

Kjernerud, 15.12.2022

Til: Ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Fra: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

INNSPILL TIL EKSPERTUTVALGET FOR SAMTYKKEKOMPETANSE

Nasjonale kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) takker for muligheten til å gi innspill til problemstillinger som Ekspertgruppen om samtykkekompetanse arbeider med.

Om NKROP

NKROP har som mandat å drive kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet samtidig rus og psykiske lidelser med målgruppe spesialist- og kommunehelsetjenesten, brukere og deres pårørende. Et viktig utgangspunkt for vårt arbeid er de nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse som kom i 2012.

Vårt hovedbudskap

I vårt innspill vil vi holde oppmerksomheten på problemstillinger som er særlig viktige i ROP-feltet, og da i forhold til mennesker med et rusmisbruk knyttet til en alvorlig psykisk lidelse.

ROP-lidelser brukes som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Mange pasienter med en ROP-lidelse vil i tillegg ha somatiske problemstillinger.

«ROP-retningslinjen» slår fast at det er psykisk helsevern som har ansvar for denne pasientgruppen. Problemstillinger rundt psykisk helsevernlovens krav om manglende samtykkekompetanse for å kunne bruke tvang vil være aktuelle både i forhold til tvangsinnleggelse og i forhold til tvungen oppfølging av pasienter utenfor institusjon (TUD).



Her er våre hovedpunkter:

1. **Tett oppfølging.** Pasienter med alvorlig ROP-lidelse er ofte vanskelige å følge opp, særlig i tradisjonelle polikliniske settinger. Det er avgjørende viktig å være tett på disse pasientene, for å optimalisere behandlingen og for å kunne gripe inn tidlig ved destabilisering og forverring. Gruppen med alvorlig psykoselidelse og ruslidelse er sannsynligvis den gruppen av psykosepasienter som har mest utbytte av tett, oppsøkende og «pågående» oppfølging. Slik oppfølging er systematisert i integrert rus/psykiatrisk -behandling (IDDT) og i ACT og FACT-team.
2. **Grundige vurderinger.** Noen relativt få pasienter med alvorlig ROP-lidelse har risiko for å utøve vold, særlig når de bruker rusmidler. Når dette er kjent, er det spesielt viktig med tett oppfølging, der vurdering av rusmiddelbruk er helt sentralt. Slike kriser vil ofte bygge seg opp over noe tid, og ved tett oppfølging vil man kunne gripe inn med nødvendige tiltak, ofte også frivillige, før situasjonen eskalerer til høy risiko for alvorlig vold.
3. **Tilgjengelighet på døgnplasser.** For å stabilisere noen personer med alvorlig ROP-lidelse (og andre med psykose uten rus) er det nødvendig med innleggelse. Denne problematikken må derfor ses i sammenheng med tilgjengeligheten av plasser. Det vil i en del tilfeller være behov for lengre innleggelser, det vil ikke være tilstrekkelig med korte opphold, over få dager, med avrusning og stabilisering og så rask utskrivning.
4. **Tilstrekkelig observasjonstid.** For en del pasienter med gjentatte psykoseepisoder som oppfattes som rusutløste, vil det være behov for lengre observasjonstid i sykehus (psykoseavdeling) for å avklare om det foreligger en underliggende psykoselidelse (som oftest schizofreni) eller om det dreier seg om «enkle» rusutløste psykoseepisoder. Det er derfor vesentlig at det er tilstrekkelig døgnkapasitet for slike innleggelser.
5. **Fare for vold.** Hos personer med alvorlige ROP-lidelser, som tidligere har utøvd vold under aktiv psykose eller i situasjoner der det vurderes at det foreligger stor fare for slik vold, bør dette tillegges vekt i vurdering av grunnlaget for å bruke tvungen vurdering/observasjon/behandling og om unntaksbestemmelsen i samtykkekravet om fare for en selv eller andre er oppfylt. I situasjoner med dårlig rusmestring, psykoselidelse og stor fare for vold, bør terskelen for tvang kanskje være lavere enn der det ikke foreligger rusing, fordi situasjonen med rus blir ekstra uforutsigbar.
6. **Bruk av farekriteriet**
Hvis behandlingskriteriet faller bort, vil det være en risiko for at farekriteriet i psykisk helsevernloven brukes mer enn nødvendig og at pasienter som innehar liten eller ingen risiko, kan bli sett på som potensielt farlige. Slike beskrivelser eller «merkelapper» blir ofte urettmessig hengende ved pasienter. I senere situasjoner kan slike beskrivelser lett påvirke en oppfølging på måter det egentlig ikke er grunnlag for.



Situasjonen for personer med ROP-lidelser

Redusert bruk av tvang har vært et politisk mål over lang tid som er understøttet av flere handlingsplaner og lovutvalg. Målet har vært å styrke pasienters selvbestemmelse og rettsikkerhet. Bakteppe er de generelle menneskerettighetene og en kritikk fra flere hold om at tvangsbestemmelsene i psykiskhelsevernloven på noen områder utfordrer sentrale menneskerettigheter. Lovrevisjonen i 2017 må ses på bakgrunn av en slik utvikling.

Mennesker med ROP-lidelser er en gruppe i samfunnet som i mindre grad enn andre har fått ta del i den store velstandsutviklingen som er skjedd de siste 10-20 årene. Eksempelvis har de en betydelig høyere dødelighet og får mindre behandling for sine somatiske sykdommer enn andre. Deres levekår viser også stor svikt knyttet til bolig, arbeid, sosialt nettverk og økonomi. Mennesker med ROP-lidelser kjenner ofte på et sterkt utenforskap. De er ofte utelatt, eller har begrensninger/sårbarheter knyttet til ivaretagelse av sine rettigheter, ansvar, roller, ressurser og den tilhørighet som samfunnet ellers tilbyr sine innbyggere.

Når det gjelder kjennetegn i forbindelse med bruk av helsetjenester så har ROP-pasienter oftere dårlig behandlingsprognose. De har økt bruk av institusjoner og flere reinnleggelser, ofte med korte innleggelser på akuttavdelinger innenfor psykisk helsevern. I forbindelse med slike akuttinnleggelser er det en økt risiko for bruk av tvang. Denne mangelen på kontinuitet i behandlingsoppfølgingen kan bidra til tilbakefall og en manglende tillitt fra pasienten til hjelpeapparatet. Det er en problemstilling at slik helsetjenestene fungerer i forhold til ROP-pasienter involveres mange helsepersonell, ofte med det resultat at mange som ikke kjenner pasienten skal gjøre viktige vurderinger i forhold til videre behandlingsoppfølging. Dette kan føre til en praksis hvor en i for stor grad ser problemstillinger «her og nå», og uten samtidig å få gjort en grundigere vurdering av historien over tid.

Samtykkekompetansevurderingen som ble innført i 2017 har sannsynligvis bidratt til flere kortere innleggelser fordi mange av disse pasientene får en rusutløst psykose som går tilbake når pasienten gjennom en innleggelse ikke lenger har mulighet til å ruse seg. Pasienten gjenvinner sin samtykkekompetanse og velger å skrive seg ut. En problemstilling da er at hjelpeapparatet ikke har tid til å gjøre en grundigere vurdering sammen med pasienten for å undersøke om det ligger andre og mer alvorlige psykiske helseproblemer til grunn.

Pasienter med ROP-lidelser har ofte store og sammensatte problemer med behov for oppfølging fra flere instanser og aktører. En utfordring er at disse tjenestene ofte ikke samarbeider godt nok og at tilbudene ikke er integrert i en helhetlig forståelse av hva pasienten trenger.



For å bøte på dette har helsemyndighetene de siste årene bidratt til at tjenestene har innført ulike samhandlingsmodeller i ROP feltet som eksempelvis ACT- eller FACT-team. ACT- og FACT- team skal være en forpliktende samhandling mellom kommunen og spesialisthelse-tjenesten og gi et tilbud til personer med alvorlige psykisk lidelser, ofte med rusproblemer, og som samtidig har store, sammensatte og langvarige tjenestebehov. Teamene har en ambulant og oppsøkende behandlingstilnærming med en tverrfaglig profil som er utviklet med målsetting å bedre møte pasienten på pasientens premisser. Hovedformålet med teamene er å gi mennesker med rus og alvorlige psykiske lidelser, som ikke klarer å nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene, et tilbud fra teamet som oppleves helhetlige og koordinert av pasienten. ACT og FACT skal derfor på ulike måter bidra til at personer i målgruppa kan leve livet sitt så bra som mulig ute i samfunnet. De skal styrke personen i å mestre livet sitt ut fra de behov og ønsker han eller hun har, og tjenestene skal skapes sammen med brukeren. Evalueringer så langt har vist at ACT/FACT halverer antall innleggelsesdøgn og halverer bruken av tvang.

Om rusmidler og psykisk lidelse

Psykoaktive stoffer (rusmidler) påvirker hjernen og bevisstheten på ulike måter, både ved akutt pågående rusvirkning og i noen tilfeller ved å utløse, vedlikeholde eller destabilisere alvorlige psykiske lidelser (vesentlig psykoselidelser). Akutt rus kan gi økt voldsrisiko også uten at det foreligger alvorlig psykisk lidelse. «Selvpåført rus» regnes ikke som grunnlag for straffefritak i norsk rett. Ruspåvirkning kan også påvirke kroniske psykiske lidelser og i noen tilfeller føre til økt fare for vold utøvd av personer med alvorlig psykisk lidelse.

Forholdet mellom psykisk lidelse og rusmiddelbrukslidelse kan variere. Mange med alvorlige ROP-lidelser har vært utsatt for omfattende traumer og mange har PTSD. Dette har betydning for prognose og behandling. Hos noen pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse er den psykiske lidelsen primær og rus (akutt eller kronisk) påvirker den primære psykiske lidelsen og kan føre til destabilisering og dårligere fungering. I noen tilfeller også til økt voldsrisiko. Mange med ruslidelser utvikler sekundære psykiske vansker på grunn av sin ruslidelse og vanskelige leveforhold. Dette kan føre til angst og depresjon. I noen tilfeller kan omfattende og vedvarende rusing med særlig sentralstimulerende stoffer som kokain og amfetaminer føre til kortvarige psykose. Ved gjentatte slike «rusutløste» psykoser vil en del pasienter kunne utvikle kroniske psykotiske lidelser. En slik tilstand kan også skyldes at pasienten har hatt en «sub-klinisk» sårbarhet for psykose, og at den fører til klinisk sykdom ved gjentatte kortvarige psykotiske episoder. Utløsning av kronisk psykoselidelse (schizofreni) kan hos noe sårbare personer også knyttes til rusmidler med hallusinogene egenskaper som cannabis og såkalte psykedeliske stoffer som LSD med flere.



Det er vel dokumentert at samtidig ruslidelse forverrer prognosen ved alvorlige psykiske lidelser. Risiko for død er økt og levealderen betydelig redusert hos pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse sammenlignet med pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten samtidig ruslidelse.

Hos noen personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse (primært psykoselidelser, schizofreni og stemningslidelser med psykose) og alvorlig ruslidelse eller risikobruk av rusmidler, kan samspillet mellom den psykiske lidelsen og bruk av rusmidler føre til ulike negative konsekvenser. Pasientens evne til å følge opp behandling, spesielt tradisjonell («kontorbasert») behandling blir dårligere. Det kan føre til prognosetap, og i noen tilfeller økt voldsrisiko. Videre kan «rusing» føre til destabilisering av pasienten, med redusert evne til å opprettholde adekvat ernæring, døgnrytme og medisiner og vansker med å fungere i ulike sosial settinger som familie, vennekrets, arbeid og andre aktiviteter. Rusmiddeleffekter vil kunne påvirke den psykiske grunnsykdommen med oppblomstring av psykotiske og gjerne paranoide forstillinger som i noen tilfeller vil kunne føre til alvorlige voldshendelser.

Det er også viktig å være klar over at bruk av rusmidler kan variere over tid, ikke minst hvis det foreligger skadelig bruk uten nødvendigvis avhengighet. Derfor kan det psykiske symptom bildet bli sammensatt og variere over tid, også over kort tid, avhengig av rusmiddelbruk. Stabilisering av ruslidelsen med opphør av skadelig rusmiddelbruk, er derfor en viktig side av denne problematikken.

Vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang

NKROP mener at arbeidet med økt frivillighet og redusert bruk av tvang ved psykisk helsehjelp er viktig og riktig. De siste årene er det lagt mer vekt på reduisert og riktig bruk av tvang enn redusert bruk alene. En slik tilnærming mener vi er en bedre tilnærming når en både skal ivareta enkeltpasienters behandlingsbehov, pårørendes behov, lokalsamfunn og samfunnsvernet mer generelt. Fagfeltet har arbeidet med å utvikle en felles forståelse av, og praksis rundt, begrepet samtykkekompetanse siden det ble innført for fem år siden. I dette arbeidet er det kommet flere hjelpeverktøy, eksempelvis «FARV» (forstå, anerkjenne, resonere, vurdere). Fortsatt trenger forståelsen av samtykkekompetanse å arbeides mere med. På den ene siden er vurderingen av samtykkekompetanse viktig for å sikre enkeltmenneskers selvbestemmelse. På den andre siden kan denne selvbestemmelsen være uheldig i tilfeller der pasienten får ansvar for beslutninger som de mangler reell kompetanse til å ta. Et sentralt tema her er pasientens oversikt og forståelse av tidligere behandling og valg. Dessverre er det slik at noen pasienter som gjenvinner sin samtykkekompetanse og skrives ut avslutter sin behandlingsoppfølging og får alvorlige tilbakefall med påfølgende reinnleggelse. Slike «svingdørsforløp» er ikke gunstige, og anses å kunne gi en dårligere prognose for pasientens utvikling over tid.



En viktig diskusjon bør være hvilken oversikt og innsikt pasienten skal ha for å kunne uttrykke et samtykke. Det kreves kompetanse både til å samtykke, men også til å nekte. I forhold til ROP –pasienter er denne vurderingen spesielt viktig fordi alvorlige rus- og psykiske helseproblemer i kombinasjon med somatiske problemstillinger kan gi utfordringer når enkeltmennesker skal vurdere konsekvenser på kort og lang sikt av egne valg. En egen vurdering bør gjøres i forhold til muligheten til å gjøre reelle valg hvis en samtidig sliter med en alvorlig rusavhengighet.

Samlet viser dette at ROP-lidelser gir noen problemstillinger i forhold til å sikre god oppfølging. Med utgangspunkt i det som er nevnt over er kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse og samtidig bruk av rusmidler viktige forhold i vurdering av samtykke og bruk av tvang. Det kan oppstå et dilemma mellom pasientautonomi og det å gi god omsorg. Det kan også oppstå dilemma mellom hensynet til enkeltmenneske(r) og samfunnets behov for beskyttelse. Et spørsmål da er hvordan vi har innrettet helsetjenestene. Har vi en tjeneste som er innrettet slik at den møter pasientens behov i ulike faser av sin lidelse, eller «tvinges» alle inn i en felles struktur som er lite individuell? Ofte handler drøftingene om bruk av tvang om akutt-situasjoner. Et viktig spørsmål er hvilke valg hjelpeapparatet har hatt til å fremme frivillige løsninger og behandlingssamarbeid før en kom dit. Eller sagt med andre ord - hvilke ressursmessige rammer er etablert for å sikre tilgjengelige tjenester basert mest mulig på frivillighet?

Færre døgnplasser og press på plasser kan sammen med mange involverte hjelpere drive vurderingene mot en «her og nå vurdering», og uten at en klarer å bruke pasientens historie som grunnlag for å fatte riktige beslutninger.