

Protokoll fra ledermøte i Mental Helse

Sted: Quality Airport Hotel Gardermoen
 Dato: Fredag 20. - søndag 22. september 2019
 Tid: 13.00 fredag til 11.30 søndag

LEDERMØTE SEPTEMBER 2019					
TILHØRER	NAVN	STEMME- RETT*	Fre	Lør	Søn
Sentralstyret	Jill Arild		x	Meldt forfall	Meldt forfall
Sentralstyret	Bente Holm Mejdell		x	x	x
Sentralstyret	Øystein Høiby		x	x	x
Sentralstyret	Håkon Steen		x	x	x
Sentralstyret	Karl Olaf Sundfør		x	x	x
Sentralstyret	Tariq Eide		x	x	x
Sentralstyret	Wenche Steenstrup		x	x	x
Sentralstyret (vara)	Grethe Bygland		x	x	x
Sentralstyret (vara)	Vibeke Karlsen		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Sentralstyret (vara)	Aina Nybakke Rugelsjøen		x	x	x
Stig Raymon Moe			Ikke møtt	Ikke møtt	Ikke møtt
Ansattes representant, sentralstyret	Hanne Karine Nordstedt		x	x	x
Ansattes representant, sentralstyret	Kristin Vala		x	x	x
Mental Helse Ungdoms repr. i sentralstyret	Mille Falstad		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Landsleder Mental Helse Ungdom	Martine Antonsen		x	x	x
Mental Helse Agder	Anne-Marie Løland Jensen	x	x	x	x
Mental Helse Akershus	Lene Brobakken	x	Meldt forfall	x	x
Mental Helse Buskerud	Cathrine Hvasshovd	x	Meldt forfall	x	x

Mental Helse Finnmark	Torill Ackermann	x	x	x	x
Mental Helse Hedmark	Finn Kristiansen	x	x	x	x
Mental Helse Hordaland	Else Berit Helle	x	x	x	x
Mental Helse Møre og Romsdal	Anna Margrethe Drægebø Moe		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Mental Helse Nordland	Tonje Kristoffersen	x	x	x	x
Mental Helse Oppland	Elin Anita Lund	x	x		
Mental Helse Oppland	Anne Grethe M. Mortensen	x	Meldt forfall	x	x
Mental Helse Oslo	Umar Ashraf		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Mental Helse Sogn og Fjordane	Gerd Bjørkedal		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Mental Helse Trøndelag	Veronika Kjesbu	x	x	x	x
Mental Helse Trøndelag	Anna-Elise Opheim	x	x	x	x
Mental Helse Rogaland	Martha Gulbrandsen	x	x	x	x
Mental Helse Telemark	Ida Helene G. Huitfeldt		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Mental Helse Troms	Ågot Voll	x	x	x	x
Mental Helse Vestfold	Mette Gropen Halvorsen	x	x	x	x
Mental Helse Øst	Connie Yven	x	x	x	x
Desisjonskomiteen	Gunnar Helle		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Desisjonskomiteen	Helga Skåden		x	x	x
Desisjonskomiteen	Jørund Schwach		x	x	x
Desisjonskomiteen	Geirr Abelsen		x	x	x
Desisjonskomiteen	Turid Bakken		x	x	x
Administrasjonen	Linda Berg Heggelund		x	x	x
Administrasjonen	Øyvind Kjørås		x	x	x
Administrasjonen	Siri Bråtane		x	x	x
Hjelpetelefonen	Aslaug T. Dale		x	x	x

Administrasjonen	Kjersti Storhaug		x	x	x
Administrasjonen	Barbro Aas		Meldt forfall	Meldt forfall	Meldt forfall
Administrasjonen	Sølvi Hagen		x	x	x
Administrasjon	Espen Lahnstein		x	x	x
Administrasjonen	Aina Kaupang		x	x	
Administrasjonen	Kristin Bergersen		x		
Innleder / gjest	Marius Storvik		x		
Observatør	Ingrid Weflen, Akershus			x	
Observatør	Elin Anita Lund, Oppland			x	x
Observatør	Eva Engen, Øst		x	x	x

- Sak 8/19 vedtakssak, 13 stemmeberettigede til stede
- Sak 13/19 vedtakssak, 14 stemmeberettigede til stede

Sak 8/19 Godkjenning av innkalling og dagsorden

Landsleder Jill Arild ønsket velkommen, og det ble foretatt navneopprop.

Finn Kristiansen og Tonje Kristoffersen innstilles som protokollunderskrivere.

Vedtak: Innkalling og dagsorden godkjennes. Finn Kristiansen og Tonje Kristoffersen velges til protokollunderskrivere.

Sak 9/19 Desisjonskomitéens rapport

Helga Skåden leste opp komitéens rapport.

Det ble åpnet for spørsmål og kommentarer.

Ledermøtet kom med kommentarer på bla avsnittet om behandling av b-saker, suppleringsvalg, fylkessammenslåing, og henvendelser til desisjonskomiteen angående ansatte.

Behandling av b-saker: det ble vist til at god forvaltningsskikk innebærer at det kun er de som har vedtaksmyndighet som er med på å behandle saken. Det må gå tydelig frem av protokollen hvem som har vært til stede under behandling og vedtak i slike saker.

Henvendelser til desisjonskomitéen angående ansatte: Slike henvendelser skal til generalsekretær. Det er ikke i desisjonskomitéens mandat å behandle slike saker. Generalsekretær må ha konkrete, skriftlige henvendelser og man har ikke mulighet til å være anonym.

Vedtak: Desisjonskomitéens rapport tas til orientering



Presentasjon av ny kommunikasjonssjef, Kristin Bergersen.

Kristin Bergersen presenterte seg selv og sine tanker om hvordan vi kan lykkes med vår kommunikasjonsstrategi. Hun oppfordret alle til å ta kontakt og ta henne i bruk.

Sak 10/19 Tvangsbegrensningsloven

Marius Storvik, (førsteamanuensis ved det juridiske fakultet, Universitetet i Tromsø) redegjorde for sitt syn på lovutvalgets innstilling. Dialog og spørsmål med ledermøtet i etterkant av innledningen.

Presentasjonen til Storvik er vedlagt protokollen.

Siri Bråtane, spesialrådgiver, Mental Helse ga en oppsummering av noen av hovedpunktene i lovforslaget som innledning til gruppearbeidene.

Presentasjonen og oppsummering av gruppearbeidene er vedlagt protokollen

Sak 11/19 Åpen time

Navneendring Mental Helse Ungdom

Martine Antonsen, landsleder Mental Helse Ungdom og leder i navneutvalget, redegjorde for status i prosessen med mulig navneendring for Mental Helse Ungdom.

Proessen startet i 2016. Man skal utrede og eventuelt foreslå et navnebytte og man skal ta endelig stilling til et navnebytte i 2020. Hovedformålet med et eventuelt navnebytte er at det skal bli lettere for ungdom å bli medlemmer, og at det ikke er forbundet med stigma å bli medlem. Et annet formål er å tydeliggjøre formålet med organisasjonen.

Høringer – Hordaland

Else-Berit Helle, Fylkesleder i Hordaland ønsket å rette oppmerksomheten mot blant annet forslaget som er ute på høring angående fjerning av skjermingstillegg for uføre når de blir alderspensjonister. Dette er et element i at regjeringen hele tiden tar fra de uføre. Skal vi ha et bredere perspektiv på dette? I tillegg har vi ung ufør og arbeidsavklaringspenger. Kan vi be Kristin Bergersen å følge litt med på dette fremover? Vi må få hjelp fra kommunikasjonsleder til å se på de høringen som kommer, og prøver å ha en litt proaktiv holdning til disse temaene. Leder møtet gir sin tilslutning til dette.

Status – KUPP:

Wenche Steenstrup redegjorde for status i KUPP. Presentasjonen inneholdt bla en oversikt over:

- Studietimer
- Voksenopplæringsmidler
- Tilretteleggingstilskudd

- Endringer i satsene
- Kurs hittil i år

KUPP, organisasjonsrådgiverne og Lent er i gang med å lage kurs i konflikthåndtering. Kurset skal ferdigstilles i løpet av året og er klart for bestilling i 2020.

Wenche Steenstrup oppfordret alle fylkene til å melde seg på studieledersamlingen 27.-29. septemeber.

Det blir gjennomført et nasjonalt kurs i rollen som brukerrepresentant i begynnelsen av november.

Sak 12/19 Protokoller

Følgende protokoller ble lagt frem til orientering:

- Protokoll fra ledermøtet i mars 2019
- Protokoll fra sentralstyremøte 2/19
- Protokoll fra sentralstyremøte 3/19
- Protokoll fra sentralstyremøte 4/19

Kommentarer til protokollene:

- Sentralstyremøte 3/19: Helga Skåden, desisjonskommiteen – til stede var også Helga Skåden, Turid Bakken og Jørund Schwach

Vedtak: Protokollene tas til orientering

Sak 13/19 Oppnevning av samfunnspolitisk utvalg

Innledning ved Bente Holm Mejdell.

I henhold til §10.4 i vedtektene er det ledermøtet som innstiller samfunnspolitisk program og strategidokument til landsmøtet. I hht § 13.5 er det sentralstyret som oppnevner utvalg i organisasjonen.

Sentralstyret har i sitt møte i august 2019 utpekt Wenche Steenstrup som leder for utvalget.

Sentralstyret sender ut e-post til lagene og ber om innspill til utvalget.

Ledermøtet foreslo følgende kandidater i møtet:

- Finn Kristiansen fra Hedmark foreslår Finn Kristiansen – Mental Helse Hedmark.
- Grethe Bygland fra sentralstyret, foreslår Anne Marie Løland Jensen – Mental Helse Agder.



- Anne Grethe Mortensen fra Oppland foreslår Elin Anita Lund, Mental Helse Oppland / Mental Helse Gjøvik.
- Conny Yven fra Mental Helse Øst, foreslår Eva Engen, Mental Helse Øst / Mental Helse Sarpsborg.
- Cathrine Hvasshovd fra Mental Helse Buskerud foreslår Ann Kristin Hamm, Mental Helse Buskerud.
- Grethe Bygland fra sentralstyret foreslår Martha Gulbrandsen, Mental Helse Rogaland / Mental Helse Sauda.

Vedtak: Ledermøtet innstiller overfor sentralstyret om å nedsette utvalg for samfunnspolitisk program og strategidokument.

Sak 14/19 Åpen time

Regnskapsprogram og felles kontoplan for fylkes- og lokallag

Oppfølging av sak fra forrige ledermøte ved økonomileder Øyvind Kjørås. Presentasjonen er vedlagt protokollen.

Hvordan håndtere at et fylkeslag står uten nestleder ved permisjon av leder? – sak meldt av Mental Helse Akershus

Lene Brobakken, fungerende leder i Akershus la frem problemstillingen. Geirr Abelsen fra desisjonskomiteen foreslår at det korrekte da er å ha et ekstraordinært årsmøte for å velge nestleder dersom det er nødvendig å velge en ny nestleder.

Oppsummert fra ledermøtet: Vedtektene åpner ikke for å konstituere ny nestleder. Leder og nestleder er årsmøtevalgte verv, og styret kan derfor ikke konstituere disse rollene ved inntreden av vara. Andre verv i styret som ikke er årsmøtevalgt kan styret konstituere selv.

Det er likevel mulig å drifte et lag uten nestleder frem til neste ordinære årsmøte så sant styret er vedtaksdyktig.

Nestlederrolle på ledermøtet og opplæring – sak meldt av Mental Helse Øst, Mental Helse Buskerud og Mental Helse Akershus.

Cathrine Hvasshovd la frem saken på vegne av de tre fylkene. Fylkene bør få ha med nestleder på ledermøtene. I dag er praksis slik at fylkene kan ha med observatører på ledermøtet. Dette må fylkene dekke selv og de har ikke tale-, forslags- og stemmerett.



Dersom man skal gjøre endring i denne praksisen må det vedtektsendringer til. Dette komme de tre fylkene til å melde inn som sak til landsmøtet.

Ledermøtet oppfordrer Akershus, Buskerud og Østfold om å sende dette som innspill til vedtektskomiteen.

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Disse rådene oppnevnes i disse dager etter kommune- og fylkestingsvalget, og de oppnevnes for fire år. Prosess for oppnevning varierer fra kommune til kommune. Det oppfordres til å være proaktiv.

Evaluering av møte:

- Kjempefint møte, lært mye og alle har vært veldig aktive
- Bra gruppearbeid og bra med gruppearbeid for å bli bedre kjent
- Kjempefint møte. Fint med gruppearbeid og fint å bli kjent med nye
- Har lært mye nytt selv om jeg har vært med lenge. Bra møte
- Bra møte, gode gruppearbeid, øker aktiviteten
- Har gått veldig greit. Bra med den første dagen for de nye fylkesledere. Bra og få gått inn i det nye lovforslaget. Ønske om at det etableres en facebook-gruppe for fylkeslederne. *Svar fra ledermøtet: Dette eksisterer, men er ikke så aktiv. De nye fylkeslederne inviteres inn. Dagens gruppe er for ledere og nestledere*
- Bra samling. Innspill til neste ledermøte: Ønsker orientering om prosjektene vi driver.
- Hadde stort utbytte av kurset for nye fylkesledere. Veldig bra! Glad for at det startet med det. Hyggelig å møte alle sammen, møte menneskene bak navnene.
- Veldig bra med Marius Storvik. Bra at vi har en jurist som lærer opp nye jurister i dette området. Spennende gruppearbeid. Masse kloke folk i denne organisasjonen. Godt å være sammen med folk her. Håper vi veteranene har tatt gått imot de nye.
- Finner ikke noe å kritisere. Veldig gode sakspapirer, engasjerende tema og gode gruppearbeid. Glad for at sentralstyret kommer med varaer.
- Bare positive tilbakemeldinger å gi. Har vært flinke til å sette opp møtet, godt ledet, dyktige folk, både arrangører og tillitsvalgte. Godt å treffe administrasjonen og Mental Helse Ungdom. Fint som ny å komme på opplæring torsdag for nye ledere.

- Fryktelig ubehagelig å komme hit i går. Jeg er helt ny, og det er mange her jeg ikke kjenner. Liker å ha litt rom rundt meg rent fysisk. Trenger tid på å finne meg til rette og finne rollen. Fikk fullstendig panikkangst. Hadde vært fint med større plass i hesteskoen. Er trangt. Har gått bedre i dag, blitt litt kjent og knyttet noen kontakter. Viktig å ta individuelle hensyn så det er rom for alle. Når det gjelder tema har jeg lært mye, men jeg kunne ønske at vi hadde alternativer for vi har såpass mye bra i samfunnspolitisk program. Jeg føler at jeg ikke hadde noe å bidra med. Vil ellers si tusen takk til alle rundt her. Fantastisk gjeng.
- Hyggelig å hilse på alle. Er helt ny og har vært litt redd for å komme. Ble tatt godt imot. Likte godt at det var gruppearbeid. Gruppen min var veldig godt sammensatt. Alle fikk rom til å prate.
- Var veldig spent, første gang jeg deltar. Veldig spent på Marius Storvik og så frem mot det. Det er en organisasjon med mye kunnskap og omsorg i administrasjon, sentralstyret og hjelpetelefonen.
- Har vært veldig bra møte, veldig bra gruppearbeid. Lærte veldig mye både i grupper og i plenum. Veldig nyttig å ta med seg videre.
- Veldig fint møte, god gjennomføring og god ledelse. Gode gruppearbeider. Satte stor pris på dette
- Dette møterommet er bedre enn det vi hadde sist. Takk for at vi har fått forespørsel på forhånd om å legge frem saker. Fint at vi har hatt tid til å få en ordentlig gjennomgang. Bra at det er to mikrofoner. Skryt til Bente Mejdell for veldig bra møteledelse. Har gitt rom til alle.
- Veldig fin helg. Første gang på mange år jeg er på ledermøte. Tema for helgen engasjerer meg veldig, og lever med dette i hverdagen. For meg er det enormt viktig å få være med både lokalt og sentralt. Mental Helse er en fin familie.
- Veldig bra med gruppearbeid. Da lærer vi av hverandre. Godt for sentralstyret å få innspillene i og fra gruppene. Stort sett en bra helg. Har reagert på et par ting. Sluttes meg til skrytet av Bente Mejdell. Godt å treffe alle sammen og spesielt de nye. Inspirerende
- Godt møte, god ledelse. Stolt av å være en del av Mental Helse.
- Beste ledermøte jeg har vært på til nå. Veldig bra med gruppearbeid. Imponert over kompetansen som er. Godt å treffe folk med samme erfaringer og holdninger. Bra å få inn Marius Storvik. Arbeidet Siri har gjort har også vært med på å lette arbeidet
- Godt møte og enig med omtrent alt som er sagt. Godt å se nye og gamle mennesker. Fint sted å møtes hvor vi kan diskutere ting som er viktig i Mental

Helse. Lettere for sentralstyret å jobbe videre med saken. Har ikke opplevd maken til ivaretagelsen av meg som handikappet. Veldig takknemlig for det!

- Todelt tilbakemelding: Politikk - gruppearbeid og innledning fra Marius Storvik veldig spennende og givende. Veldig lærerikt. Ledermøtet har gitt oss gode verktøy når vi skal jobbe videre med høringssvaret. Opplever at stemningen er veldig god. Jeg tror vi har det bedre sammen nå og at det er en positiv kulturendring i organisasjonen. Og det er jeg veldig glad for. Den andre delen av tilbakemelding: Sentralstyret skal benytte ledermøtet som rådgivende organ. Øystein Høiby, 2. nestleder i sentralstyret, ønsker en protokolltilførsel som gjengis til slutt i protokollen.
- Takk for tilbakemeldingene. Vi har gjennomført møte sammen. Har vært en gjeng som har vært full av respekt, engasjement og erfaring. Veldig imponert over all kunnskapen og erfaringen som finns i rommet. Imponert over måten dere deler på. Har senket skuldrene litt etter hvert. Har vært et spennende møte både i gruppearbeidet, men også vært greit å lede møtet. Vil også benytte anledningen til å takke administrasjonen for å legge så godt til rette for møtet. Ligger mye arbeid bak.

Protokolltilførsel:

Landsleder anbefalte ledermøtet å bryte vedtektene fram til landsmøtet i 2020. Det ble fra landsleder vist til at Landsmøtet i 2018 vedtok at fylkessammenslåingsproblematikken, skulle utsettes til Landsmøtet i 2020. Fra landsmøtevedtaket i sak 18/18 og i 10/18 fremkommer det at dette er uriktig. Det er problematisk at Sentralstyret av landsleder nektes å bruke ledermøtet som rådgivende organ.

- Øystein Høiby, 2. nestleder i sentralstyret.

Protokollunderskrivere:



Finn Kristiansen



Tonje Kristoffersen

Vedlegg:

1. Presentasjon Kristin Bergersen, kommunikasjonssjef
2. Presentasjon Marius Storvik



3. Presentasjon Siri Bråtane, spesialrådgiver
4. Oppsummering Gruppeoppgaver
5. Presentasjon fra Øyvind Kjørås, økonomisjef



Kommunikasjonsstrategi - Mental Helse

- Hva, hvordan og hvorfor?



borgemall@gmail.com
089





Hva betyr kommunikasjon?

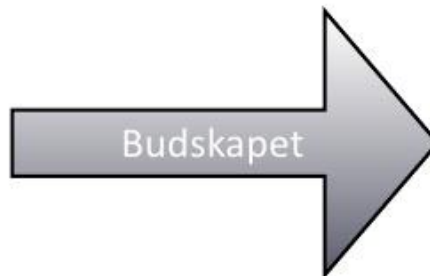
- Fra latin: «Communicare» som betyr «å gjøre noe felles»
- Overføring eller utveksling av informasjon
- En prosess der en person, gruppe eller organisasjon overfører en type informasjon til en annen person, gruppe eller organisasjon.

Enkel kommunikasjonsmodell

Sender

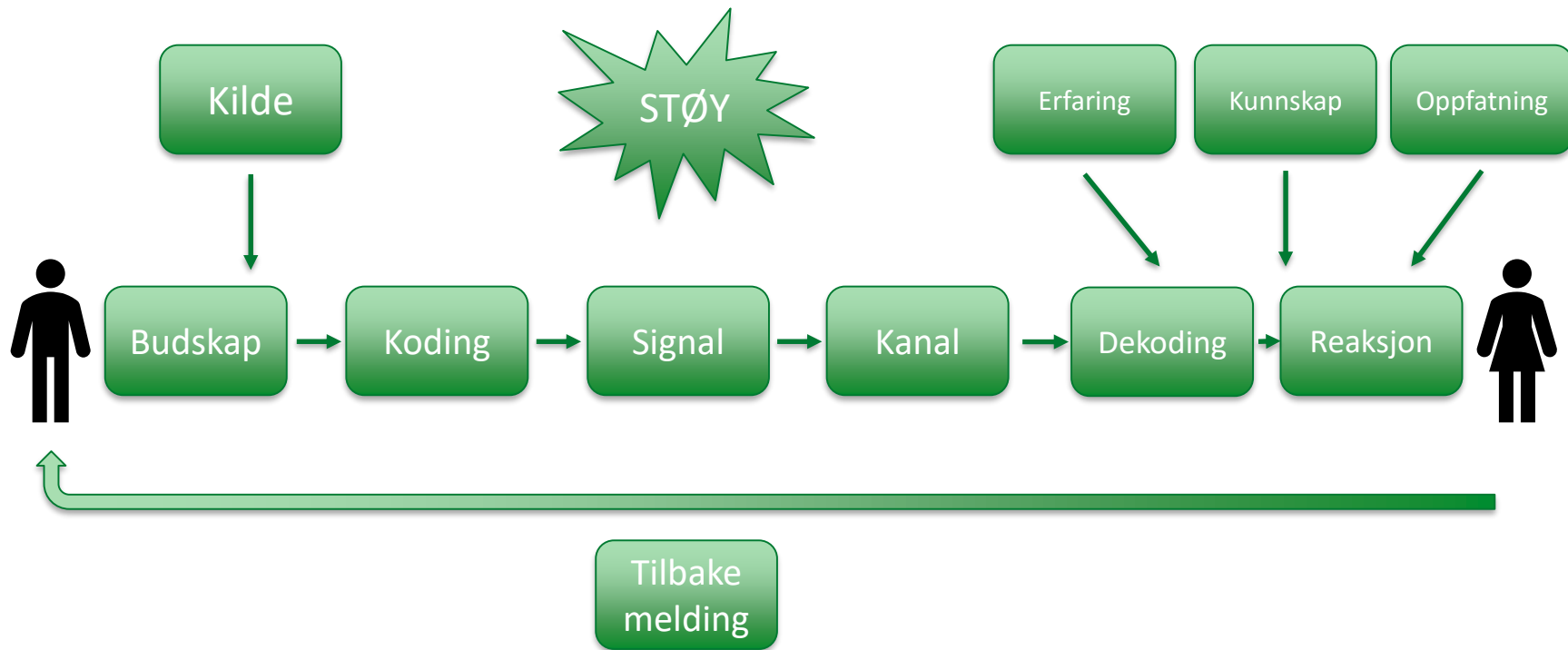


Mottaker



Mo

Virkeligheten...



Støy!

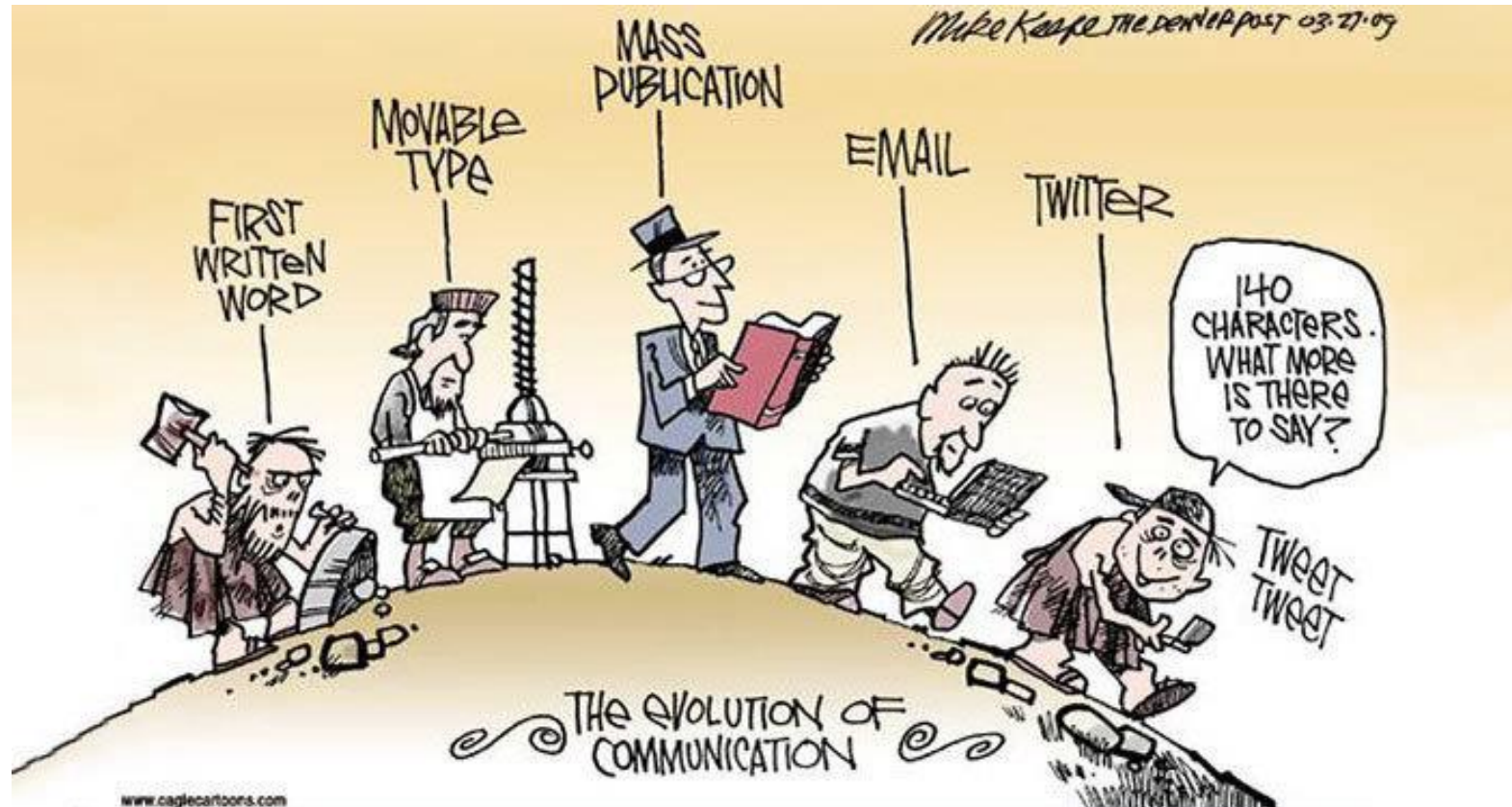
På Facebook lastes det opp daglig mer enn 100 terabyte.

Over 300 milliarder e-poster sendes hver dag.

Over 300 millioner tvitringer hver eneste dag.

Vi bombarderes av budskap fra ulike hold konstant.







Hvordan «komme På»?

- Tilspissing
- Forenkling
- Polarisering
- Intensivering
- Konkretisering
- Personifisering

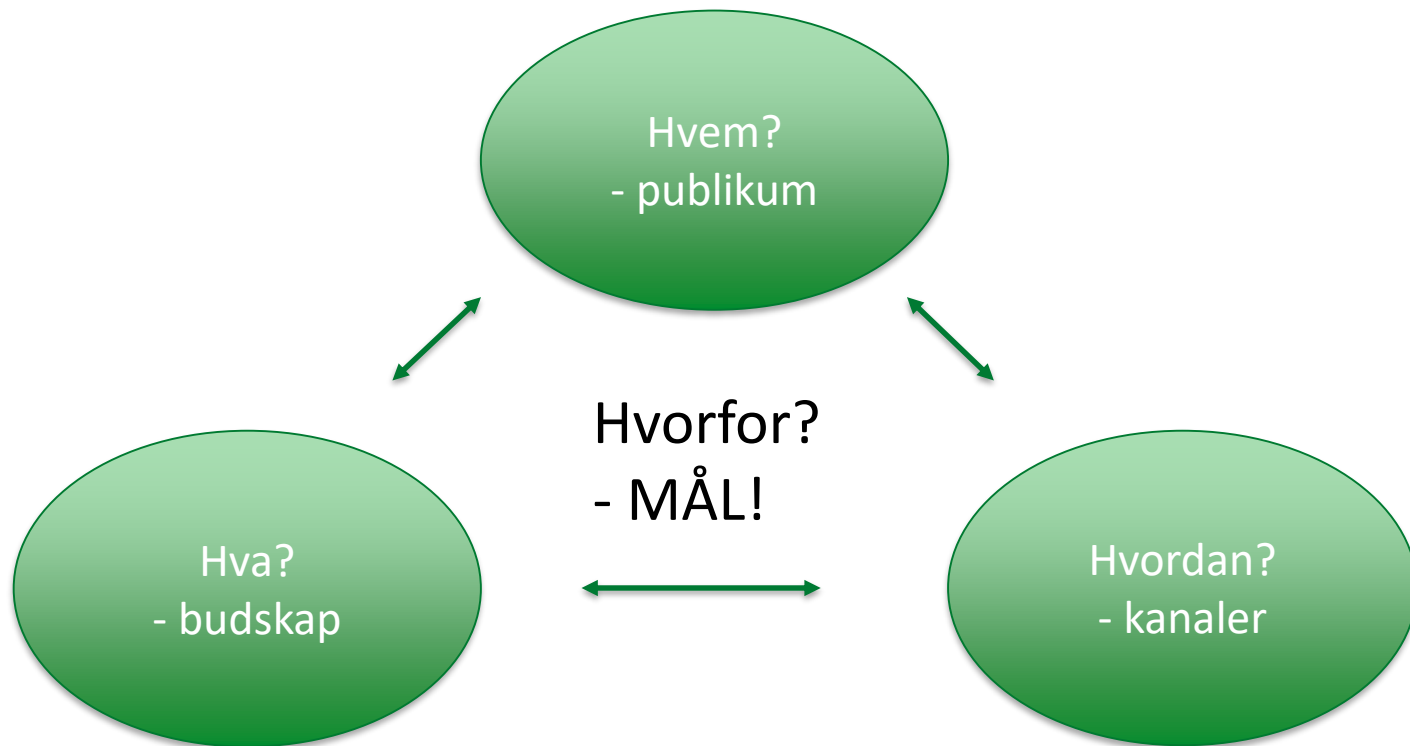






Å arbeide strategisk med kommunikasjon betyr å bruke kommunikasjon som virkemiddel for å nå virksomhetens overordnede mål.

Kommunikasjonsstrategi



Kommunikasjonsstrategi - en skisse

- Beskrivelse av rammebetingelser og nåsituasjon
- SWOT-analyse eller andre metoder
 - Identifisere utfordringer
- Interessenter - beskrivelse av Mental Helses hovedmålgrupper – prioritere!
- Kommunikasjonsmål
- Strategiske veivalg – prioritere!
- Roller og ansvar – hvem gjør hva?
- Planer
 - Medlemskommunikasjon
 - Intern kommunikasjon
 - Kommunikasjonsplaner i prosjektene
 - Andre ting?

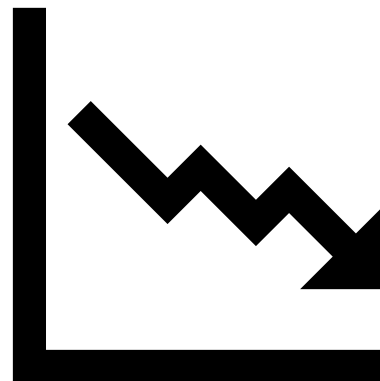
Utfordringer

- Mange merkevarer
 - Hjelpetelefonen
 - Arbeidslivstelefonen
 - Føniksalliansen
 - Arena 12-25
 - Verdensdagen for psykisk helse
 - YAM
 -og mye mer...



Flere utfordringer

- Konkurrenter – internt og eksternt
- Dagens kommunikasjonslandskap
- Synkende medlemstall



Potensiale

- Medlemmene våre
- Alle fylkes-/lokallagene våre
- Dyktige fagfolk
- Nesten 30.000 følgere på Facebook!
- 3500 på Instagram!
- 5300 på Twitter!





Kommunikasjon kan ikke løse alt av utfordringer

Hva kan kommunikasjonsavdelingen tilby?

- Kurs i sosiale medier
- Fotobruk
- Presse/medie-arbeid
- Politisk påvirkning
- Rådgivning – generell kommunikasjon



Det hjelper ikke å være god, hvis ingen vet om det.

Kontakt meg!

- @Krisbeer
- kristin.bergersen@mentalhelse.no
- <https://www.linkedin.com/in/kristinbergersen/>
- 975 23 111



Synspunkter og perspektiver på det nye lovforslaget.

Marius Storvik, førsteamanuensis i rettsvitenskap ved UiT
Norges arktiske universitet.

Oversikt over NOUen

- Utvalget bestod av 14 personer og et sekretariat på 2 personer.
- Arbeidet i to år og 2 dager.
- Underveis høring om en bør har en eller flere lover. Landet på en lov.
- 809 sider tekst inkludert kilder og noter.
- 31 kapitler
- Høringsfrist mandag 16. desember 2019

Struktur på NOUen

- Del 1 - Sammendrag og anbefalinger (29-64)
- Del 2 - Bakgrunnskunnskap (65-296)
- Del 3 - Prinsipielle synspunkt (297-328)
- Del 4 - En samlet tvangslovgivning,
problembeskrivelser, utfordringer
og løsningsforslag. (329-704)
- Del 5 - Lovutkast m.m. (705-781)

Utvalgets verdisyn

Alle har rett til:

1. Selvbestemmelse i personlige spørsmål
2. Beskyttelse mot krenkelse av rettigheter
3. Nødvendige helse- og omsorgstjenester
4. Respekt for sitt iboende menneskeverd.

Rettighetene/verdiene/prinsippene må avveies.

Utvalgets tre alternativer

1. Forby all tvangsbruk.
2. Gjøre endringer i eksisterende lovstruktur.
3. En ny felles tvangsbegrensningslov.

Utvalget har landet på alternativ 3.

Hva er tvang?

Store norske medisinske leksikon:

«Tvang er å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe, enten ved vedtak med hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler.

Innleggelse av en person i helseinstitusjon mot pasientens egen vilje er en form for tvang (tvangsinnleggelse). Tvangsinnleggelse kan skje både i somatiske og psykiatriske institusjoner.

Tvangsinnleggelse er en form for frihetsberøvelse, noe som gir rett til hurtig rettergang og rett til erstatning for frihetsberøvelsen.

Under tvangsinnleggelse kan pasienten bli tvunget til å gjøre, tåle eller unnlate ulike tiltak. Slike tiltak kan gjøres med behandlingsformål eller sikkerhetsformål.

Beslutning om alle former for tvang krever vedtak med hjemmel i lov. Tvang uten lovlig vedtak er i prinsippet straffbar.»

Tidligere: hva er tvang?

- Tidligere mente en bare institusjonsplassering er tvang.
- Tvang er mer enn institusjonsplassering.
- Ingen endelig definisjon

Hva er tvang

- Etter Psykisk helsevernloven er tvang mangel på informert samtykke.
- Etter Pasient- og brukerrettighetsloven er det tvang der pasienten gjør motstand.
- Etter Helse- og omsorgstjenesteloven er det tvang dersom pasienten gjør motstand, eller det tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt.
- Begrepet tvang viser til viljeskrenkelsen.
- Begrepet makt viser til en fysisk gjennomføring.

Dagens lovverk

Viljeskrenkelse

=

Tvang

+

fysisk gjennomføring

=

Makt

Tvangslovutvalgets tvangsdefinisjon

- Tvang defineres som overvinning av motstand.
 - Krever negativt standpunkt fra pasienten. Tvangen er å overvinne det negative standpunktet.
- personer som ikke er beslutningskompetente, men heller ikke viser motstand slipper vedtak og får letter tilgang til hjelp.
- Kontrollressursene fokuseres på de mest alvorlige sakene.
- Likestilt med tvang er «objektivt betydelig inngripende» tiltak overfor personer med store formidlingsvansker.
- Der det ikke er motstand, og det ikke er objektivt betydelig inngripende, vil det ikke defineres som tvang.

Menneskerettssaker - Bogumil

- I Bogumil mot Portugal hadde klageren svelget en pakke narkotika. Klagen dreide seg om det var i strid med artikkel 3 å operere ut pakken. Klageren hadde ikke avgitt gyldig samtykke, men motsatte seg ikke operasjonen. Når samtykkespørsmålet var uklart gikk domstolen over på å vurdere operasjonens formål og indikasjoner. Operasjonen ble gjennomført for å berge livet til klageren, for å forhindre at han døde av overdose ved lekkasje. Derfor ble artikkel 3 ikke ansett som krenket.

Menneskerettssaker - Dvořáček

- I Dvořáček mot Tsjekkia ble en psykiatrisk pasient underlagt en medisinsk sexologisk behandling basert på et tvilsomt samtykke.
- Behandlingen var egnet til å hindre at han begikk seksuelle overgrep mot ungdommer. Fordi det fantes alternative, medisinsk forsvarlige, behandlinger krevde EMD samtykke til behandlingen.
- Domstolen fant under tvil at samtykke var gitt. Samtykket var basert på fravær av motstand.

Menneskerettssaker - Bogumil

- I Bogumil mot Portugal hadde klageren svelget en pakke narkotika.
- Var det umenneskelig eller nedverdiggende behandling å operere ut pakken?
- Bogumil hadde ikke avgitt gyldig samtykke, men motsatte seg ikke operasjonen.
- Når samtykkespørsmålet var uklart gikk domstolen over på å vurdere operasjonens formål og indikasjoner.
- Operasjonen ble gjennomført for å berge livet til klageren, for å forhindre at han døde av overdose ved lekkasje.
- Operasjonen var medisinsk anerkjent og faglig forsvarlig. Derfor var det ikke umenneskelig eller nedverdiggende.

Menneskerettssaker - Dvořáček

- I Dvořáček mot Tsjekkia ble en psykiatrisk pasient underlagt en medisinsk sexologisk behandling basert på et tvilsomt samtykke.
- Behandlingen var egnet til å hindre at han begikk seksuelle overgrep mot ungdommer. Fordi det fantes alternative, medisinsk forsvarlige, behandlinger krevde EMD samtykke til behandlingen. 673 Når domstolen under tvil fant at samtykke var gitt, var heller ikke artikkel 3 krenket.

Forslagene

1. Felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten.
2. Økt fokus på forebygging av tvangsbruk.
 - Plikt og rett til tilretteliggning framheves.
 - Full oversikt over omgang av tvangsbruk skal sikres.
3. Barns rettssikkerhet løftes fram.
4. Ny felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll.
 - Russaker overføres fra Fylkesnemndene.
 - Fylkesmennene får administrativ funksjon.
 - Tvangsbegrensningsnemndene er klageinstans.

Forslagene

5. Helhetstenkning og tilrettelegging er bærebjelker i lovutkastet.
 - Helhetstenkningen knytter seg til individet.
 - Samhandlingen er for tjenstene.
6. Fjerning av diagnosenede vilkår i tvangshjemlene.
 - Erstattes med
 - Fravær av beslutningskompetanse.
 - "Sterkt behov" for tiltak.
 - Unntak ved fare for andre.
7. Felles tvangsbegep - overvinning av motstand.
 - Skal bli lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse.

Forslagene

8. Ny inntaksmodell i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet.

- Ny tjenestmodell.
- Overgang til tjenestemodell

9. Styrking av adgang til å gi forhåndssamtykke til tvang.

10. Økt fokus på gjennomføringsfasen.

- Krav til ivaretagelse av grunnleggende behov.
- Krav til nye skjermingslokaler.

11. Ny reguleringsmodell for skjerming

- Skiller fra formål.
- Skjerpede vilkår for skjerming som behandling

Forslagene

12. Klarer og strengere regler for inngrep i nødssituasjoner.
 - Hjemmel for mekaniske innretninger som begrenser bevegelsesfriheten tidsavgrenses til tre år.
13. Forbud mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten i psykisk helsevern.
 - Unntak for tvungen ernæring.
 - Overgangsfase på 3 år.
14. Forbud mot tvang i trenings- og opplæringstiltak.
15. Snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.

Forslagene

16. Snever adgang til bruk av ECT uten samtykke, der pasienten ikke gjør motstand, som livreddende tiltak.
17. Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT.
18. Utprøving av nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte til å ta beslutninger i saker etter tvangsbegrensningsloven.

Dissensene

- Dissens fra Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen, Forbud mot tvangsmedisinering, 582 – 585.
- Dissens fra Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen, Forbud mot elektroshokk uten eksplisitt samtykke s. 593-595.
- Dissens fra Bjørn Roar Vagle om ECT uten samtykke s. 595-596.
- Generell dissens av Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen s. 808-809

Dissens fra Erichsen og Gitlesen: Forbud mot tvangsmedisinering.

- Erichsen og Gitlesen mener flertallet bygger på to uriktige premisser:
 1. «forutsette en gjennomgripende omlegging av tjenestene for å unngå alvorlige konsekvenser – både helse- og velferdsmessig – for så vel pasienter som pårørende. Dette er ikke mulig å få til på kort sikt».
 2. Den andre begrunnelsen for fortsatt tvangsmedisinering gjelder problemet med å identifisere de få som kan ha nytte av medisinene. På et generelt grunnlag, det vil si på gruppenivå, er det umulig å identifisere disse.
- På sidene 582 – 585 argumenterer de godt for forbud mot tvangsmedisinering.

Verdispørsmålet om tvangsmedisinering.

- Ikke et spørsmål om medisinering, men spørsmål om medisinering med tvang.
- Prinsipielt spørsmål om hva slags psykiatri vi vil ha.
- Kultur, behandlingstradisjoner og troen på at tvangsmedisinering er det beste på den ene siden.
- Jeg tror vi må velge:
 - Kan vi leve med at noen pasienter går under av sykdommen i offentlighet?
 - Kan vi leve med at noen pasienter går under av medisinering i insitusjonene?
- Forskjell på tvangsmedisinering og tvangsinnleggelse.

Prinsipielle innvendinger

- Menneskerettsdomstolen krever at tiltaket skal være det minst mulig inngripende.
- Krav om at tiltaket skal være «medisinsk anerkjent».
 - Viser det til erfaring?
 - Viser det til forskning?
- Kan vi basere tvang på erfaring?

Prinsipielle innvendinger

- Menneskerettsdomstolen krever at tiltaket skal være det minst mulig inngripende.
- Krav om at tiltaket skal være «medisinsk anerkjent».
 - Viser det til erfaring?
 - Viser det til forskning?
 - Sammenlign med Bogumil – er dette like anerkjent som operasjonen? – neppe.
 - Sammenlign med Dvořáček – er alle alternativer uttømt?
- Kan vi basere tvang på erfaring?

Dissenser om ECT

- To dissenser med to ulike begrunnelser.

Dissens fra Erichsen og Gitlesen: Forbud mot ECT uten eksplisitt samtykke.

- Peker på at kunnskapen om ECT er begrenset og usikker.
- (I motsetning til flertallet som peker på at erfaringene er gode)
- Finnes ikke systematisk registrering av bruken eller skader.
- Uten kunnskapsgrunnlag er det uakseptabelt å gjennomføre tiltaket uten samtykke.
- Er dokumentert kortvarig hukommelsestap.
- Ikke dokumentert langvarig hukommelsestap – finnes ingen studier som har kunnet dokumentere langvarig hukommelsestap.

- Dissens fra Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen, Forbud mot elektroshokk uten eksplisitt samtykke s. 593-595.

Dissens fra Erichsen og Gitlesen: Forbud mot ECT uten eksplisitt samtykke.

- Erichsen og Gitlesen peker på at 40% av utviklingshemmede bruker antidepressiva eller antipsykotika. Da uten å yte motstand.
- Motstandskriteriet er en skjør konstruksjon.
- Dersom motstandskriteriet blir avgjørende risikerer en å øke omfanget av ECT og Tvangsmedisinering.

Dissens Vagle om ECT uten samtykke.

Vagle mener lovbestemmelsen iverksettes midlertid. Det skal så gjennomføres en grundig evaluering etter 3 år.

- Vagle peker på at bestemmelsen er kontroversiell, at det er usikkert hvordan bestemmelsen vil tolkes og hvordan bestemmelse praktiseres.
- Dette tilsier varsomhet og en evaluering av bruken etter 3 år.
- Sykehus som ikke har benyttet ECT må særlig vurderes.

Marius refleksjoner om ECT

- Kritikk fra Maudsley debate 2018:
 - Ikke dokumentert effekt i dobbelt blinde studier.
 - Effekten synes å være en kortvarig placeboeffekt.
- Forsvaret: bred klinisk erfaring.
- Udokumentert effekt kombinert med fravær av motstand er etter min mening ikke godt nok.
- Forslaget må avvises.
- Alternativt kan Vagles forslag aksepteres, men da må det gjøres i sammenheng med forskning.

Generell dissens av Erichsen og Gitlesen

- Basert på CRPD argumenteres det med at tvang ikke trengs. Beslutningsstøtte trengs.
- «Men forståelsen av begrepet *nødvendig*, har utvilsomt variert. Da Olav Tendeland ble bestyrer på sentralinstitusjonen Bakkebø i 1970, var 43 av de rundt 300 beboerne i reimer fordi det var *nødvendig*. I 1974 var det to av de samme beboerne som var i reimet fordi det var nødvendig. I følge Olav Tendeland, var det ikke nødvendig å benytte reimer når forholdene ble lagt tilrette. Etter 1999, ble det forbudt med den bruken av reimer som historien fra Bakkebø forteller om.»
- Generell dissens av Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen s. 808-809

Skal tvang tillates?

- Dette er et verdispørsmål.
- Også et politisk spørsmål.
- Ikke bland sikkerhetsspørsmålet inn.

- Marius vurdering:
 - Tvang kan være tillatt etter menneskerettighetene.
 - Skal samfunnet beskyttes fra mennesker de ikke forstår?
 - Skal mennesker få lov til å «ødelegge livene sine»?
 - En risikerer å ikke hjelpe mennesker som ville ha ønsket hjelp.
 - Standpunktet krever betydelig politisk arbeid.
 - Deres stemme er viktig.

Tidligere kritikk - Tvangsmedisinering

Tvangsmedisinering med behandlingsformål

- Det problematiske var at samtykkereglene var ulikt for somatiske og psykiatriske pasienter. Dette er endret ved bestemmelsen om samtykkekompetanse.
- Det var problematisk at reglene var dårlig utformet.
- Det var problematisk at medisinen i praksis ble brukt utenfor doser og i blandinger den ikke var godkjent for.
- Forhåndsønsker
- **Lovforslaget synes å løse problemene.**
- **Hva med kravet om «stor sannsynlighet»?**

Tidligere kritikk – reimer

- Mekaniske tvangsmidler
 - Vilkårlig
 - Uten reell kontroll
 - Dette forbys i lovforslaget.

- **Lovforslaget synes å løse problemene.**

Tidligere kritikk – medisin som sikkerhetstiltak

Legemidler som sikkerhetstiltak.

- Problematisk at legemidlet som sikkerhetstiltak også har behandlingseffekt.
- Problematisk at det brukes flere tvangsmidler samtidig.
- Problematisk at det er ulike kontrollorgan.

- **Nå samme kontrollorgan**
- **Fortsatt sammenblanding av sikkerhet og behandling i praksis?**
- **Fortsatt antipsykotika som beroligende?**

Tidligere kritikk - skjerming

- Lav og uklar terskel.
- Innholdet av skjermingen er uklart.
- Ikke evidens for behandlingseffekten.
- To ulike klageorganer.
- Glidende overgang mellom skjerming og isolat.
- Krav til proporsjonalitet og nødvendighet - ved behandlingsformål?
- Krav om at skjerming må anses som medisinsk anerkjent.

Tidligere kritikk - skjerming

- Fortsatt uklart innhold av skjerming.
- Lovforslaget definerer skjerming slik: «å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende».
- I beskrivelsen av skjerming skrives det at: «Tilgang til musikk, litteratur og massemedier er oftest sterkt begrenset.» (s. 253)
- Dersom skjerming innebærer avskjæring fra musikk, litteratur og massemedier må det følge av lovteksten!

Tidligere kritikk skjerming

- Kritikk: glidende overgang mellom skjerming og isolat.
- Isolat synes å være erstattet med skjerming.
- Utvalget har ryddet opp i formålene med skjerming. Tre ulike typer skjerming.
- Skiller klart mellom skjerming som sikkerhetstiltak og behandling.

- Er begrepene forvirrende?
- Isolat om sikkerhetstiltakene?
- Skjerming om behandlingstiltakene?

Tidligere kritikk - skjerming

- Fortsatt ikke evidens av behandlingseffekt.
- Samme problemstilling som ECT:
 - Erfaring viser at det virker.
 - Forskning støtter ikke det.
- Enten må det forbys, eller så må det innføres en prøveperiode jfr. Vagles dissens.

Tidligere kritikk - skjerming

- Skjerming som sikkerhetstiltak
 - Krav om at det skal være siste utvei.
 - Krav om dokumentasjon.
 - Krav om så kort tid som mulig.
- Bruker «strengt nødvendig» ikke siste utvei.

Tidligere kritikk - kroppsvistasjon

- Krav om en konkret nødvendighetsvurdering - ikke standardvedtak.
- Har vært diskriminerende, nå er det ryddet opp i.
- Begrunnelsen for rutinemessig ransaking har vært kritisert. Kritikken er ikke fulgt opp.

Tidligere kritikk – Ingen utgang første døgn

- Synes ikke å være regulert.
- Kontinuerlig observasjon utenfor institusjoner regulert.
- Kontinuerlig observasjon i institusjon er mer uklart.

Andre momenter:

- Sammensetning av tvangsbegrensningsnemndene
 - Hvem skal orientere juristen om de helsefaglige forhold?
 - Psykolog
 - Psykiater
 - Generalist (Beskrevet i punkt 28.5.7.4.3)
- Menneskerettsdomstolens praksis peker i to avgjørelser på at psykiater/psykologspesialist må overprøve medisinske forhold.

Andre momenter

- Kompetansen til tvangsbegrensningsnemndene.
 - EMK 5-5 gir krav på erstatning ved ulovlig frihetsberøvelse.
 - Denne er ikke mulig å drive inn hos NPE.
 - Dagens ordning er sannsynligvis ikke i tråd med NPE.
- Tvangsbegrensningsnemndene må få kompetanse til å utmåle og utbetale standardisert erstatning ved ulovlig frihetsberøvelse.

Andre momenter

- Sperretid på klager
- Skjerming EMK 5-5
- Erstatning



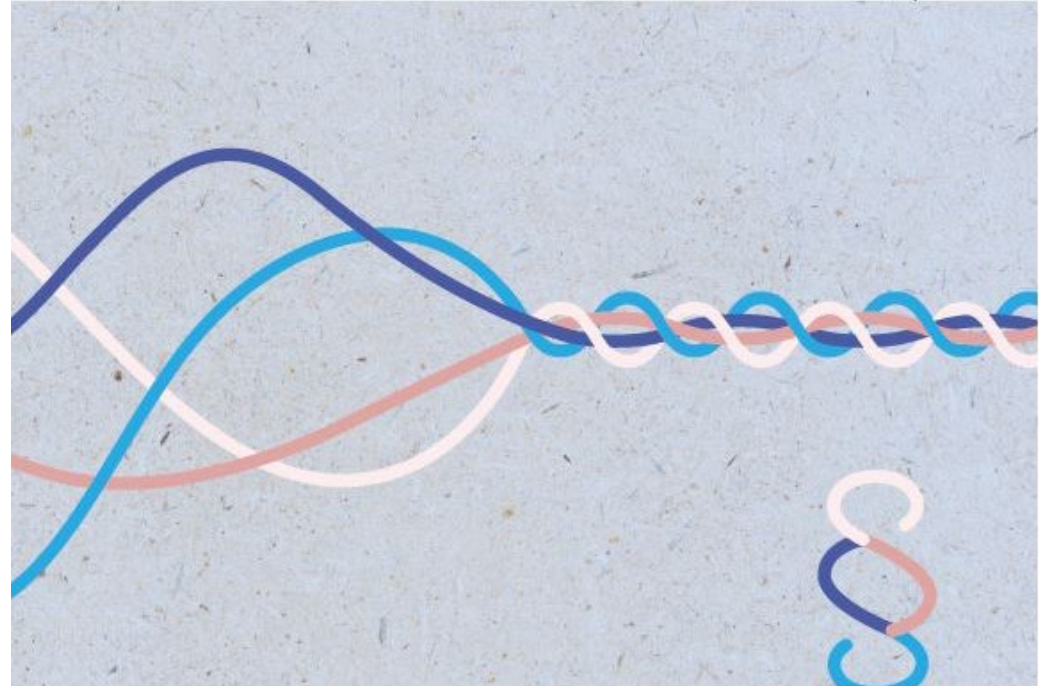
MENTAL HELSE

Tvangsbegrensingsloven

Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

NOU 2019:14

Ledermøte Mental Helse
20.-22. september 2019





Tvangsbegrensningsloven

- Lovforslaget ble lagt frem 18. juni 2019
- Høringsfrist 16. desember
- Intern frist i Mental Helse: **10. november**
- Det store spørsmålet:

Hva mener Mental Helse om forslagene?





Slår sammen fire loverk:

- Psykisk helsevernloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A
- Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9
- Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10





Dagens situasjon problematisk

- Pasienter faller mellom flere lover, kan være grunnlag for bruk av tvang i følge en lov men ikke i følge en annen – tilfeldig hvilken lov som benyttes
- I strid med CRPD (FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne) at det finnes egne lover knyttet til bestemte diagnoser, og at det er ulike bestemmelser for bruk av tvang avhengig av diagnose

En felles lov

- Gjør det lettere for alle å navigere i lovverket
- Overprøving og kontroll blir enklere
- Må se på totaliteten av tvangsvedtak for hver enkelt pasient
- Helhetstenking og samhandling lagt som premiss
- Utvalget mener de har fått til reell sammensmelting



Sentrale dokumenter

- Grunnloven
- FNs menneskerettighetserklæring
- Den Europeiske menneskeretts-konvensjonen (EMK)
- FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)
- FNs barnekonvensjon

Utvalget mener de klarer å nærme seg de internasjonale menneskerettighetskravene.





Rett til selvbestemmelse eller rett til liv og helse?

- Begge deler omfattes av menneskerettighetene.
- Kan disse hensynene balanseres eller må det ene ha forrang fremfor det andre?
- Hva mener vi?





Noen hovedpunkter:

- Fjerner diagnosespesifikke inngangskriterier
- Formålet er å begrense bruk av tvang
- Plikt til forebygging og rett til tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang
- Inngrep i nødsituasjoner
- Utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler
- Forhåndserklæringer og reservasjonsrett
- Ny modell for bruk av skjerming
- Nye rutiner for kontroll, registrering og saksbehandling





Inngangskriterium

- En lov som gir anledning til å bruke tvang må ha et inngangskriterium
- I dag er et av inngangskriteriene det diagnosespesifikke «alvorlig sinnslidelse» (PHVL)
- «Alvorlig sinnslidelse» er erstattet med «manglende beslutningskompetanse»
- Beslutningskompetanse erstatter dagens «samtykkekompetanse» for å tydeliggjøre at det handler om kompetanse til å ta en beslutning, ikke bare kompetanse til å samtykke



Begrense bruk av tvang

- Tidligere har formålet hovedsakelig vært å sikre rettsikkerheten når tvang skal benyttes
- Nå er det et uttalt formål at tvangsbruken skal ned
- Tvang defineres som å overvinne motstand
 - Dersom man sier nei, rister på hodet, vegrer seg fysisk eller på annen måte gir uttrykk for motstand er det en tvangssituasjon, og lovene gjelder
 - Ved tvil skal man regne med at motstand foreligger og tvangshjemlene kommer til anvendelse



Innleggelse og tilbakehold

- Vilkår for innleggelse og tilbakehold inkluderer bla at:
 - Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang skal være prøvd
 - Personen må ha et «sterkt behov» for hjelp – vurderingen av dette skal være individuell og ta utgangspunkt i allment akseptert klinisk praksis
 - Personen må mangle beslutningskompetanse
 - Antatt samtykke
 - Fordelene med inngrepet må klart overstige ulempene
 - Unnlatelse av å gripe inn gir en nærliggende og alvorlig risiko for eget liv og / eller helse
 - Tiltaket må være egnet
 - Personen skal ha anledning til å uttale seg

Individuelle behandlings- og omsorgstiltak

- Vilkårene for behandlingstiltak som personen motsetter seg ligner mye på vilkårene for innleggelse og tilbakehold
- Ved behandling med legemidler som personen motsetter seg (tvangsmedisinering) gjelder bla følgende vilkår:
 - Legemiddelet må være godkjent for personens diagnose
 - Virksomheten skal ha nok kompetanse på,- og tilbud om, ikke-medikamentell behandling
 - Virksomheten skal ha en materiell og faglig standard som reduserer behovet for tvang
 - Personen skal være forsøkt behandlet med et tilbud som personen ikke motsetter seg i minst en uke, herunder har fått tilbud om omfattende og ikke-medikamentell behandling (unntak: ved risiko for alvorlig helseskade).



Forebygging og tilrettelagt tilbud

- Alle virksomheter har plikt til å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang, og er faglig og materielt i stand til å gi god behandling og omsorg
- Frivillige tilbud skal være prøvd før det fattes vedtak om tvang, og også etter at vedtak er fattet slik at man kan avslutte tvangen så fort som mulig
- Frivillighet skal være forsøkt og dokumentert uansett
- Inngripende tiltak skal evalueres sammen med personen etter at tiltaket er avsluttet, og personens syn på tiltaket skal journalføres

Nødsituasjoner

- I dag er det bestemmelsene i straffeloven om nødrett og nødverge som har vært brukt i helsevesenet for å legitimere bruk av tvang i helselovgivningen
- Nødrett og nødverge er derfor tatt inn i lovteksten
- Konkrete, spesifikke begrensninger på når og hvor nødrett og / eller nødverge kan brukes, hvilke type tiltak som kan iverksettes og hvor lenge tiltakene kan benyttes
- Alt som ikke er spesifikt beskrevet i lovteksten er ulovlig

Mekaniske tvangsmidler

- Utvalget foreslår å fase ut bruk av mekaniske tvangsmidler
- I løpet av tre år etter lovens ikrafttredelse skal bruk av mekaniske tvangsmidler forbys
- Man foreslår en overgangsperiode hvor virksomhetene har mulighet til å utvikle andre løsninger



Forhåndssamtykke

- Hvis en person aktivt ønsker å forhåndssamtykke til tvungen behandling er dette mulig etter forslaget.
- Formålet er å ivareta mennesker som finner trygghet i å være under tvunget vern for å kontrollere sin egen ambivalens med tanke på behandling





Reservasjonsrett

- Personer som tidligere har vært psykotiske og har blitt behandlet med antipsykotiske legemidler kan reservere seg mot fremtidig behandling med legemidler
- Reservasjonsrett for ECT er uavhengig av om man tidligere har blitt behandlet med ECT
- Det er ikke mulig å gi ECT dersom personen motsetter seg tiltaket





Skjerming

- Utvalget foreslår en ny modell for bruk av skjerming inndelt etter formål
 - Akutt skadeavverging
 - Behandling
 - Gjennomføringstiltak ved behandling
 - Ivaretagelse av medpasienter

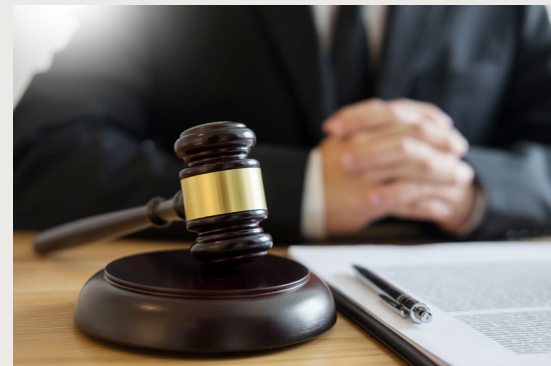
- Stilles krav til skjermingslokale, og i noen tilfeller krav til tilgjengelig personell





Kontrollinstansene

- Kontrollkommisjonene erstattes med tvangsbegrensningsnemder (TBN)
- Skal bestå av tre medlemmer, jurist, lege og person med egenerfaring
- Kan suppleres med en fjerdeperson ved behov for spesialkompetanse
- Skal føre kontroll, behandle klager, godkjenne reservasjoner, gjennomføre stedlige tilsyn m.m.
- Knyttes til fylkesmennene



Referat fra gruppe 1 – gruppeoppgaver ledermøte september 2019

Anne Marie Løland Jensen, Veronika Kjesbu, Ågot Voll, Øystein Høiby, Cathrine Hvasshovd, Hanne Karine Nordstedt

Oppgave 1:

Hva tenker dere er spesielt viktig for Mental Helse?

Interessant det som sies om kunnskapsgrunnlag. Lite forskning både på ECT, skjerming og medisiner. Vanskelig å bruke tvang når det ikke er evidensbasert. Samtidig ser man at det av og til virker.

Enighet om at det generelt trengs mere forskning, og ikke minst forskning av kvalitet.

ECT:

- Bør definitivt ikke utføre under tvang
- Hukommelsestap som bivirkning er en betydelig utfordring
- Opplegget rundt ECT er bedre i dag enn det var før
- Hva med narkose? Det finnes ingen diskusjon rundt bruk av narkose i seg selv
- Bekymringsverdig at det er så lite forskning, men samtidig vanskelig å gjennomføre forskningen på ECT. Etske dilemma.

Tvangsmedisinering og medisinering generelt:

- Opplevelse at man får en annen tilbakemelding hva angår medisiner når man er for eksempel erfaringskonsulent. Usynlig tvang – tør ikke si nei.
- Hva gjør medikamenter med pasientenes personlighet?
- Man kommer ofte styrket ut av å kjempe seg gjennom ting selv, og ha forståelse for prosess og årsakene til sykdommen. Må behandle det som er bak problemet, f.eks. traumer.
- Mye naturlige reaksjoner på unormale hendelser, fremfor at det er noe «feil» med deg som person:
 - Medisinene kan kanskje utsette et problem?
 - Kan også være en krykke, til hjelp for å i det hele tatt være i stand til å bearbeide.
- Man må alltid spørre: hva er viktig for deg som person? Sentralt at fagpersonene evner å snakke med pasientene. Må finne verdien i enkeltmenneske.

Alternativer til tvang:

- Viktighet av samarbeid med kommune og spesialisthelsetjeneste. Svært utfordrende i dag.
- Enighet om at man må ha alternativer til tvang. Må snakke med pasienten.

- I overgangen sykehus kommune – her det skjærer seg. Blir ofte skrevet ut til ingenting. Utfordringer med tilbud og oppfølging etter innleggelsen. Skaper svingdørspasienter. Og får man vært innlagt lenge nok til at det skaper trygghet? Et ressurssspørsmål.

Oppsummering oppgave 1:

Vi ønsker å prioritere følgende tre saker:

- Forskning – det må jobbes med dette med tanke på ECT, medisiner, bruk av skjerming, men særlig alternativer til tvang. Vi trenger mere forskning. Vanskelig at man bruker tvang uten at det er faglig godt begrunnet. Samtidig ønsker vi ikke at forskningen skal fokusere på å legitimere tvangsbruk i seg selv, men mer i retning av alternativer.
- Vektlegger helhetstenkning rundt pasienten, det innebærer alternativer til tvang, det innebærer oppfølging utenfor institusjonen og innleggelse, det innebærer dialog og genuin interesse i personens liv. Det betyr også samtale etter bruk av tvang, for dialog og evaluering. Det står allerede i dagens lovverk, men det gjennomføres ikke alltid i praksis.
- Husordensregler er roten til mye vondt, og skaper mye usynlig tvang. Det det gjelder har ikke alltid ressurser til å gjøre motstand hvis de er uenig i disse, og kan skrive under på regler som er inngripende i deres privatliv. Pasienter i psykiatrien bør behandles likt som alle andre.

Oppgave 2:

Diskusjon:

- Enig i at beslutningskompetanse er det mye bedre ord enn samtykke.
- Hvordan får man kompetanse? Når har man det ikke? En utfordring. Og hva ligger i kompetanse? Det oppfattes som at det skilles mellom juridisk forståelse og helsefaglig forståelse.
- Beslutningskompetanse og hva det innebærer er utfordrende i seg selv.
- Hvorfor er psykiatrien annerledes enn somatikken? Hva med eksempelet med kols-pasienter som ikke slutter å røyke som ble nevnt i går?
- Et annet perspektiv: tunge psykofarmaka kan forkorte livet til folk med 20 år.
- Veldig mye handler om måten det blir gjort på, og hvordan ting blir sagt.
- Er det en plikt å ta imot all hjelp? Frihet til å la være, frihet til å ta konsekvensen av det?
- Finnes mange eksempler på der hvor man har fått behandling under tvang, og det har reddet liv.
- Må snakke mer om selvmordstanker i samfunnet generelt. De fleste har slike tanker fra tid til annen.

- Når man mener behandling er viktig, er det bedre å vente til pasienten er klar fremfor å gå inn med tvang? Kanskje oppnår man mere da.
- Utfordrende at man som pårørende skal se på at de man er glad i trenger hjelp, men nekter, så må man vente lenge før man kan gå inn med «nødrett». Det blir for lenge å vente. Svært krevende for pårørende.
- Det er ironisk at på den andre siden av og til at tvangsinnleggelse av og til er en døråpner inn til spesialisthelsetjeneste, fordi pasienten ikke får hjelp utenfor. Det er en stor utfordring.
- En utfordring at det er mye «oppbevaring» i spesialisthelsetjenesten.
- Det er ofte personavhengig hvordan det fungerer på institusjonene.
- Av og til kan det bli svart/hvitt tankegang, ref. «tunnelsyn».

Konklusjon:

Vi er enig med utvalgets konklusjon. Man må kunne gå inn før nødretten, det blir for sent. Vi mener ikke at enhver alltid innehar beslutningskompetanse.

Oppgave 3:

- Sentralt at det er stedsnære nemder
- Bør ha nemder alle steder hvor det benyttes tvang, bør ikke være fylkesmannen som bestemmer dette. Da blir også fort økonomi et spørsmål og det vil skape geografiske forskjeller.
- Mulig at det er litt lite med bare en person med brukerperspektiv.
- Kan ofte være strid mellom pasient og pårørende, hadde vært fint om begge sider var representert
- Brukeren bør tilhøre det feltet hvor det utføres tvang. Viktig med forståelsen av hva det innebærer.
- *Spørsmål: skal organisasjonene være med å oppnevne medlemmene med brukererfaring?*

Oppsummering av gruppearbeid «Tvangsbegrensningsloven»

Gruppe 2

Gruppe deltagere:

Tonje Kristoffersen – fylkesleder Nordland

Lene Brobakken - fung. Fylkesleder Akershus

Ingrid Weflen – styremedlem Akershus (observatør)

Tariq Eide – sentralstyret

Martha Guldbransen – fylkesleder Rogaland

Bente Holm – sentralstyret

Aina Kaupang – administrasjonen (sekretær)

Alle gruppens medlemmer har gitt sine innspill som enkeltindivider.

Oppgave 1

På bakgrunn av presentasjonen til Marius Storvik: • Hva tenker dere er spesielt relevant for Mental Helse? • Prioriter tre saker dere vil vi skal ha med i høringssvaret vårt.

Hva mener dere om de sakene dere har plukket ut?

Gruppe 2 mener:

Fra utvalgets hovedforslag mener vi Mental Helse bør ha med i høringssvaret følgende punkter

Pnkt. 2 fra sammendraget til loven: Forebygging av tvangsbruk. Plikt og rett til tilrettelegging fremheves. Full oversikt over omfang av tvangsbruk skal sikres.

Vi er enig i utvalgets hovedsyn i at man ikke kan fjerne all tvang, men at dette må begrenses og reguleres. Vi mener det også skal være økt fokus på alternativer til tvang. Dersom tvang skal brukes må dette sikre menneskeverdet på best mulig måte.

Pnkt. 4 fra sammendraget: Tvangsbegrensningnemndene

Vi er positive til forslaget om ny struktur. For gruppa er det av betydning at høringssvaret understreker behovet for lokal nærhet. Vi er usikre på utvelgelsesprosessen av lekmenn, og ser at den nye organiseringen vil kreve en bredere kompetanse enn pr i dag. Vi mener opplæring av nemdas medlemmer må sikres.

Pnkt. 11 fra sammendraget: Reguleringsmodell for skjerming

Vi er positive til at terskelen for bruk av skjerming skal heves. Vi er også positive til at det skal være strengere krav til gjennomføring, spesielt med hensyn til at det ikke skal være en isolasjon, men ha kontakt med helsepersonell. Denne skal ha en «hjelpesfunksjon» mer enn vaktposisjon. Vi er også svært positive til at det skal stilles flere krav til utformingene av lokaler.

Pnkt. 15 fra sammendraget: Tvangsmedisinering

Vi stiller spørsmål ved at terskelen for å gi medisin blir lavere på grunn av at det finnes lite vitenskapelige bevis på at medisinene fungerer. Samtidig som det fører til at det blir lettere å bruke medisiner man ikke har dokumentert i forhold til resultat.

Vi er positive til at annet enn tvangsmedisinering må forsøkes i en uke før eventuell medisinering, men vi er usikre ved kvaliteten på de tiltak som skal prøves ut i forkant av beslutning om tvangsmedisinering.

Generelt:

Mental Helse må klappe seg på skuldra for å ha fått en lovgivning. Uavhengig av punktene i hovedforslaget er det for gruppe 2 av betydning at Mental Helse har et fokus i høringssvaret som fremmer menneskeverdet uavhengig av graden i bruk av tvang. Vi mener også at Mental Helse må arbeide for at midler følger med i forhold til gjennomføring av ny lov.

Oppgave 2

Rett til selvbestemmelse v.s rett til liv og helse (s. 4 og 5 i oppsummeringen)

Mener vi, i tråd med CRPD-komiteen, at enhver alltid skal regnes for å ha rettslig handleevne og at alle hjemler for inngrep som er relatert til psykisk funksjonsnedsettelse –herunder beslutningskompetanse –, må oppheves? Det betyr at nødrett og nødverge er eneste grunnlag for inngripen.

Eller mener vi, i tråd med utvalgets flertall, at psykisk funksjonsnedsettelse kan være et av inngrepskriteriene (men aldri det eneste), sammen med manglende beslutningskompetanse, antatt samtykke og sterkt behov for hjelp?

Vi støtter utvalgets flertall.

Oppgave 4

Fjerner begrepet «alvorlig sinnslidelse» • Erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for hjelp • Antatt samtykke og et ufravikelig skadekrav gjøres til gjennomgående vilkår for inngrep • Behandlingskriteriet videreføres ikke

Å fjerne begrepet «alvorlig sinnslidelse» har vært et sterkt ønske fra brukermiljøene, da dette oppfattes som stigmatiserende. Utvalgets intensjon er å komme bort fra gruppetenkningen og heller ha fokus på enkeltindividets hjelpebehov. Faren med dette er at det åpner for mer bruk av skjønn. Hva er deres refleksjoner rundt dette?

Et annet spørsmål er om behandlingskriteriet egentlig fjernes når det erstattes med et krav om «sterkt behov» for hjelp? Her ligger også en fare for bruk utstrakt bruk av skjønn. Hvem skal vurdere hva som er «et sterkt behov»? Utvalget mener man skal ta utgangspunkt i klinisk praksis og at det må utarbeides nasjonale faglige retningslinjer. Hva bør Mental Helse mene om dette?

(Side 19-22 i oppsummeringen)

Vi mener at kriteriet «et sterkt behov for hjelp» uansett er en vurdering. «Alvorlig sinnslidelse» er bare stigmatiserende og vi er dermed positive til å erstatte dette ordet. Vi er enige med utvalget i at det må utarbeides nasjonale faglige retningslinjer.

Gruppearbeid gruppe 3, Finn, Wenche, Else-Berit, Håkon og Siri

Oppgave 1:

På bakgrunn av presentasjonen til Marius Storvik, hva tenker dere er spesielt relevant for Mental Helse? Prioriter tre saker dere vil vi skal ha med i høringssvaret vårt?

1. Søke tvangsbegrensningsnemda om erstatning for ulovlig frihetsberøvelse, ref EMK §5-5. Automatikk i erstatningen dersom man har vært utsatt for ulovlig frihetsberøvelse med faste summer og evt tapt arbeidsfortjeneste
2. Definere innhold i skjermingen. Dersom man skal bruke skjerming i behandlingsøyemed må det stilles enda strengere krav til innhold og bemanning. Utforming av skjermingsrom, med tilgang til musikk / lyd, gode møbler. Nærhet og tilgjengelighet til personell er viktig. Sanserom / utforming av rommene
3. Beltelegging: klarer vi å fase ut bruk av mekaniske tvangsmidler i løpet av 3 år? Hva med de som ønsker å bli lagt i belter selv som en del av skadereduksjon? Skal det blir forbudt for disse også? Vi skal aldri under noen omstendighet bruke belteseng. Transportbelter kan være et alternativ for de som ønsker det selv. Kan også reguleres i forhåndsamtykke bla

Oppgave 2

Mental Helse støtter utvalgets vurdering av at rett til selvbestemmelse vs. Rett til liv og helse må balanseres slik utvalget har valgt å legge til grunn.

Vi ønsker at helsevesenet ivaretar oss dersom vi er så syke at ikke vi kan gjøre det selv. Mental Helse anerkjenner også helsevesenet og fagfolkene sin plikt til å hjelpe når folk er så dårlige at de ikke er i stand til å ta vare på deg selv. Vi ønsker sammen med fagfeltet å utvikle god praksis og gode rutiner på dette komplekse og vanskelige fagfeltet.

Oppgave 3 - Ny ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll

Vi ønsker to lekpersoner inn i TBN som begge har bruker eller pårørendeerfaring. Det er viktig at fylkesmennene kvalitetsikrer alle medlemmene i TBN, samt at man sørger for god og identisk opplæring til alle medlemmene. Mental Helse støtter at alle medlemmene i nemdene får inngående kjennskap til og opplæring i recoveryorientert teori og praksis.

Det er bra at alle vedtak går til fylkesmennene, men fylkesmennene og nemndene må sikre god og riktig kompetanse for å kunne vurdere dette.

Mental Helse ønsker spesielt å understreke at TBN må få ansvar for erstatning for ulovlig frihetsberøvelse, ref EMK §5-5. TBN må få kompetanse til å utmåle og utbetale standardisert erstatning ved ulovlig frihetsberøvelse.

Det viktigste er personlig egnethet for medlemmene i TBN, men Mental Helse oppfordrer fylkesmennene til å gå via organisasjonene for å få forslag til medlemmer i nemndene. Dette gjelder for lege og jurist-medlemmet også. Fylkesmannen kvalitetsikrer og oppnevner på bakgrunn av innstilling fra organisasjonene.

(Oppgave 6: Skjerming

Besvart i punkt to under oppgave 1, innspill fra Marius Storvik)

Oppgave 8: Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT

Vi syns det er problematisk at man må ha vært psykotisk og blitt behandlet med antipsykotiske legemidler før man kan reservere seg mot tvangsmedisinering, så vi anbefaler at kriteriene for reservasjonsordningene er like for ECT og tvangsmedisinering.

I tillegg: vi støtter Valges dissens på bruk av ECT:

Lovbestemmelsen iverksettes midlertid. Det skal så gjennomføres en grundig evaluering etter 3 år.

- Vagle peker på at bestemmelsen er kontroversiell, at det er usikkert hvordan bestemmelsen vil tolkes og hvordan bestemmelsen praktiseres.
- Dette tilsier varsomhet og en evaluering av bruken etter 3 år.
- Sykehus som ikke har benyttet ECT må særlig vurderes.

Må følges opp av forskning i denne treårsperioden for så evt å vurdere en utfasing.

Gruppe 4

Østfold – Connie, Oppland – Anne Grete, Finnmark – Torhild, Trøndelag – Anna Elise, Vestfold – Mette, Karl-Olaf – Sentralstyret - Sølvi – Organisasjonsrådgiver

Oppgave 1 – På bakgrunn av presentasjonen til Marius Storvik:

Hva tenker dere er spesielt relevant for Mental Helse?

- Redusere tvang – fjerning av mekaniske innretninger (nedtrappingsplan)
- Felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten
- Styrking av adgangen til forhåndssamtykke til tvang
- En styrking av menneskerettighetsperspektivet i tvangslovgivningen
- Økt fokus på forebygging av tvangsbruk
- Helhetstenking om individet og samhandling i tjenestene
- Ha flere tilbud innen medisinfrie tilbud
- Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene
- Ny reguleringsmodell for skjerming – i størst mulig grad på brukerens premisser og ikke isolering

Prioriter 3 saker dere vil vi skal ha med i høringssvaret vårt:

- Hva tenker dere er spesielt relevant for Mental Helse?
 - **Styrking av adgangen til forhåndssamtykke til tvang**
 - Har eierskap i behandlingen – gir forutsigbarhet, trygghet og mindre tvang
 - Hva med de som er til behandling for første gang? Dokumentere tilbud som er gitt...
 - **Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene**
 - Mennesker er ikke diagnoser – behandling individuell
 - **Ny reguleringsmodell for skjerming –**
 - Uenig i utvalgets definisjon av ordet skjerming – gruppen mener at skjerming handler om å «ta vare på» kunne unngå situasjoner som føles truende for den enkelte eller omgivelsene
 - i størst mulig grad på brukerens premisser og ikke isolering
 - I lokaliteter som bidrar til trygghet og i verdige atmosfærer
 - Tilgang på litteratur/musikk

Oppgave 2:

- Gruppen støtter utvalgets flertall om at psykisk funksjonsnedsettelse kan være et av inngrepskriteriene (men aldri det eneste), sammen med manglende beslutningskompetanse, antatt samtykke og sterkt behov for hjelp.

Gruppe 5

Endringene i forhold til kontroll og tilsyn er godt om det blir ivaretatt på en god måte. I forslaget om å erstatte kontrollkommisjonen med tvangsbegrensningsnemder var gruppe opptatt av å ikke redusere antallet i tvangsbegrensningsnemdene. Dette mente de vil redusere meningsmangfold og det var mye arbeid knyttet til jobben. Hvem skal oppnevnes representantene som sitter der og sammensetningen er viktig å se på. Juristen som leder, med eneste mulighet for anke mulighet til ekspertorgan, vil vedkomne få mye makt? Grappa mente de ikke greide å finne tilstrekkelig og gode nok rutiner for tilsyn innen TUD.

Oppgave 1

Ledermøtet er under landsmøtet. Landsmøtet vedtok et politisk program. Grappa mente at det var viktig å følge dette slik organisasjonen gikk på tvers av vedtatt politikk.

Grappa mente det var viktig å fremheve det positive i NOUen
Samle de fire lovene i en lov.

Artikkel 5 -5 <https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30/emkn/a5>

5. Enhver som har vært offer for pågripelse eller frihetsberøvelse i strid med bestemmelsene i denne artikkel, skal ha rett til erstatning som kan inndrives.

Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen

Skjerming problematikk prosess rundt

Bli dette en skrivebordslov. Følger det penger med evt. betvilte de at dette gikk praksis.

Oppgave 2

Vi synes utvalgets forslag er bedre enn dagens ordning.

Grappa var opptatt av følgende grenseskille: Hvor nedsatt skal funksjonsevnen være; når psykisk funksjonsnedsettelse skal være en av innfrielses kriteriene. De mente samtidig at funksjonsnedsettelse aldri skulle være det eneste kriterium.

Stort faremoment sammen med manglende beslutningskompetanse.



MENTAL HELSE



Ledermøte 22-24.9 2019

Bakgrunn



På bakgrunn av Gry Halvorsens innlegg på ledermøte i 2019 fattet AU følgende vedtak:

«Gry Halvorsen og Øyvind Kjønås får i oppdrag å utrede følgende:

1. Felles kontoplan for lag og fylkeslag
2. Se på muligheten for felles regnskapssystem til lag og fylkeslag
3. *(Hva er pliktene og mulighetene for sentralledet til å utføre kontroller i underliggende organisasjonsledd?)*

Pkt 1.

Felles kontoplan for lag og fylkeslag

- Det er utarbeidet et forslag til kontoplaner for fylkeslag og lokallag. Disse er basert på norsk standard og tilpasset Mental Helse.
- I tillegg er det utarbeidet et dokument med krav som stilles til et lag i Mental Helse, samt tips vedr budsjett og regnskap. Jfr organisasjonshåndboken.

2. pkt 2.

Se på muligheten for felles regnskapssystem til lag og fylkeslag

- Det er foretatt et søk i markedet for regnskaps systemer tilpasset frivillige organisasjoner. Vi ønsker å gå videre med leverandøren av Alphareg, som for noen i Mental Helse er et velkjent system.
- I september lanserer de en Sky løsning. Denne løsningen er laget med basis i LHL sine behov. Slik vi forstår det er disse behovene nokså nære våre.
- Med IT strukturen Alpha reg representerer vil sentralledet i tillegg til å gi lagene generell adm hjelp også kunne veilede i praktisk regnskapsføring.
- Prisen basert på foreløpig tilbud er kr 1 449 pr år pr lisens og kr 805 pr ekstralisens pr år. Inkludert rabatt på henholdsvis 10 % og 50 % rabatt. Mental Helse`s standard kontoplan vil være tilgjengelig i systemet.
- Det er et ønske at alle **lag** på sikt får dette tilbudet.

Fremdrift:



- Det forhandles frem en endelig rammeavtale med leverandør
- Det utarbeides nødvendig regelverk for gjennomføring av tiltaket og nødvendige avtaler mellom organisasjonsleddene
- I 2019 for tilbys alle fylkeslag tilgang til systemet
- I 2020 tilbys utvalgte lokallag programmet.

Neste steg - sak i sentralstyret:

- Det avsettes en ramme bevilgning på kr 40 000 i 2019 og minimum kr 100 000 i budsjett for 2020.
- Og dette innarbeides med nødvendig økning i rådgivende budsjett for 2021/22 som skal fremlegges på kommende landsmøte.

Krav for å være med i ordningen

Et lag er et Mental Helse lag når

- det er avholdt gyldig årsmøte/ stiftelsesmøte.
- følgende dokumentasjon er mottatt hos fylkeslag/sentralledd
 - Årsrapport skjema
 - Årsberetning
 - Revidert årsregnskap
 - Årsmøteprotokoll
- Jfr Mental Helse sine vedtekter § 25.7, 27.6 og 24.2