Tvangsbegrensningsloven – høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Innhold

Tvangsbegrensningsloven – høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 1

Innledning og konklusjon 2

Del I – Generelle og somatiske betraktninger 2

1 Lovens tittel 2

1.1 Felles lov 2

1.2 Lovtekniske utfordringer 3

1.3 Hjemler for bruk av tvang i somatikken 3

Del II – Innspill fra Psykisk helse- og rusklinikken 4

2 Forutsetninger 4

2.1 Omfang av lovutkastet 4

2.2 Økt skille mellom personer til fare for andre og øvrige 5

3 Endrede juridiske begreper 5

3.1 Endret definisjon av tvang 5

3.2 Fjerning av begrepene «alvorlig sinnslidelse» og «tvunget psykisk helsevern» 6

3.3 Innføring av begrepene sterkt behov, beslutningskompetanse, beslutningsstøtte og omfattende orienteringssvikt 6

4 Gjennomgang av de viktigste kapitler 7

4.1 Kapittel 4 – Nødsituasjoner 7

4.2 Kapittel 5 Innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon 8

4.3 Kapittel 6- Individuelle behandlings- og omsorgstiltak m.m. 10

4.3.1 Medikamenter: 10

4.3.2 Tvangsernæring: 12

4.3.3 Skjerming som behandling: 12

4.3.4 Elektrokonvulsiv behandling: 12

4.3.5 Spesielle hensyn ved Tverrfaglig spesialisert rusbehandling 13

4.3.6 Reservasjonsrett: 13

4.3.7 Forhåndssamtykke til behandling: 13

4.4 Kapittel 7 – Husordensregler, kontroll og beslag av farlige gjenstander og skjerming av hensyn til medpasienter 14

4.5 Kapittel 8 - Gjennomføring av tiltak 15

5 Kontrollinstanser 16

6 Sammendrag 17

Innledning og konklusjon

Vi viser til høringen og takker for muligheten til å få avgi høringsuttalelse for forslaget til ny felles lov for tvang i helsevesenet. Denne høringsuttalelsen er i to deler. Del I inneholder generelle kommentarer og kommentarer som i hovedsak angår bruk av tvang i somatikken. Del II er kommentarer fra psykisk helse og rus –klinikken (PHRK) ved UNN.

Vi hilser velkommen et arbeid for redusert og riktig bruk av tvang. Mye taler for at god kapasitet, mindre enheter, egnede lokaler, uteareraler og god bemanning er viktig for å oppnå dette. Utvalget har i for liten grad vektlagt slike tiltak som kan fremme formålet, spesielt i sitt estimat for ressursbruk og kostnader ved lovutkastet.

UNN har lagt ned et stort arbeide i å gjennomgå NOU-en og på å få innspill fra berørte enheter og ansatte. Vår overordnede konklusjon er at vi er skeptiske til gjennomførbarheten av forslaget og vi henstiller til at forslaget til felles tvangsbegrensningslov forkastes i sin nåværende form.

Del I – Generelle og somatiske betraktninger

1 Lovens tittel

UNN ønsker innledningsvis å bemerke at vi ikke støtter forslaget til navn på loven. Etter vår oppfatning er «tvangsbegrensningsloven» misvisende og ikke dekkende for det loven faktisk regulerer. Vi er enige i at loven skal ha som overordnet føring og formål å forebygge og begrense bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Realiteten er likevel at det er gjennom loven det gis rettslig grunnlag for bruk av tvang i sektoren. Det er ikke slik at dersom loven (eller andre reguleringer) ikke var til stede så ville det være fri adgang til å bruke tvang. Tvert imot: Uten klare lovhjemler vil det ikke være adgang til å bruke tvang overhodet, med mindre pasient/bruker samtykker. Loven gir hjemler for bruk av tvang og dette bør gjenspeiles i tittelen. Vi foreslår at loven får tittelen «tvangsloven», «helsetvangloven» eller lignende.

1.1 Felles lov

Den største endringen med det fremlagte forslaget er at alle bestemmelser om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren foreslås samlet i en felles lov. Utvalget problematiserer dette selv men konkluderer med at forslaget viser at dette er mulig og anbefaler departementet å følge dette sporet videre (side 59).

I NOU-en gjøres vurderinger knyttet til felles lov ut fra et sett kriterier eller målsettinger for lovarbeidet:

- Forenkling og klargjøring
- Redusert bruk av tvang
- Samhandling mellom tjenestene
- Helhetstenkning rundt individet
- Økt rettsikkerhet for barn

- Økte forskjeller i den rettslige reguleringen av fare for seg selv og fare for andre i psykisk helsevern
- Mer effektiv ressursbruk.
- Likebehandling
- Forholdet til menneskerettene

En innvending mot dette punktet i utredningen er at utvalget i vurderingen av disse kriteriene i hovedsak argumenterer for felles lov. Kriteriene er klart viktige i vurderingen av ny tvangslovgivning men det kunne vært ønskelig å se på om disse kan oppfylles like godt, eller kanskje bedre, selv om bestemmelsene blir å finne i flere lover. Lovforslaget viser også at det uansett er behov for å ha enkelte særlige regler for særlige tilfeller innenfor psykisk helsevern og rusomsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge er ikke avvisende til forslaget om å samle tvangsbestemmelsene i en felles lov. Vi ser at det er fordeler ved å finne alle bestemmelsene samlet på ett sted og at dette kan føre til likebehandling og kanskje også mer effektiv ressursbruk.

Det har vært førende for utvalgets arbeid å bidra til redusert bruk av tvang. I utredningen fremholdes at en felles lov er et virkemiddel i så måte. UNN er ikke enig i at felles lov vil føre til redusert tvangsbruk. Dette vil man i like stor grad kunne oppnå med nye regler innarbeidet i gjeldende lovgivning for eksempel gjennom revisjon av lov om psykisk helsevern.

1.2 Lovtekniske utfordringer

Lovforslaget er som nevnt omfattende og det er vanskelig å orientere seg i enkelte av lovbestemmelsene. Ett eksempel på dette finnes i forslagets § 5-2. Bestemmelsen viser i utgangspunktet til en annen (§ 5-4) og inneholder deretter en rekke såkalte særbestemmelser og unntak fra § 5-4.

Vi mener dette er for komplisert og gjør at loven vil bli vanskelig å bruke i praksis. UNN ber departementet gjøre et arbeid for å forenkle loven før den eventuelt blir vedtatt. Dette gjelder særlig bestemmelser som antas å få stor praktisk betydning.

I tillegg til en omfattende lov peker utvalget og forslaget på at det må vedtas en rekke forskrifter. Samlet sett blir dette et svært omfattende lovverk som etter vår oppfatning kan gjøre bestemmelsene om bruk av tvang mindre tilgjengelige enn de er i dag.

1.3 Hjemler for bruk av tvang i somatikken

UNN er positiv til at forslaget lovfester adgang også for somatiske avdelinger til å bruke tvang. Tilbakemeldinger fra flere av våre avdelinger viser at også somatiske avdelinger står i situasjoner der det vurderes som nødvendig å bruke tvang, for eksempel i form av kontroll med innføring av farlige gjenstander og beslag.

Spesielt til sistnevnte viser vi også til uttalelsen fra PHRK knyttet til Kapittel 7 nedenfor.

Del II – Innspill fra Psykisk helse- og rusklinikken

2 Forutsetninger

Klinikken har opplevd det utfordrende å vurdere og jobbe med høringsuttalelse til lovforslaget, da det størrelsesmessig medfører betydelig tid til gjennomlesning. De som ikke har tilgang til tiden dette medfører, har således måttet forholde seg til sammenfatninger av innholdet, foredrag og diskusjonsgrupper. Det reduserer kvaliteten på høringsrunden at ikke flere selv har hatt muligheten til å sette seg godt inn i hele lovforslaget.

Som klinikkens navn tilsier, omhandler vår høringsuttalelse i hovedsak de endringer vi opplever i forhold til dagens lov om psykisk helsevern og kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven, som omhandler bruk av tvang på rusfeltet.

2.1 Omfang av lovutkastet

Lovforslaget innebærer en felles lovgivning for all bruk av tvang i helsetjenesten, tidligere regulert av psykisk helsevernloven, kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven og kapittel 9 og 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Østenstad-utvalget har diskutert fordeler og ulemper med slik felles lovgivning innledende, og igjen i hvert kapittel. Gitt arbeidsmåte, måtte likevel konklusjonen av at felles lov er ønskelig ha kommet tidlig. Til tross for identifiserte ulemper som følge av dette på enkelte områder, er det rimelig å spørre om det senere i prosessen var mulig å gå tilbake på premisset om ett felles lovverk.

Vi støtter tanken om et felles lovverk som god, men om dette *må* medføre et så voluminøst og komplekst lovutkast som dette, er vi mer usikre på om det er en god idé.

Lovutkastet er på totalt 155 paragrafer. Kapittel 1-9 (95 paragrafer) oppfyller funksjonene til psykisk helsevernloven kapittel 1-4 (34 paragrafer). Dette innebærer således en tredobling av paragrafer som vil måtte inngå i daglig praksis med det volum av vurderinger som er i psykisk helsevern, hvorav stor andel må gjøres raskt.

En stor del av disse 95 paragrafene må dessuten flertallet av de som arbeider innenfor psykisk helsevern kjenne til, for å vite om alle unntaksbestemmelsene men også for å *forhåpentligvis* kunne realisere intensjonen med lovutkastet – tvangsbegrensning.

En rekke av paragrafene fungerer også ved interne kryssreferanser som gjør det hele uoversiktlig. Flere paragrafer fremstår selvsagte og strengt talt overflødige, da de ikke gir pasienten nye eller endrede rettigheter. Noen av tiltakene er spredt over en rekke paragrafer, slik som skjerming (4 paragrafer) avhengig av formål. Det spørs om eksempelet skjerming vil få tilsvarende differensiert praksis.

Utover størrelsen på lovutkastet, er det utvalgets varierende bruk av ulike reguleringsmodeller fra kapittel til kapittel som er forvirrende og lite gjenkjennelig i forhold til psykisk helsevernloven. Utvalget betegner dette som hhv. positive og negative reguleringsmodeller. Positiv regulering forstår vi som at utgangspunktet er «ikke lov til», mens tillatelser listes opp. Negativ regulering forstår vi som at utgangspunktet er «lov til», og begrensningene listes opp. Utvalgets bruk at begrepet «særlig inngripende tiltak» forstår vi som en begrensning brukt i en negativ reguleringsmodell og synes gjelde for kapittel 4 (nødsituasjoner) og kapittel 6 (behandlings- og omsorgstiltak). Kapittel 5

(innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon) følger tilsynelatende derimot en positiv reguleringsmodell.

Utvalget fremhever at de har laget en uttømmende bestemmelse for bruk av tiltak i nødsituasjoner (nødrett), som er noe vanskelig å forstå gitt kapittel fires negative reguleringsmodell, og at det derved ikke gis noen liste over alle *lovlige* tiltak.

2.2 Økt skille mellom personer til fare for andre og øvrige

Det er allerede i dag et klart skille mellom personer som vurderes til fare for andre og øvrige pasienter. Skillet er formelt størst mellom domfelte til TPH og allmennpsykiatrien. Nasjonale tall viser imidlertid at 55 % av de domfelte ikke er ved sikkerhetsavdelinger, men opptar plasser i allmennpsykiatrien. Mangelen på sikkerhetspsykiatriske plasser er størst i Helse Sør-Øst. Antall domfelte øker raskt, og med lovendring fra 2016 («de plagsomme»-paragrafen) vil fremtidig økning skje raskere. Endrede vilkår for utilregnelighet (O.t. prop. 154 L - nå vedtatt lov) fjerner krav om psykose, vil også sannsynligvis bidra til langt flere domfelte foruten å bidra til å uthule begrepet «alvorlig sinnslidelse» ytterligere.

Østenstadsutvalgets sammensetning og manglende mandat for å kunne vurdere problemstillinger vedrørende fare for andre, er i denne sammenheng påfallende og uheldig. Utvalget har følgelig unngått disse problemstillingene kategorisk, som etter deres egen vurdering også vil øke skillet mellom helse og justis. Det at utvalget så fjerner begrepet «alvorlig sinnslidelse» for alle andre grupper enn de til fare for andre, fremstår i seg selv diskriminerende og stigmatiserende.

3 Endrede juridiske begreper

3.1 Endret definisjon av tvang

Tvangsbegrepet foreslås innsnevret til i hovedsak de situasjoner der personen viser motstand, enten verbalt eller fysisk, eller overvinnelse av motstand ikke lykkes med alminnelige aksepterte virkemidler. Sistnevnte har utvalget redegjort for, men kan bli gjenstand for en for vid fortolkning. I tillegg tas det spesielle hensyn til personer med store formidlingsvansker.

Innsnevring av tvangsbegrepet virker som en mulig nødvendig forutsetning for en felles lovgivning, der omsorg og hjelp gis i kommunal regi og i bolig, for å unngå å definere for mange situasjoner som tvang unødig.

For institusjoner i psykisk helsevern vil dette medføre at innleggelse av personer med omfattende orienteringssvikt (i hovedsak demente), ikke automatisk trenger å være på tvang kun utfra manglende samtykkekompetanse. Utvalget har også laget en rekke presiseringer som muliggjør smidig behandling, der det etter dagens lovverk må skjæres over én kam og benyttes formell tvang selv i fravær av motstand. Dette er fornuftig

Endret definisjon av tvang gir dog mulighet for økt uformell tvang, ovenfor personer som *oppfattes å ha evne til å vise motstand*, men som av ulike grunner ikke velger å gjøre dette tross sterk uenighet. Et eksempel på situasjon som kan fremme uformell tvang, er «frivillig» behandling under tvungen innleggelse. Det er ikke holdepunkter for at uformell tvang oppleves mindre inngripende enn formell.

3.2 Fjerning av begrepene «alvorlig sinnslidelse» og «tvunget psykisk helsevern»

Alvorlig sinnslidelse har over lang tid blitt utvidet til dags dato i praksis å kunne romme alle former for psykisk sykdom, med alvorlighet som kan *sidestilles* med psykosebegrepet (der det ikke er symptomene ved psykose, men alvorligheten i endret oppfattelse m.m. som er det sentrale). Det er således vanskelig å se diagnosespesifisiteten i begrepet, som begrunnelse for å fjerne det, utover avgrensningen til psykisk helse.

I noen saker fungerer «alvorlig sinnslidelse» som en portvakt for tvang og ressursbruk innen psykisk helsevern og gir mulighet til å begrunne avslag der bruk av tvang etter øvrige grunner kan forsvares. Begrepet har potensiale for å virke stigmatiserende, men det har godt innarbeidet juridisk forståelse.

Tvunget psykisk helsevern må som naturlig forlengelse av en felles lov fjernes. Med det mister man en vesentlig tydeliggjøring av skillet mellom frivillighet og tvang. Utvalget viser en rekke ganger til at begrepet kun fungerer som et «overbygg» for tvangsmessige tiltak. Det kan vi forstå, men det viktige med dette overbygget er at det gir et personansvar for oppfølgingen av pasienter underlagt tvangsinnleggelse eller –behandling. Vi mener et personansvar er nødvendig for å bygge behandlerrelasjon, for at pasienten vet *hvem* han skal kontakte ved spørsmål og for å sikre personansvar for frister m.m. Utvalget toner ned viktigheten av personansvaret og omtaler i hovedsak ansvar på institusjonsnivå.

3.3 Innføring av begrepene sterkt behov, beslutningskompetanse, beslutningsstøtte og omfattende orienteringssvikt

«Beslutningskompetanse» synes som lite annet enn omskrivning av samtykkekompetanse, foruten et signal om ønsket økt involvering fra personen det gjelder.

Begrepet «antatt samtykke» (§1-5) innføres i flere sammenhenger under kapittel 5 og 6. Dette vil neppe bli enklere å vurdere enn samtykkekompetanse i mange sammenhenger. Pasienter med rusvansker forventes å ha en sterk ambivalens til bruken av rusmidler. Vurderingen av antatt samtykke her kan synes vanskelig, da en kan forvente at pasienter på ulike tidspunkt har ment ulike ting om det å ta imot behandling for ruslidelsen. Verdien i forhold til bedre ivaretakelse av pasientens integritet og medbestemmelse er derfor usikker.

«Beslutningsstøtte» fremstår i utvalgets arbeid som et diffust og uferdig begrep; i det minste for praktisk bruk. Her legger utvalget opp til at departementet må gjøre et betydelig arbeid.

«Omfattende orienteringssvikt» oppleves både diagnosenøytralt, men samtidig tett knyttet til demens. Det er et folkelig begrep og gir god forståelse for tilliggende problematikk.

«Sterkt behov» gir også en sterk folkelig oppfattelse av innhold; dette aspektet synes utvalget å ha *undervurdert*, i sine utgreiinger rundt juridisk innhold. Hvordan bekymrede pårørende vil forstå en begrunnelse av at det ikke foreligger «sterkt behov» for tvangsinnleggelse av deres nære, er høyst uklart.

Vi forstår- og er positive til begrensningen i bruk av tvang sistnevnte begrep muliggjør ved å ta hensyn til hva som kan tilbys av hjelp – altså, *at man må ha sterkt behov for hjelpen som kan tilbys.* Derimot vil det i mange typiske situasjoner der det nå tys til tvang, være vanskelig- om ikke umulig - å forsvare at man ikke kan tilby hjelp. Som eksempel her er tvangsinnleggelse av suicidal person, der hjelpen i hovedsak vil være ved beskyttelse bak låst dør. Her må andre kriterier være portvakt.

4 Gjennomgang av de viktigste kapitler

4.1 Kapittel 4 – Nødsituasjoner

Det er positivt at man har forsøkt å regulere dette området, som sannsynligvis har vært gjenstand for betydelige praksisforskjeller. Kapittelet er likevel vanskelig å forstå som en uttømmende regulering av nødrett, uten en utfyllende liste over hva som er tillatt, kun begrensninger i det utvalget har definert som særlig inngripende.

- §4-1 annet ledd kan leses på ulike måter. Innholdet kan oppfattes som et pålegg fra lovgiver for plikt til å gi helsehjelp til personer med omfattende orienteringssvikt som fremviser sterkt sosialt fornedrende adferd. Det er vel og bra, men noe underlig, i en lov som tar så sterkt til sikte å redusere bruk av tvang. Ut fra slik antatt intensjon med hjemmelen, stilles det spørsmål om også personer med akutt sterk ruspåvirkning bør omfattes av begrepet omfattende orienteringssvikt.

- Sett bort fra de særlig inngripende situasjoner med egne paragrafer, fremstår likevel vesensinnholdet av summen av §4-1 og §4-2 (generelle bestemmelser vedrørende skade på eget og andres liv, helse og eiendom) rimelig tilsvarende innholdet i straffelovens §17. Herunder gir 4. ledd en noenlunde tilsvarende vekting av proporsjonalitet.

- Det er således særdeles uklart hvordan-, om noen, plass straffelovens §17 fortsatt skal ha. Skal man som helsepersonell kunne straffes for handlinger begrunnet etter §17, når det nå kommer reguleringer for nødrett etter tvangsbegrensningsloven?

- Det at utvalget ikke vurderer kortvarig fastholding som et særlig inngripende tiltak, er som de selv sier, et kontroversielt standpunkt. Det er et prinsipielt valg, som synes usikkert fundamentert i pasient-opplevelsen av tvang.

- Det er uklart om tiltak tilsvarende dagens tvangsmidler iht. §4-8 i phvl skal dokumenteres i tvangsprotokoller. Dagens papirprotokoller er klart ikke mulige å videreføre. Kommende elektroniske protokoller åpner for videre utstrakt bruk – men ikke i primærhelsetjenesten. Vi ser helhetlig ikke for oss løsning for å videreføre denne dokumentasjonsplikten.

- Gjennomgående er det reduserte virkemidler ved kun materiell skade og det gjenstår kun to; kortvarig fastholding og skjerming. Da sistnevnte nå etter lovutkastet §8-2 fordrer at skjermingslokale er innredet som et vanlig beboelsesrom, er det i prinsippet kun gjentakende bruk av fastholding som kan forhindre vesentlig materiell skade.

- For øvrig er det forvirrende at skjerming nå fordeles over hele 4 paragrafer, utfra formål. Intensjonen synes god, men vi betviler at man i praksis vil kunne, eller ha behov for å skille i tilsvarende grad. Vi gjør oppmerksom på at skjerming etter §4-5 pkt. 3, vil bli en mellomting mellom skjerming og dagens isolasjon og kan oppleves vesentlig mer belastende.

- Vi forstår ikke hvorfor §4-3, pkt. 5 ikke også omhandler tilbakehold ved akutt fare for andre, kun akutt selvmordsfare. Er dette ikke like «særlig inngripende», eller er det utslag av utvalgets manglende mandat til å vurdere fare?

- Vedrørende bruk av mekaniske tvangsmidler, mener vi det er mulig, som utvalget foreslår, å avvikle dette over en 3 årsperiode. Dette vil imidlertid *kreve økte personellressurser og bygningsmessig tilpassing. Polstrede skjermingsrom (som f.eks. England bruker) kan vise seg å bli et nødvendig alternativ, men er ikke hjemlet i lovutkastet. Utbygging av luftegårder og tilsvarende arealer vil være nødvendig ved mange institusjoner. Det bør ikke forventes at dette kan realiseres innenfor eksisterende budsjett.* Det vil med overveiende sannsynlighet medføre økt bruk av øvrige tvangsmidler og skjerming og det vil kunne medføre økt bruk av politivakt i avdelingene ved farlige pasienter. Sistnevnte er svært uheldig. Dersom mekaniske tvangsmidler avvikles i allmennpsykiatrien, men opprettholdes i sikkerhetsavdeling, vil det utover å bidra til økt skille ved fare for andre (som skissert over) og bidra til at farlige pasienter i større grad må overflyttes til en sikkerhetsavdeling for akutt ivaretakelse.

- §§ 4.3, første ledd, og 4.6 annet ledd åpner for bruk av tvangsmedisinering i nødssituasjoner. Dette er nytt for *rusfeltet*, og fremstår som en flytting av grensene for graden av inngripen pasienter kan utsettes for på dette fagområdet. Det legger altså til rette for mer inngripende tvangsbruk, og vi spør oss hvordan dette står i forhold til formålet med lovutkastet.

- Videre er vi skeptiske til §4-6 (Særlige grenser for bruk av legemidler som skadeavverging), siste ledd: «Utenfor institusjon for psykisk helsevern må tiltaket være det absolutt siste alternativet». Vi ser for eksempel for oss urolige pasienter på legevakt og under transport til sykehus, pasienter med delir på somatisk avdeling og utagerende pasienter ved akuttmottak, som ikke vil bli gitt beroligende medisin og der det i stedet blir økt bruk av strips og håndjern fra politiets side. *Vi er rimelig sikre på at sistnevnte ikke er et bedre alternativ*.

4.2 Kapittel 5 Innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon

Kapittelet fremstår rimelig presist og uten klare mangler. Det er derimot ett av kapitlene med flest internreferanser til andre paragrafer, som gjør det vanskelig å lese. §5-7 og §5-8 gjelder ikke for spesialisthelsetjenesten.

- Det introduseres et skille mellom pasienter som ikke motsetter seg, de til fare for å motsette seg de neste ti dager og de som motsetter seg umiddelbarbart. Skillene kan umiddelbart synes fornuftige og kan bidra til noe redusert tall for tvangsinnleggelser for enkelte pasientgrupper, fortrinnsvis demente og utviklingshemmede. Imidlertid er hvordan man skal kunne forutse mulig motstand de neste ti dager (§5-2) utover synsing uklart. Denne synsingen må så gjentas hvert 10. døgn og i utgangspunktet med ubegrenset mulighet til å fornye vedtak. Vi ser for oss innleggelse ved sykehjem og alderspsykiatriske enheter som en serie med 10 døgns vurderinger, der man vil måtte hoppe frem og tilbake mellom §5-1 og §5-2. Hvor mye dokumentasjonsarbeid som forventes av disse typer vedtak, vil kunne ha sterk

innvirkning på hvor mye de blir brukt fremfor ordinær tvangsinnleggelse, som etterhvert kan fremstå administrativt betydelig enklere.

- Det foretas en vesentlig utvidelse av mulighet til å forhåndssamtykke til tvunget tilbakehold (§5-3). Tilsvarende har §2-2 i phvl vært lite klinisk brukt, av flere grunner – begrenset varighet, krav til inngåelse på innleggelsestidspunktet, ikke adgang til tvangsbehandling m.m. Utvalget åpner nå for forhåndssamtykke for tvunget tilbakehold i 3/ 6 uker av gangen og dette kan igjen forlenges i utgangspunktet uten begrensning. Tilbaketrekking av forhåndssamtykke skal kun være mulig i 24 timer etter inngåelse, selv om personen på senere tidspunkt er beslutningskompetent. Tilbakehold er for seg mindre inngripende enn tvangsbehandling, men det vil nå også være mulig å fatte eget vedtak om tvangsbehandling i perioden man er tilbakeholdt på forhåndssamtykke. Det ser heller ikke ut til at det er krav om at personen som inngår forhåndssamtykke må være beslutningskompetent ved inngåelse (jfr. Kravene til dokumentet i §9-21, 2. ledd) og omgår således vanlige regler for kontraktsinngåelse.

  Utkastets forslag til forhåndssamtykke er en utvidelse av dagens lovgivning i TSB (§ 10-4), og kan åpne for mer bruk av tvang og mer uformell tvang innen rusbehandling.

- For ordinær tvangsinnleggelse, etter §5-4, utvides antall kriterier fra 7 til 10. Spesielt for pkt. 5, vil det å mene noe om at personen antas å ha villet samtykke (om kompetent) som synsing i mange tilfeller. Tilsvarende vil *gode* vurderinger (pkt. 7) av hvordan tiltaket vil påvirke barn personen har omsorg for, eller mindreårige søsken, være vanskelig i en akutt situasjon. Her kan man tenke seg at legevakts-henvisninger vil lempe betydelig på dokumentasjonen. Terskel for å bruke tvang heves generelt ved kombinasjonen av sentrale begrep: «sterkt behov», «vesentlig helseskade» og manglende «beslutningskompetanse». Foruten at forståelsen av hver av begrepene må gå seg til i praksis, vil terskelen *kombinasjonen* gir måtte få en praktisk klinisk tilnærming. Vi ser for oss at noen pasientgrupper som ville kunne hatt stor nytte av behandling mot egen vilje, ikke vil få det, og en fare for utglidning mot andre grupper.
  For TSB oppfatter vi det som vanskelig å forstå hva som skal tillegges vekt, og hvordan en i praksis skal kunne skille mellom beslutningskompetente og ikke-beslutningskompetente pasienter på rusfeltet.

- Tilsvarende til dagens «tvungen observasjon», gjenfinnes i kapittel 9 (§9-14) i lovutkastet; plasseringen, i annet kapittel enn kapittel 5, virker ulogisk. Det er positivt med tydeliggjøring av at observasjonstiden også kan brukes til å avklare beslutningskompetanse nærmere og gir et signal om at slik vurdering ikke alltid er like enkel (for øvrig oppfattes det en rekke andre plasser i utkastet en trivialisering av denne vanskelige vurderingen). Observasjonstiden reduseres fra 10 til 7 dager, med en betydelig reduksjon i mulighet for forlengelse (10 til 5 dager), der også kravet for å få forlengelse heves betraktelig. Vi er usikre på om dette gir rom for tilstrekkelig gode vurderinger i *noen* vanskelige tilfeller.

- § 5.4 pkt. 10 gir et særlig vilkår til *rusfeltet* om at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud *før, under, og etter oppholdet.* Det er vanskelig å skjønne hvordan dette skal være mulig i pressede situasjoner hvor det er påtrengende behov for tvangsinnleggelse.

Pasient vil i slike tilfeller presses over til tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Det er også vanskelig å skjønne hvordan dette henger sammen med bestemmelsens neste setning om at kommunen skal orienteres om innleggelse uten hinder av taushetsplikt, dersom de ikke erkjent med innleggelsen. Vi stiller oss også undrende til at en har valgt å beholde dagens 3-måneders gyldighet for vedtak (innen TSB), når denne har blitt kritisert fra flere hold (bl.a. UNI-Rokkansenterets rapport fra 2010), og når vilkårene for tvang er endret slik at de flest ruspasienter ikke vil være i nærheten av å oppfylle kriteriene for tvangsinnleggelse så lenge som 3 måneder. En unødvendig lang gyldighet av vedtak legger til rette for unødvendig bruk av tvang, som ikke er i tråd med formålet med lovutkastet.

4.3 Kapittel 6- Individuelle behandlings- og omsorgstiltak m.m.

Det klart mest omfangsrike kapittelet med 25 paragrafer, de fleste juridisk krevende. Utvalget foreslår utfasing av mekaniske innretninger som akutt skadebegrensende tiltak (kapittel 4), men støtter fortsatt bruk av dette i behandling (tvangsernæring og i somatikken) samt «med omsorgsformål». Etisk sett er dette skillet uforståelig.

4.3.1 Medikamenter:

- Utvalget har valgt et skille mellom antipsykotika og andre psykofarmaka, som virker mer prinsipielt enn faglig begrunnet, gitt at en rekke medisiner kan ha potensielt alvorlige bivirkninger. Lovutkastet forlanger derimot vedtak om behandling med antipsykotika (§6-4) for ikke-beslutningskompetent person som ikke motsetter seg. Dette kan blant annet medføre økt bruk av benzodiazepiner (og øvrige vanedannende medisiner) for eldre demente på institusjon. Det er usikkert om dette er å foretrekke.

- Tvangsbehandling av psykiske lidelser med legemidler (§6-10) har flere kriterier enn dagens §4-4 i phvl. Vedtaket er ikke avhengig av at personen er innlagt, og har egne kriterier (gjennom §6-5) som motsvarer dagens krav til tvunget psykisk helsevern. *Det er høyst betenkelig å åpne opp for generell mulighet til at vedtak kan fattes utenfor institusjon (for de pasientgrupper som vanligvis er underlagt tvangsbehandling i psykisk helsevern)* – til tross for krav om lengre tid før vedtak kan fattes (fra 5 til 7 døgn), er det rimelig grunn til å tvile på at vurderingsgrunnlaget blir like godt som ved innleggelse.

- Det stilles krav til at virksomheten må ha tilstrekkelig kompetanse på ikke-medikamentelle behandlingsformer og tilby godt egnede alternativer. Vi støtter dette, men det gjenstår et betydelig faglig utviklingsarbeid for å tydeliggjøre hva slike behandlingstilbud kan være, gitt de ulike tilstander og situasjoner pasienter kan være i. Det vil også kreve økte ressurser, både personal- og bygningsmessig. Gode akuttilbud vil etter all sannsynlighet ha nytte av mindre enheter, f eks. akuttposter med 6-7 pasienter, med gode, rommelige lokaler, god tilgang til uteareal er, fysisk aktivitet, ulike terapiformer som f.eks. musikkterapi, kunstterapi eller andre behandlingstilnærminger den enkelte kan tenke seg å motta og/eller har erfaring med er til nytte i kritiske perioder i eget liv. Det ville være svært interessant å utvikle slike, men utvalgtes forsalg underkommuniserer ressursbehovet slike alternativer ville innebære.

- Kravet om skriftlig vurdering av en uavhengig lege er, for allerede tvangsinnlagte pasienter, en vesentlig innskjerping i forhold til dagens krav om å ha rådført seg med annet helsepersonell. Det er til å misforstå at denne legen skal være «uavhengig av den vedtaksansvarlige» og burde heller vært definert som «ikke underordnet den vedtaksansvarlige». Utvalgets modell krever dog ikke ekstern lege til dette, som mange andre høringsuttalelser har oppfattet, som vitner om hvor forvirrende begrepsbruken er.

- Det gjøres en vesentlig innstramming av hvilke preparater som kan brukes under uspesifiserte og akutte psykoser, som ofte kan være pasienters første møte med tvangsmedisinering.
  Innstrammingen gjøres ved at kun blir lov å benytte preparater som er godkjente for den spesifikke diagnosen og i doseringsområde iht. preparatomtale. Alle andregenerasjons-antipsykotika (de nyeste medisinene) har ikke per i dag godkjent indikasjon for akutt psykose, det vanlige er indikasjon for schizofreni og manisk-depressive tilstander. Dette betyr ikke at de ikke har sin klare plass i akuttbehandling av uspesifiserte psykoser.
  Etter dagens godkjente indikasjoner vil dette tvinge frem at man kun kan bruke svært gamle (1. generasjons) antipsykotiske medisiner i denne sammenhengen. Alternativt vil det føre til at man må sette en alvorlig diagnose (som schizofreni) tidligere enn det strengt talt er ønskelig.
  Utvalget begrunner sitt forslag med at de vekter god kjennskap til bivirkninger foran en mulig noe bedre effekt. Utvalget uttrykker selv at dette representerer *«En sjelden form for detaljregulering av faglig virksomhet»*, jfr. Bestemmelser rundt valg av psykofarmaka, s. 577. Vi ser slik detaljstyring som en overkjøring av nåværende og fremtidige muligheter til gode faglige vurderinger av hva som vil være den beste behandlingen for hver enkelt pasient.

  Tilsvarende vil det *utelukke muligheten til tvungen behandling med antipsykotika til ungdom under 18 år* fordi ingen preparater for injeksjon er godkjent for de under 18 år.

  Som peroral behandling finnes kun Abilify for schizofreni og mani (men ikke uspesifisert psykose), samt Risperdal for atferdsvansker ved utviklingsforstyrrelser. For de få pasientene under 18 år som faktisk trenger tvungen medikasjon kan dette bety inadekvat behandling og langvarig ubehandlet psykose, som vil redusere prognose for bedring.

- Utvalget siterer gjentatte ganger en *hasteuttalelse* fra Helsedirektoratet tidligere i år som omhandlet effekt av antipsykotika. Uttalelsen kom i forbindelse med Sivilombudsmannens problematisering av stor sannsynlighet. Uttalelsen diskrediteres, men brukes også feilaktig argument for at dersom pasient ikke har hatt effekt av to antipsykotika – vil medikamentell behandling sannsynligvis ikke ha effekt. Dette er feilaktig, fordi det ekskluderer å forsøke det preparatet som har kjent best effekt (Klozapin), men som har indikasjon for bruk at man ikke har hatt tilstrekkelig effekt av minst to andre preparater.

- Tidsaspektet for tilbakefall ved avbrutt medisinering utvides, ved hensyn til hvor alvorlig omfang tilbakefallet kan få. Dette er en anerkjenning av de sykeste pasientene som vi oppfatter positivt.

- Rett til årlig, uavhengig spesialistvurdering av grunnlag for tvangsmedisinering (etter SOAD modell fra England), vil ifølge utvalget medføre en lengre saksbehandlingstid. Dette vil bli et relativt kostbart tiltak for samfunnet, men vi er enige i at det vil styrke rettssikkerheten til personer som er underlagt langtidsbehandling. Dersom slik vurdering tar tid utover noen uker, vil derimot avbruddet i behandling kunne medføre at en andel av de aller sykeste pasientene vil få en *årlig, alvorlig forverring.*

4.3.2 Tvangsernæring:

- Antall vedtak om dette er, til sammenligning med tvangsmedisinering, forsvinnende lavt. Vi synes det er positivt at krav til alvorlighet skjerpes ved at personen må vise særlig omfattende vrangforestillinger om egen kropp og tenker dette kan avgrense uriktig bruk av så inngripende tiltak.
- Fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler i gjennomføringen av tvangsernæring (og i forbindelse med somatisk utredning og behandling) fremstår ulogisk og uetisk, om man har god begrunnelse for å fjerne dette som tvangsmiddel i nødsituasjoner.

4.3.3 Skjerming som behandling:

- Skjerming som behandling (§6-11) følger (9) strenge vilkår etter §6-5, inkludert at personen må mangle beslutningskompetanse men samtidig antas å ha samtykket til skjermingen om han hadde hatt dette. Videre mangler det krav til at vedtaket må skissere skjermingens innhold. Gitt dokumentasjonsmengden som kreves, kan man stille spørsmål ved i hvor stor grad skjerming som behandling vil bli brukt.
  §6-19 gir en interessant mellomvariant med skjerming i inntil 72 timer for å gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon, og som er en nyvinning i forhold til dagens lovverk. *Kanskje hadde denne varianten av skjerming som behandling vært tilstrekkelig?*

4.3.4 Elektrokonvulsiv behandling:

- Utvalgets forslag av å tillate dette som livreddende behandling er mest av alt *et verdivalg* som harmonerer med dagens praksis der dette gjøres (dog i varierende utstrekning) på nødrettsbetraktninger. Aktuelle kliniske problemstillinger kan være som livreddende behandling ved malignt nevroleptikasyndrom, eller næringsvegrende alvorlig depresjon. Langvarig sengeleie med intravenøs væskebehandling og ernæring (som i så fall er et sannsynlig alternativ til ECT) vil representere en betydelig helserisiko i seg selv. Dette vil kunne innebærer en konflikt med helsepersonellovens §7 om plikt til øyeblikkelig-hjelp. Det er positivt at man innfører krav til uavhengig vurdering av lege som har erfaring med behandlingsformen.

- Det er krav om at pasienten må være ikke-beslutningskompetent som utgangspunkt, men skal måtte samtykke til videre behandling etter 2 uker for å kunne fortsette. Dette vil i praksis si at ECT-behandling på tvang vil kunne vare i maksimalt 2 uker, da vi antar at et samtykke fra pasienten forutsetter at han har gjenvunnet sin beslutningskompetanse og at fortsatt behandling ikke lenger regnes som tvang.

4.3.5 Spesielle hensyn ved Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- §6-4, 2. ledd, pkt. 4: Her undrer vi oss over at psykiater i TSB ikke kan være vedtaksansvarlig for medikamentell behandling pasienten ikke motsetter seg, uten å ha veileder som er psykiater i psykisk helsevern? Dette er uklokt, og trekker et skarpt skille mellom psykisk helsevern og TSB som er praksisfjernt. Vi håper utvalget kun har oversett denne konsekvensen.

- § 6.5, 8.vilkår hilser vi velkommen, da vi går ut fra at det vil bli nødvendig med en gjennomgang av hvilke konkrete faglige og materielle krav som bør oppfylles for at en institusjon i TSB skal kunne treffe vedtak og gjennomføre tiltak med tvang.

- § 6.18 åpner, slik vi forstår det, for at ordningen med tvang uten døgnopphold utvides til å omfatte også TSB. Dette kan åpne for økt bruk av tvang på fagfeltet. Likevel vurderer vi forslaget som interessant, og kanskje kan pålagt oppmøte til undersøkelse og behandling være et godt egnet tiltak for enkelte grupper av rusavhengige som av ulike grunner har vanskelig for å ha utbytte av institusjonsopphold, og som står i fare for å gå til grunne uten at tvangstiltak iverksettes.

- § 6.25 er interessant fordi den åpner for regulering av vilkårssetting fra institusjonens side, og kanskje også konsekvenser med brudd på vilkår som ofte skaper mye støy på rusinstitusjoner.

4.3.6 Reservasjonsrett:

- Reservasjonsrett mot medikamentell tvangsbehandling og ECT synes fornuftig i et rettsikkerhetsperspektiv. Kravet til førstnevnte er dog at man har erfaring med behandling med medisiner under en tidligere psykose, hvilket ikke alle som kan ønske å reservere seg vil ha. Varigheten på inntil 10 år synes vi derimot er urimelig lang, da svært mye kan endre seg i personens tilstand/ liv og samfunnet for øvrig på så lang tid.

- Reservasjonsretten kan komme i strid med helsepersonellovens §7 om øyeblikkelig hjelp-plikt

- Mulige konsekvenser av innført reservasjonsrett, må nødvendigvis tydeliggjøres (inkludert i offentligheten). Konsekvenser vil naturlig nok ha sammenheng med hvor utbredt reservasjonsretten blir brukt. Omfattende bruk av reservasjonsrett mot medikamenter, kan føre til *vesentlig økt* behov for *langtidsinnleggelser*, som vil ha *store økonomiske konsekvenser*. Bruk av reservasjonsrett mot ECT, vil medføre at enkelte mennesker kan dø som følge, og aksept for et slikt verdivalg (pasientautonomi fremfor å redde liv) bør ha god forståelse blant folket, ikke bare i et lovverk.

4.3.7 Forhåndssamtykke til behandling:

- Forhåndssamtykke gjenfinnes i flere lands lovgivning, men har vist seg vanskeligere å omsette i praksis. Vi vurderer det vesentlig mer inngripende å samtykke til behandling enn til tilbakehold. Slikt samtykke kan være omfattende (plikt til oppmøte, avhenting med tvang)

utover det å måtte fortsette med legemiddelet under tvang. Varigheten er inntil 3 måneder, og det kan fornyes før utløpet av dette. Personen kan kun trekke samtykket tilbake innen 24 timer etter avsigelse.

- Av overskriften «forhåndssamtykke til tvang» er det tvetydig om dette da blir å regne som tvang. Dersom svaret er ja, vil forhåndssamtykke kun ha plass som et vektig argument i et tvangsvedtak, der en faglig ansvarlig har funnet dette nødvendig. Tvangsvedtak fordrer imidlertid at personen er ikke-beslutningskompetent. *Vi ser vanskelig for oss hvordan man skal håndheve et slikt forhåndssamtykke i en situasjon der personen vurderes som beslutningskompetent, men likevel ikke har rett til å trekke sitt samtykke tilbake.* Konklusjonen er altså at det synes urimelig at det ikke gis andre muligheter til å trekke forhåndssamtykket tilbake, f.eks. ved behandling i Tvangsbegrensningsnemd.

4.4 Kapittel 7 – Husordensregler, kontroll og beslag av farlige gjenstander og skjerming av hensyn til medpasienter

- En lovfesting av adgang til husordensregler (§7-1) er etterlengtet og velkommen. Skriftliggjøring og informasjon til Fylkesmannen sikrer mot uformelle interne regler. Det er imidlertid uklart hva Fylkesmannen kan- eller skal gjøre om de er uenig i det som beskrives.

- Tydeliggjøring av rutinekontroller (§7-2) er også hensiktsmessig. Imidlertid kan det bli svært krevende, om ikke umulig, at kontrollen gjøres av alle som skal inn i en avdeling. Vi ser spesielt for oss vaktskifter som problematiske i denne sammenheng. Hvem skal kontrollere kontrollørene? Skal rutinekontroll være en oppgave for innleid sikkerhetsvakt? Er man inne på slik løsning, følger det spørsmål rundt tilgang til tekniske hjelpemidler som metalldetektor o.l. som lovparagrafen ikke omtaler og som vil kunne bli uheldige. Regionale sikkerhetsavdelinger bruker for øvrig metalldetektor allerede.

- Skjerming av hensyn til medpasienter (§7-5): *Det er uheldig at terskel for dette heves til at personen «fremviser utagerende adferd»*.
  Vilkår for slik skjerming er pr i dag regulert gjennom psykisk helsevernforskriftens §16:
  «*Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.»*
  Å heve terskelen til utageringssituasjoner vil medføre vesentlig økt uro i avdelingene og dårligere behandlingsmiljø for alle.

- *Mest problematisk er dog utvalgets begrensning av denne typen skjerming, til kun tvangsinnlagte pasienter.* Begrensningen Dette vil medføre at frivillig innlagte pasienter i stedet må skrives ut, om hensynet til medpasienter tilsier at de ikke kan oppholde seg i fellesmiljø. Dette er svært urimelig. Det bør være mulighet til å kunne skjerme også frivillig innlagte av hensyn til medpasienter og de har da også muligheten til selv å velge å skrive seg ut, om de ikke vil gå med på premisset om skjerming.

4.5 Kapittel 8 - Gjennomføring av tiltak

- Utvalget fremhever at de har løftet gjennomføringen av tvang frem som særs viktig punkt. De forslag de har kommet med synes ikke gjenspeile dette fullt ut.

- §8-1 fremstår som selvsagt.

- §8-2, som regulerer innredning av skjermingslokaler er fornuftig, da dette sannsynligvis har hatt stor variasjon både mellom- og innad i institusjoner. Det synes likevel som urimelig at det (i institusjon) ikke skal være mulighet i noen tilfeller å kunne fjerne inventar fra rommet ved gjentakende materiell skade, uten krav om at dette må begrunnes i uforsvarlighet av hensyn til personens sikkerhet.

- §8-3 gir neppe utslag i endret praksis på institusjon i spesialisthelsetjenesten.

- §8-4 og §8-5 om løpende vurdering av vedtakets vilkår er oppfylte og om gjennomføringen er i samsvar med vedtaket, fremstår også rimelig selvsagt og i tråd med dagens lovverk. Imidlertid er det usikkert hvor langt utvalget tenker man skal gå i en løpende vurdering av et f.eks. så komplisert vedtak som tvangsbehandling med medisiner. I bunn og grunn er det kun psykiater som har kompetanse til å reelt (re)vurdere dette og det er urimelig å tenke at dette skal skje nærmest forut for hver depotinjeksjon. Dette både utfra kapasitet- og faglige hensyn.

- De øvrige gjennomføringsaspekter som fremgår av kapittel 6, gir grunn til bekymring: Lovutkastets oppfordring til samlevedtak kan saktens være tidsbesparende, men slike vedtak kan bli svært lange og viktig informasjon (bl.a. om mulighet for bruk av tvang i gjennomføringen) kan drukne i øvrig innhold; både for pasient og kontrollinstanser. Det er positivt at utvalget legger opp til at tvangsmidler for gjennomføring må nedfelles i tvangsbehandlingsvedtaket. Dette medfører dog at det blir *svært vanskelig å telle slik tvang påkoblet gjennomføringen,* når det ikke skal synliggjøres gjennom egne tvangsmiddelvedtak.

5 Kontrollinstanser

- Tvangsbegrensningsnemdene (TBN) fremstår i hovedsak som Kontrollkommisjoner i ny drakt. Det reduseres i antallet medlemmer i forsøk på å få økte kostnader med den nye ordningen ned (flere nemder enn kommisjoner). Det burde vært krav om at legemedlem er spesialist, gitt flere nye skjønnsmessige vurderinger, samtidig vil ikke en psykiater være like egnet for vurderinger rundt somatiske problemstillinger, som en allmennlege. Den eneste konklusjonen på dette vi kan se, er at 3 faste medlemmer blir for knapt.

- Høringsrunder tidligere i forløpet (etter 30 dager) med flere deltakende parter vil bedre personens rettssikkerhet men også samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. Likeledes er muligheten for TBN til å fatte juridisk bindende pålegg, et gode for pasienten. Det spørs dog om utvalget i tilstrekkelig grad har tatt hensyn til de økonomiske konsekvenser av ny slik pasientrettighet.

- Vi er også positive til at TBN får en felles funksjon for all tvang i helsetjenesten, og løsningen med tvangsbegrensningsnemder kunne kanskje også innføres selvstendig, i en tenkt situasjon der utkastet som helhet forkastes, og man beholder tilpasset, separat lovverk.

- Vi er skeptiske til at Fylkesmennene skal kunne klare å oppfylle de funksjoner som skisseres i utkastet. Det vi erfarer i samhandling med Fylkesmannen allerede i dag, er svært lang og økende saksbehandlingstid. Utkastet innebærer en kraftig utvidelse av funksjoner og vi ser ikke for oss at dette er mulig uten vesentlig økte ressurser til embetet.

- Det er dertil et uklart myndighetsansvar: Vi forstår det slik at Fylkesmennene blir i denne sammenhengen administrativt underlagt tvangsbegrensningsnemdene. Imidlertid vil vel Fylkesmennene beholde sin rolle som øverste tilsynsmyndighet for helsetjenester i et fylke? Om dette stemmer, vil det bli uklart hvem som har den endelige myndighet i saker vedrørende helsehjelp der tvang også er omfattet.

6 Sammendrag

NOU2019: 14 foreslår et nytt og felles lovverk for all bruk av tvang innen helsevesenet, inkludert en ny ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll. Den legger vekt på forebyggingsaspektet og på at det må tenkes helhetlig om pasientens behov i situasjonen som forutsetter samhandling mellom tjenester. Den peker på at pasientens medvirkning er viktig og at det må bli lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand. Dette er viktige prinsipper som vi støtter.

Ambisjonen om å samle all tvangslovgivning er spennende, men lovforslaget slik det foreligger har så mange særbestemmelser for enkeltgrupper at det både blir uklart, og mindre samlende enn man med første øyekast kunne tro.

Lovutkastet, som utvalgets konkretisering av disse prinsippene, er en studie i detaljregulering. Som typisk for når man forsøker å lage en lov som fanger opp mange særtilfeller, skapes det nye uklarheter (ingen lov kan gi reguleringer for absolutt alle mulige situasjoner). Vi synes lovutkastet svarer på mange av gråsonene i dagens lovverk, men reiser samtidig en rekke nye. Det er vektlagt et juridisk språk fremfor faglig forståelse.

Kompleksiteten og omfanget gjør den uhåndterlig i bruk, selv for de som vil måtte bruke loven hyppig og kjenne den godt. For de som sjelden vil bruke loven, vil det være enda større problemer. Vi kan ikke se annet enn at dette i seg selv utgjør en trussel for rettssikkerheten til pasientene, både i en overgangsfase og senere.

Selv med betydelig omskriving og teknisk finpuss, er vi tvilende til at lovutkastet kan sikre god praksis og svare til sitt gitte navn: *Tvangsbegrensningsloven.* Vi mener derfor at navnet er misvisende.

Loven gir i all vesentlighet uendrede muligheter for tvang i psykisk helsevern (med unntak av mekaniske tvangsmidler), dog med høyere terskel. Sannsynligvis vil dette gi seg utslag at samme virkemidler blir brukt, bare på et senere tidspunkt, når pasienten er ytterligere forverret.

For somatikken, er det en omfattende utvidelse av muligheter for bruk av tvang. En somatisk institusjon i spesialisthelsetjenesten vil nå i utgangspunktet få tilnærmet samme muligheter for tvang som en psykiatrisk institusjon. Et ansvar de ikke har tradisjon eller gode prosedyrer for å ivareta. Med mulighetene, vil det i en naturlig forlengelse komme forventninger om at de skal kunne håndtere vanskeligere situasjoner og -pasienter, på egenhånd. Det er høyst usikkert om somatikken vil kunne leve opp til disse forventningene.

Innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer utkastet en overgang fra dagens ordning hvor det i hovedregelen er Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker som vedtar tilbakehold uten samtykke, til det som omtales som en tjenestebasert modell. Dagens ordning har blitt oppfattet som problematisk på flere områder, blant annet ivaretakelse av pasienters rettssikkerhet på grunn av lang saksbehandlingstid i fylkesnemndene, og at det har vært utfordrende å gjennomføre tvangsinnleggelser hurtig nok når det virkelig har vært behov for det. Vi hilser derfor velkommen en overgang til tjenestebasert modell i TSB.

Ny inntaksmodell for TSB kan imidlertid slå begge veier for bruk av tvungen rusbehandling. Det kan tenkes at ved både å ha mulighet til å beslutte tvang og å stå for gjennomføringen – vil TSB se det mer formålstjenlig med tvang. Det er i mange tilfeller også sterkt påtrykk fra pårørende om å bruke tvang i rusbehandling, og det kan bli vanskeligere for en enkelt faglig ansvarlig i TSB enn en fylkesnemnd å stå imot dette trykket. Det er også sannsynlig, at gitt en lik inntaksmodell, vil mange pasienter med komorbid rusavhengighet, tatt imot på tvang i psykisk helsevern, snarere bli innlagt

innen TSB. Dette kan også medføre behov for en annen fordeling av oppgaver mellom psykisk helsevern og TSB.

Om lovutkastet som helhet skulle bli vedtatt, vil det kreve en nøye planlagt innføring og omfattende opplæring, i en grad som samfunnet sjeldent tidligere har sett eksempel på.

Vi forventer at en god opplæring i denne sammenheng vil omfatte alle de 20 000 sysselsatte (SSB, 2018) i psykisk helsevern for voksne, og berammes til minimum 1 ukes kurs per ansatt. Dette vil innebære samlet om lag 450 årsverk, og en kostnad på rundt 200 millioner (ved gjennomsnittlig inntekt på 450 000). Dette er altså utgifter kun til opplæring av fagfeltet psykisk helsevern. Primærhelsetjenesten er langt større, men vil til gjengjeld ikke trenge like omfattende opplæring.

Lovutkastets fokus på styrking av frivillige tilbud, alternativer til tvang og redusert bruk av psykofarmaka vil også ha store kostnader. Spesielt om utstrakt utbygging av reelle medikamentfrie alternativer til akutt psykiatriske problemstillinger skal realiseres. Dette vil gi behov for større lokaler og alternative tilbud til de som finnes i dagens virksomhet. Spesielt for noen pasientgrupper, vil det kunne bety en dreining tilbake fra et statlig ønske om poliklinisk behandling til innleggelse i døgninstitusjon. Dette kan også bli et utslag av reservasjonsrett i inntil 10 år mot antipsykotika.

Utvalget har skissert et nærmest «nøytralt» kostnadsoverslag. Vi finner deres utredning av økonomiske konsekvenser svært mangelfull. Ekstrakostnadene lovforslaget vil innebære, kan ikke forventes dekket over eksisterende budsjetter i Helseforetakene.