det kan se ut som om vi kommer senere inn med behandling. Pasientene forfaller og må blir sykere før de får hjelp.

Utviklingen i Helse Stavanger

- Mer skjerming i akuttmottak, stabilt nivå på kjemiske tvangsmidler
- Økning i isolasjon og kjemiske tvangsmidler på affektiv sengepost
- Økning i reinnleggelser generelt, som ikke forklares av flere innleggelser totalt
- Pasienter som kommer på §3–3 ligger lenger enn før

Kilde: Analyseavdelingen i Helse Stavanger

De to klinikerne mener utfordringen med lovbestemmelsen blir ekstra tydelig i arbeidet med pasienter på tvang uten døgnopphold (TUD).

– TUD-pasientene kommer og får medisiner sine. Så gjenvinner de samtykkekompetanse fordi medisinerne faktisk virker, og slutter å ta medisinerne. Dermed vil runddansens med reinnleggelse ofte være i gang, sier de.

Tvangen økte

Fra 2018 til 2021 økte omfanget av pasienter under tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. I 2021 hadde over 60 prosent av pasientene minst ett vedtak om behandling uten eget samtykke mot om lag 40 prosent i 2018. Andelen økte i alle helseregioner. Region Vest hadde den laveste andel pasienter uten eget samtykke begge år.

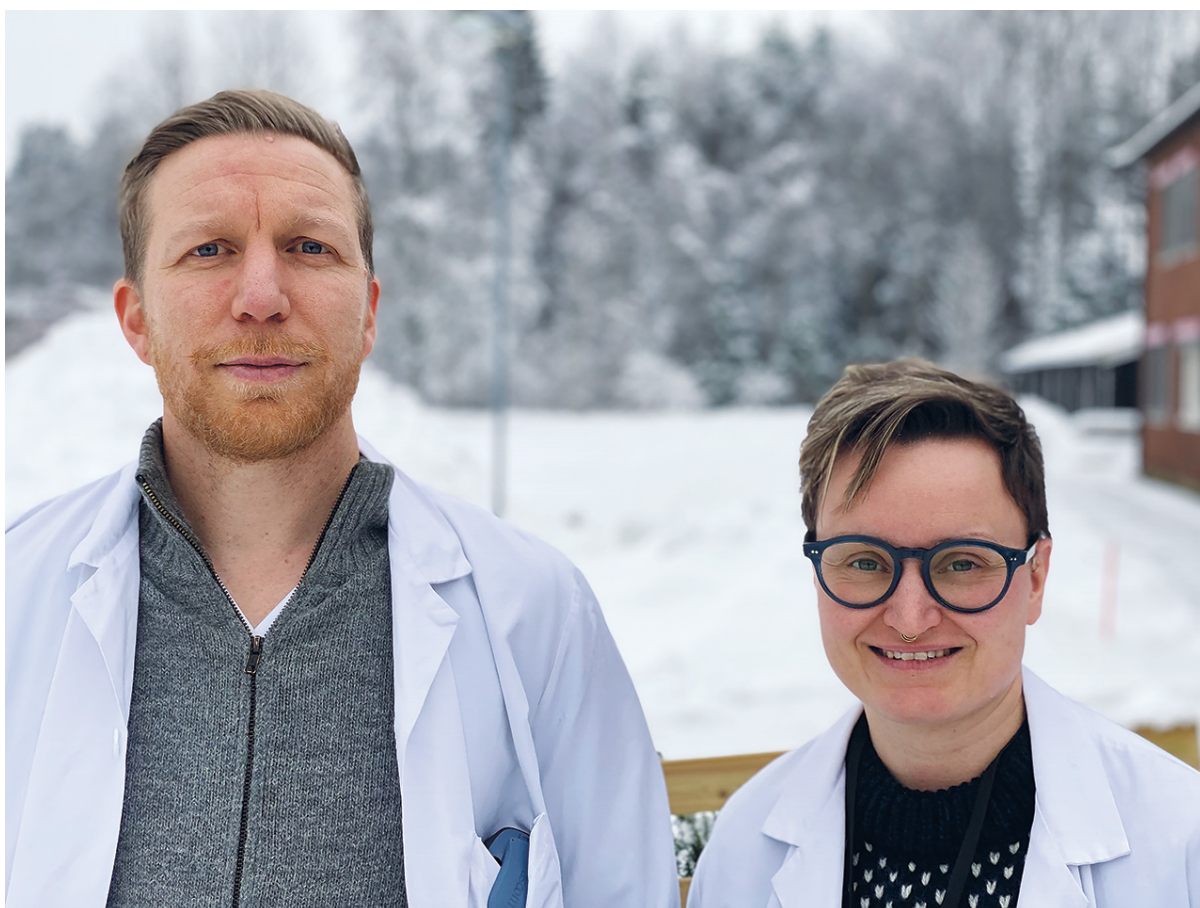
Kilde: Samdata – Behandling uten samtykke under tvungent psykisk helsevern, Helsedirektoratet, november 2022

FN-kritikk

Til grunn for det nye lovkravet lå et tydelig menneskerettighetsperspektiv. Terskelen for å røre ved grunnleggende borgerrettigheter som retten til selvbestemmelse – også når det gjelder alvorlig psykiske syke – skulle gjøres høyere. I tillegg kom et uttalt ønske om å dreie oppmerksomheten i klinikken fra diagnose til funksjonsnivå. Siden begynnelsen av årtusenskiftet hadde Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om tvangsreduksjon i spesialisthelsetjenesten gjennom sine årlige oppdragsbrev til helseforetakene.

Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) fra 2006 bidro til økt oppmerksomhet om problemstillingen. FNs spesialrapportør hadde kritisert den norske tvangspraksisen. Likevel har det vært vanskelig å snu tvangstallene. Samtykkebestemmelsen var det nye grepet til daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Men tvangspilene peker fortsatt oppover. Det framgår av Samdatas statistikk fra oktober 2022: Fra 2018 - 2021 økte behandling uten samtykke fra 46 til 74 pasienter per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. Det er en vekst på 62 prosent.

Nye tanker i klinikken



NY RETNING Samtykkebestemmelsen har skjerpet vurderingene av hva pasienten faktisk forstår av kommunikasjonen som inngår i behandlingen, mener psykologspesialistene Ivar Elvik og Tiril Østefjells. Foto: Per Halvorsen.

Vi forflytter oss til noen spredte paviljonger på et jorde i Lurudveien ikke langt fra Skedsmokorset. Vi er på Spesialpsykiatrisk avdeling på Ahus. Der jobber psykologspesialistene Ivar Elvik og Tiril Østefjells på en sengepost med elleve plasser for psykosepasienter.

At pasienten har denne forståelsen, er en forutsetning for et godt behandlingsresultat

De fleste er innlagt på tvang. De to psykologspesialistene har til sammen 25 års erfaring fra psykosefeltet.

De bekrefter et stykke på vei beskrivelsen fra Stavanger-regionen: Hyppigere utskrivinger, pasienter som slutter med medisiner og returnerer i langt dårligere forfatning enn da de skrev seg ut etter å ha blitt erklært samtykkekompetente. Samtidig har lovendringen også gitt tenkningen ny retning og skjerpet vurderingene av pasientens tilstand. Av hva vedkommende faktisk forstår av kommunikasjonen som inngår i behandlingen.

– At pasienten har denne forståelsen, er en forutsetning for et godt behandlingsresultat, sier Elvik.

Han forteller om fire pasienter han hadde ansvar for da endringen trådte i kraft i 2017. For to av dem var ikke lenger kriteriene for tvang oppfylt. Den ene pakket sakene sine og forsvant. Den andre ville fortsette behandlingen på frivillig grunnlag. Elvik mener eksemplene gir et godt bilde av konsekvensene av lovreformen.

– Førstnevnte gikk høyst sannsynlig glipp av behandling han kunne hatt nytte av. For sistnevnte viste det seg etter en ny vurdering at vilkårene for tvang ikke var til stede, og vi kunne fortsette på frivillig basis, forteller han.

De to klinikerne erkjenner dilemmaene: Når tvangen oppheves og pasientene skriver seg ut, inntreffer ofte forverringen enten umiddelbart eller i løpet av et par uker. Og hvis det ikke er noen selvmordsrisiko eller voldsrisiko og farekriteriet i loven dermed ikke slår inn, faller pasienten ut av behandlingssystemet.

– Det er en sørgmodig jobb å redde stumpene, sier Tiril Østefjells og fortsetter: Satt på spissen kan vi si at i Norge er helsehjelpen organisert slik at hvis du bruker lang nok tid på å kjøre deg selv i grava, er det ok. Bruker du kort tid, er det ikke ok.

Høy pris

Likevel ønsker ikke de to Ahus-ansatte å få tilbake det gamle behandlingskriteriet.

– Beslutningsgrunnlaget er blitt rikere. Tvangen er blitt mer formalisert, og klageretten styrket. Rettssikkerheten er blitt bedre, mener Elvik.

– *Prisen er at flere forkommer?*

– Ja, menneskerettigheter har sin pris. Men det har også en pris å frata folk autonomien. I større grad enn før reflekterer vi over hvor mye pasienten egentlig forstår av sin helsetilstand, også de som er her frivillig. Det er blitt mer realistisk å etablere en reell samarbeidsplattform med pasienten. De må jo forstå hvorfor de er her for å kunne bli bedre, sier han.

Da lovendringen ble satt ut i praksis, økte tvangstallene for noen grupper. Én årsak var at pasienter som var frivillig innlagt, men ikke forstod hva de trengte hjelp til, måtte over på tvangsvedtak. De to klinikerne forteller om pasienter som kunne ha vrangforestillinger om at de egentlig var på sengeposten for å bli beskyttet fordi noen var ute etter å ta dem.

Deltar mer i behandlingen

En kvalitativ studie viser stor tilfredshet med samtykkebestemmelsen blant pasienter som tidligere var underlagt tvang uten døgnopphold (TUD).

Forsker Nina Camilla Wergeland ved Norges arktiske universitet (UiT) intervjuet helsepersonell og pasienter som fikk opphevet vedtak om TUD da samtykkebestemmelsen kom inn i lovgivningen fra 2017. Ti av de tolv pasientene klarte å fortsette behandlingen frivillig også to år etter at tvangen ble opphevet.

– Det er et gjennomgående funn at pasientenes tilstand ikke har forverret seg. Pasientene rapporterer at de blir møtt med større respekt, opplyser Wergeland.

Hun sier at både pasienter og helsepersonell gir uttrykk for at oppheving av tvangen har hatt positiv innvirkning på behandlingsrelasjonen. Dialogen er blitt bedre. Pasientene opplever i større grad å være en aktiv del av behandlingen. Wergeland mener tvangsvedtak kan ha negative konsekvenser for tillitsforholdet mellom pasient og behandler.

– Samtykkevurderinger gjør at oppmerksomheten rettes mot pasientens funksjonsnivå og medbestemmelse i behandlingen. Det legger til rette for at pasienten får ta større del i behandlingen, sier hun til Psykologtidsskriftet.

– Hvis du ikke forstår hvorfor du trenger hjelp, mangler du samtykkekompetanse. Da må det fattes vedtak om tvang. Selv om du gjerne vil ha hjelp, forklarer Østfjells.

De to har et ønske til lovgiverne om å justere tvangsparagrafen for å gjøre kravet om manglende samtykkekompetanse mindre strengt.

Det «farlige» ved lovendringen er at den har ført til at mennesker går glipp av nødvendig helsehjelp og omsorg.

De viser til lovkommentaren som fastslår at om det er tvil, skal pasienten anses som samtykkekompetent.

– Formuleringen burde ha vært noe mildere. Det er vanskelig å unngå enhver tvil, sier de.

– *Har samtykkebestemmelsen ført til at det går flere farlige pasienter rundt i gatene enn før?*

– Vi har ingen holdepunkter for at pasientene er blitt farligere. Den største utfordringen er at flere pasienter enn før, ikke får behandlingen de trenger. Er pasienten en fare for seg selv eller andre, har vi fortsatt farekriteriet i psykisk helsevernloven, påpeker Elvik og Østfjells.

Farekriteriet

ten Velden og Weibell sier det slik:

– Det «farlige» ved lovendringen er at den har ført til at mennesker går glipp av nødvendig helsehjelp og omsorg. De dårligste pasientene blir mest skadelidende.

– *Er dette prisen vi må betale hvis vi mener at universelle menneskerettigheter som selvbestemmelse også skal gjelde for alvorlig psykisk syke mennesker?*

– Ingen er imot menneskerettigheter. Jeg har imidlertid vanskelig for å se at de blir innfridd om vi rigger oss slik at vi unnlater å gi folk som ikke kan ta hånd om seg selv, omsorgen de har behov for. Ofte er det tvangen som gjør at vi kan komme tidligere inn og tilby hjelp, sier ten Velden.

– *Bør samtykkebestemmelsen reverseres?*

– Det er sider ved samtykkebestemmelsen det er verdt å beholde. Den har forsterket kravet om å informere og involvere pårørende. Den har åpnet for bedre kliniske vurderinger av dybden i psykostilstanden. Men det må også kunne være mulig å fortsette med behandling når pasienter er i ferd med å ødelegge seg, selv om de er samtykkekompetente.

– *Hvorfor kan dere ikke benytte farekriteriet i stedet?*

– Fordi faren ved å gå til grunne med sin psykiske lidelse ikke er definert som fare slik det er definert i loven. Det skal være «nærliggende og alvorlig fare enten for eget eller for andres liv eller helse». Å forkomme på sikt faller ikke under farekriteriet, sier hun.

En som benytter farekriteriet på en annen måte enn før, er psykologspesialist Kåre Arthur Sivertsen ved Psykiatrisk akutt og mottaksfunksjon på St. Olavs hospital sier samtykkebestemmelsen har påvirket hvordan han bruker farekriteriet når han vurderer den enkelte pasient.

– Farekriteriet kan være aktuelt å bruke eksempelvis for å opprettholde tvungent vern og unngå å skrive ut en manisk person som er blitt samtykkekompetent, men som vi likevel oppfatter kan være til skade for helsa til barnet hen eventuelt har omsorg for. Vi kan ikke tallfeste det, men i slike tilfeller mener jeg vi bruker farekriteriet mer enn før. Selv om du vurderes samtykkekompetent, kan du likevel vurderes som en såpass stor belastning for andre at farekriteriet slår inn, sier han.

Ingen magi

I Avdeling for psykisk helsetjeneste og rusomsorg i Porsgrunn kommune er de ikke like opptatt av lovendringer som å legge til rette for at pasienter som er overført fra spesialisthelsetjenesten, kan få dekket grunnleggende behov.

– Tvangsforebygging handler også om å dekke pasientenes basisbehov. Det er ingen magi. Det handler om trygge boforhold, søvn, ro, mat og systematisk oppfølging fra de ansatte.

– En belastning for pårørende

Pårørende Gudrun Larsen mener det er en stor belastning å være vitne til at nære familiemedlemmer går til grunne.

Hun mener samtykkekompetansevurderinger i for stor grad preges av tilfeldigheter fordi samtykkekompetansen blir vurdert ulikt alt etter hvem som er vedtaksansvarlig.

– Belastningen havner på skuldrene til oss som står nærmest den syke, sier hun.

Som pårørende hun erfart at behandlingstrengende familiemedlem har vært inn og ut av psykiatriske sengeavdelinger opptil fire ganger i løpet av en måned, før vedkommende endelig fikk nødvendig helsehjelp.

Det var vi pårørende som måtte bringe vedkommende til legevakt for ny vurdering av samtykkekompetanse og behov for innleggelse.

– Jeg tør ikke å tenke på hvilken overlast vedkommende kunne lidd, dersom vedkommende ikke hadde hatt pårørende eller andre som kom til unnsetning, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Det sier virksomhetsleder Heidi Ekornrød Pedersen, som har ansvar for 32 plasser i botilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Vi møter henne sammen med kommunepsykolog Torstein Borch Skolseg og vernepleierne Kari Fjellhaug og Vibeke Eilertsen Waaden. De to sistnevnte har daglig ansvar for noen av beboerne, enkelte av dem utskrevet fra sikkerhetspost. De mener individuelt tilpassede botilbud er en forutsetning for å kunne redusere antall reinnleggelser og tvangsvedtak.

Det er tungt for hjelpere å ikke få hjelp

For enkeltpersoner ser de at det virker.

– Det handler om å regulere hvem som skal ha adgang til boligen. Om at verandaen ikke vender ut mot en gate med mye støy. Om at beboeren kan trekke seg tilbake, hvis ønskelig.

Summen av dette mener de skaper trygghet både for beboere og personalet. Trygghet til å jobbe med pasientene når en krise er i emning istedenfor å gå rett på en innleggelse. Bli det likevel krise, tar de utgangspunkt i detaljerte kriseplaner som er utarbeidet i samarbeid med pasienten.

– Vi lager konkrete avtaler om hva vi skal gjøre hvis vi merker at det tilspisser seg. Refleksjonen er ikke lenger innleggelse. Vi bruker mer tid på å jobbe med pasienten der hen bor, eller vi tar kontakt med behandler i spesialisthelsetjenesten. Veien til samarbeidspartnerne er veldig kort. Det kan være avgjørende. Det gir trygghet for personalet i boligene.

– *Hvordan påvirker samtykkebestemmelsen arbeidet?*

– Den gjør at det kan ta lenger tid å bygge en allianse og slippe til med hjelp. Det er tungt for hjelpere å ikke få hjelp. Går det for lang tid og pasienten isolerer seg og forfaller, øker sannsynligheten for reinnleggelse, i verste fall på tvang.

De opplever ikke at pasientene er blitt farligere enn før, og mener noe av det viktigste de kan gjøre for å unngå at folk blir farlige, er å dekke pasientens basisbehov.

– *Hvilket råd har dere til politikere som er opptatt av å få tvangstallene i psykisk helsevern ned, men ikke har lykket så godt til nå?*

– Ikke undervurder førstelinjen. Det er i kommunen folk skal bo og leve sine liv. Noen pasienter ønsker ikke hjelp eller glipper unna. Da må vi ha god tilgang på lavterskeltjenester som gjør at folk kan få hjelp til å ta vare på seg selv. Mulighet for å ta en dusj, få mat og et klapp på skuldra kan være starten på en allianse, sier Ekornrød Pedersen.