

Likestillings- og diskrimineringsombudet etterlyser ressurser til tunge nasjonale tiltak for å redusere tvang og styrke tilgangen til frivillige helsetilbud for personer som har alvorlige psykiske helseplager¹.

Det er positivt at det i budsjettproposisjonen vises til at NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven nå er til oppfølging i departementet.² Forslagene om å klargjøre retten til forebyggende og frivillig behandling er det bred oppslutning om. Men vi ser i dette budsjettet ikke tydelige spor av den satsningen på forebygging av tvang som er av avgjørende betydning for å lykkes med en tvangsreform.

Vi vet at helseforetakene i praksis ikke evner å etterleve den såkalte gylne regel om at psykisk helsevern skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor. Det er heller ikke tvil om at det i en årrekke har skjedd en nedbygging av antallet døgnplasser i psykiatrien – og at dette også gjelder frivillige døgnplasser. Dette til tross for at frivillig behandling med høy kvalitet er den behandlingen som har dokumentert best effekt - også for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Vi har fått følgende tall fra helsedirektoratet som viser denne nedbyggingen klart: Fra 1998 til 2019 ble antall døgnplasser per innbygger 18 år og eldre, redusert med **55 prosent**. I 1998 var det **5 980** døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne. I 2018 var de tilsvarende tallet **3 390**.³ I statistikken skilles det ikke mellom frivillige plasser og tvangsplasser.⁴

Samtidig som det har skjedd en planlagt nedbygging av tilgangen på døgnplasser – nås ikke målet om reduksjon av tvang i det psykiske helsevernet. Helsedirektoratets egen statistikk viser at så vel omfanget av tvangsinnleggelse som tvangsbehandling med medikamenter og bruk av tvangsmidler, har holdt seg relativt stabilt.

Vi vil fremheve noen enkle tall som viser at omfanget av bruk av tvang i norsk psykisk helsevern holder seg på et vedvarende høyt nivå – til tross for innskjerping av vilkårene for tvang gjennom lovendring i psykisk helsevernloven i 2017.⁵ Tall fra Norsk pasientregister viste at **5707 pasienter** ble **tvangsinnlagt til sammen 8076 ganger i 2018**. Videre ble det i 2018 ble det truffet 1974 vedtak om tvangsbehandling, i all hovedsak medikamentell. Dette utgjør 27 % av tilfellene der personen var tvangsinnlagt med døgnopphold.

Vi er opptatt av disse vedvarende høye tvangstallene fordi de med all tydelighet disse tallene viser behovet for en kraftig opptrapping av forebyggende og frivillig behandling – herunder frivillig døgnbehandling - for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Den menneskerettslige terminologien for alvorlig psykisk lidelse er psykososial funksjonsnedsettelse. Personer med psykososial funksjonsnedsettelse er vernet av forbudet mot diskriminering på grunn av funksjonsnedsettelse i likestillings- og diskrimineringsloven § 6. De har også omfattende rettigheter etter FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

¹ Personer med alvorlige psykiske helseplager er vernet av forbudet mot diskriminering på grunn av funksjonsnedsettelse i likestillings- og diskrimineringsloven § 6.

² Prop. 1 S 2020–2021 Helse- og omsorgsdepartementet side 152

³ I 1998 var det 296 døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge, 5 980 døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne, **totalt 6 276**. I 2018 var de tilsvarende tallene 310, 3 390 og **3 700**.

I 2019 var tallene 301, 3 348 og **3 649**.³

⁴ Nedgangen i tallet på døgnplasser er i tråd med de helsepolitiske målsettingene på feltet, med forskyvning av aktivitet fra døgnavdelinger til polikliniske og ambulante tjenester.

⁵ Tallene er hentet fra [helsedirektoratets side for nasjonale kvalitetsindikatorer \(NKI\) i psykisk helsevern for voksne](#).

FN-komiteen som har som mandat å overvåke FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) anser tvangsbehandling med antipsykotiske medikamenter for å være i strid med konvensjonen. Som en forlengelse av dette uttrykker den også rett til tilpasset helsehjelp basert på fritt og informert samtykke.

Tvangsregelverket kan selvsagt ikke endres reformeres over natten. Men som et minimum må det tas avgjørende skritt i riktig retning – slik at personer alvorlige psykiske lidelser på sikt skal få en likeverdig behandling.⁶

Retten til likeverdig helsehjelp⁷ samt forbudet mot diskriminering basert på nedsatt funksjonsevne⁸ tilsier at kapasitets- og ressurs hensyn ikke legitimerer at «minste inngrepsprinsipp» fravikes. Det betyr at også personer med ulike former for psykiske lidelser har rett til den helsehjelpen som medfører lavest risiko for alvorlige uønskede bivirkninger og som i minst mulig grad utgjør inngrep i deres selvbestemmelse.

Å gi personer god og riktig behandling og oppfølging vil kunne gjøre at disse personene fungerer bedre og trenger mindre oppfølging på sikt. Å sikre at en person med en alvorlig psykose får et godt, helhetlig tilbud med en behandling personen selv måtte ønske vil koste penger. Det kan likevel på sikt bli rimeligere enn gjentatte kriser som ofte utløser bruk av tvang, og sykehusinnleggelses, både i psykisk helsevern og somatikken- ikke sjelden med bistand fra politi og andre nødetater. I tillegg kommer belastninger og mulig sykefravær for pårørende. På langsikt er det også mulig å se for seg at det økonomiske regnestykket vil vise seg at det lønner seg å investere i psykisk helse.

Likestillings- og diskrimineringsombudet ber komiteen om å:

- Legge til rette for omfattende satsning på forebygging av tvang – med de ressurser dette krever. Vi anmoder om at det avsettes ressurser til kraftig utbygging av kapasitet for frivillig døgnbehandling.
- Legge til rette for at kommunen oppfyller sitt ansvar å sørge for god etterbehandling av den enkelte pasienter etter utskrivning av døgnbehandling.

Ombudet etterlyser:

- Målrrettede tildelinger i spesialisthelsetjenesten som sørger for at helseforetakene prioriterer psykisk helsevern.⁹
- Post 73 utviklingstiltak, styrkes med midler til utviklingsarbeid til etablering av plasser for akuttbehandling av psykotiske kriser uten tvungen medikamentbehandling.¹⁰
- Post 60 kommunale tjenester, styrkes med målrrettede tildelinger til kommunens ettervern av pasienter som skrives ut fra døgnbehandling i psykiske helsevern.

⁶ Vi ser allerede klare spor av dette i praksis til den europeiske menneskerettsdomstol jf eks Rooman vs Belgia 2019.

⁷ ØSK artikkel 12 og CRPD artikkel 2

⁸ Jf likestillings- og diskrimineringsloven § 7 og CRPD artikkel 5

⁹ Hvis ikke kommer behandlingen til å bli dårligere, spesielt når pressede tjenester kombineres med politiske målkrav om kortere ventetider i følge Psykologforeningen. 7.oktober 2020-

¹⁰ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/12/05/tvangsbegrensingsloven-har-et-hovedproblem/>