

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.
2021/647 -
9985/2021

Deres ref.

Saksbehandler
Ragnhild Johansen

Dato
08.11.2021

Svar på høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Vedlagt følger svar på høring fra helseforetakene i Helse Midt-Norge. I tillegg følger uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF som tekst etter signaturen i dette brevet. Helse Midt-Norge RHF vurderer at høringssvarene godt reflekterer viktige forhold som må vurderes og hensyntas i den videre oppfølgingen av forslagene fra Tvangslovutvalget.

Helse Midt-Norge RHF vil særlig peke på de innspill som er gitt knyttet til behov for at helsetjenestene både bygningsmessig og bemanningsmessig må settes i stand til å ivareta helsetjenester som kan oppfylle de foreslåtte lovendringenes intensjon og fortsatt gi forsvarlige og humane helsetjenester. Samtidig må en sikre ivaretagelse av forsvarlige og gode arbeidsvilkår for helsepersonell, og unngå at helseinstitusjoner må bemannes med politi eller annet sikkerhetspersonell i økende grad. Særlig vil disse forholdene kreve grundige vurderinger og forberedelser knyttet til helsetjenester for mennesker med de alvorligste psykiske lidelsene og atferd som medfører fare for alvorlig skade på personen selv eller andre. Det er bekymringsfullt dersom samfunnets intensjon om redusert fare for skadelige konsekvenser av bruk av tvang i helsetjenestene medfører økt bruk av metoder som isolasjon, bruk av polstrede/strippede rom og fravær av meningsfullt fellesskap med andre. Det bør også vurderes om konsekvenser som gjelder helsetjenester innen psykisk helsevern med særlige oppgaver knyttet til samfunnsvern og sikkerhet, bør utredes særskilt med tanke på oppfølgingen av forslagene og konsekvenser av de foreslåtte endringene.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Johansen
Ass. Fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Uttalelse fra RBU - det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF.

Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

RBU viser til en fellesuttalelse fra en sammenslutning av arbeidstaker- og interesseorganisasjoner som mener arbeidet med et felles tvangslovverk for helsesektoren må legges på is inntil CRPD er inkorporert i menneskerettsloven.

De samme organisasjonene uttalte dette også i sitt høringssvar av 2. desember 2019 til tre hensyn Tvangslovforslaget ikke svarte på: å få regelverket i tråd med menneskerettighetene/FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), utfordringen med omfattende tvangsbruk og behovet for forenkling og samordning av regelverket. De påpeker at departementet i sine kommentarer og forslag ikke har svart på disse hensynene.

Høringsnotatet bærer preg av politiske føringer fra Granavolden-plattformen hvor regjeringen den 17. januar 2019 forpliktet seg til å «Foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget». Tvangslovutvalget kom med sitt forslag et halvår etter Granavolden-plattformen, og utvalget har i sin utredning ikke lagt CRPD til grunn for lovforslaget.

Når det var politisk bestemt at en skulle bygge videre på forslaget, kan dette forklare hvorfor departementet relativt ukritisk bygger videre på Tvangslovutvalgets forslag.

Hurdalsplattformen slår fast at FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal inkorporeres i norsk lov. CRPD artikkel 1, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 23 og 25 er sentrale for hvordan tvangsbruk i helsesektoren skal reguleres. En kommende inkorporering av CRPD vil gi føringer både med hensyn til fremtidig tvangslovgivning, utviklingen av beslutningsstøttesystemer og endringer i vergemålsloven.

CRPD legger til grunn den sosiale og rettighetsbaserte modellen i forståelsen av funksjonshemming. I motsetning til den medisinske modellen hvor funksjonshemming forstås som feil og mangler med individet, forstår den sosiale modellen samfunnets utforming som årsak. Tilsvarende vektlegging av den sosiale og rettighetsbaserte modellen finner vi i veilederen som Verdens Helseorganisasjon utga 9 juni i år om utforming av tilbud innen psykisk helse, Guidance on community mental health services¹, hvor man vektlegger en personsentrert og rettighetsbasert tilnærming. Veiledningen er en del av WHO's QualityRights initiativ², som har et omfattende materiale med konkret og praktisk veiledning om CRPDs betydning for psykiske helsetjenester, og hvordan man kan utvikle tjenester og rammeverk som er i tråd med CRPD.

Forslaget til ny tvangslov bygger på den medisinske modellen og er derfor ikke egnet til å oppfylle rettighetene nedfelt i CRPD.

RBU støtte fellesuttalelsen fra arbeidstaker- og interesseorganisasjonene som er gitt i denne saken.

RBU ber om at disse synspunktene blir hensyntatt når Helse Midt-Norge skal avgi sin høringsuttalelse.

For RBU

Snorre Ness

leder

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.
2021/647 -
9985/2021

Deres ref.

Saksbehandler
Ragnhild Johansen

Dato
08.11.2021

Svar på høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Vedlagt følger svar på høring fra helseforetakene i Helse Midt-Norge. I tillegg følger uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF som tekst etter signaturen i dette brevet. Helse Midt-Norge RHF vurderer at høringssvarene godt reflekterer viktige forhold som må vurderes og hensyntas i den videre oppfølgingen av forslagene fra Tvangslovutvalget.

Helse Midt-Norge RHF vil særlig peke på de innspill som er gitt knyttet til behov for at helsetjenestene både bygningsmessig og bemanningsmessig må settes i stand til å ivareta helsetjenester som kan oppfylle de foreslåtte lovendringenes intensjon og fortsatt gi forsvarlige og humane helsetjenester. Samtidig må en sikre ivaretagelse av forsvarlige og gode arbeidsvilkår for helsepersonell, og unngå at helseinstitusjoner må bemannes med politi eller annet sikkerhetspersonell i økende grad. Særlig vil disse forholdene kreve grundige vurderinger og forberedelser knyttet til helsetjenester for mennesker med de alvorligste psykiske lidelsene og atferd som medfører fare for alvorlig skade på personen selv eller andre. Det er bekymringsfullt dersom samfunnets intensjon om redusert fare for skadelige konsekvenser av bruk av tvang i helsetjenestene medfører økt bruk av metoder som isolasjon, bruk av polstrede/strippede rom og fravær av meningsfullt fellesskap med andre. Det bør også vurderes om konsekvenser som gjelder helsetjenester innen psykisk helsevern med særlige oppgaver knyttet til samfunnsvern og sikkerhet, bør utredes særskilt med tanke på oppfølgingen av forslagene og konsekvenser av de foreslåtte endringene.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Johansen
Ass. Fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Uttalelse fra RBU - det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF.

Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

RBU viser til en fellesuttalelse fra en sammenslutning av arbeidstaker- og interesseorganisasjoner som mener arbeidet med et felles tvangslovverk for helsesektoren må legges på is inntil CRPD er inkorporert i menneskerettsloven.

De samme organisasjonene uttalte dette også i sitt høringssvar av 2. desember 2019 til tre hensyn Tvangslovforslaget ikke svarte på: å få regelverket i tråd med menneskerettighetene/FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), utfordringen med omfattende tvangsbruk og behovet for forenkling og samordning av regelverket. De påpeker at departementet i sine kommentarer og forslag ikke har svart på disse hensynene.

Høringsnotatet bærer preg av politiske føringer fra Granavolden-plattformen hvor regjeringen den 17. januar 2019 forpliktet seg til å «Foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget». Tvangslovutvalget kom med sitt forslag et halvår etter Granavolden-plattformen, og utvalget har i sin utredning ikke lagt CRPD til grunn for lovforslaget.

Når det var politisk bestemt at en skulle bygge videre på forslaget, kan dette forklare hvorfor departementet relativt ukritisk bygger videre på Tvangslovutvalgets forslag.

Hurdalsplattformen slår fast at FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal inkorporeres i norsk lov. CRPD artikkel 1, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 23 og 25 er sentrale for hvordan tvangsbruk i helsesektoren skal reguleres. En kommende inkorporering av CRPD vil gi føringer både med hensyn til fremtidig tvangslovgivning, utviklingen av beslutningsstøttesystemer og endringer i vergemålsloven.

CRPD legger til grunn den sosiale og rettighetsbaserte modellen i forståelsen av funksjonshemming. I motsetning til den medisinske modellen hvor funksjonshemming forstås som feil og mangler med individet, forstår den sosiale modellen samfunnets utforming som årsak. Tilsvarende vektlegging av den sosiale og rettighetsbaserte modellen finner vi i veilederen som Verdens Helseorganisasjon utga 9 juni i år om utforming av tilbud innen psykisk helse, Guidance on community mental health services¹, hvor man vektlegger en personsentrert og rettighetsbasert tilnærming. Veiledningen er en del av WHO's QualityRights initiativ², som har et omfattende materiale med konkret og praktisk veiledning om CRPDs betydning for psykiske helsetjenester, og hvordan man kan utvikle tjenester og rammeverk som er i tråd med CRPD.

Forslaget til ny tvangslov bygger på den medisinske modellen og er derfor ikke egnet til å oppfylle rettighetene nedfelt i CRPD.

RBU støtte fellesuttalelsen fra arbeidstaker- og interesseorganisasjonene som er gitt i denne saken.

RBU ber om at disse synspunktene blir hensyntatt når Helse Midt-Norge skal avgi sin høringsuttalelse.

For RBU

Snorre Ness

leder

Helse og omsorgsdepartementet

Dykkar ref:

Vår ref: BIH

Dato: 20.10.2021

Svar på høyring «Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget» frå Helse Møre og Romsdal.

HMR har mottatt høringsnotat om "Oppfølging av forslagene fra Tvangslovsutvalget" frå Helse og omsorgsdepartementet. Høringsfristen er 8. november.

Tvangslovutvalget fekk i 2016 i oppdrag å gjere ein samla gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av reglane om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Forslaga blei presentert i NOU 2019:14 *Tvangsbegrensningsloven – forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*, som tidlegare har vore på høyring. HMR avga omfattande høringsuttalelse, der vi var kritiske til både det lovtekniske og den faglige forankringa, samt at utredninga og ein del av forslaga bar preg av ikkje å halde seg til røyndommen slik den blir opplevd av klinikarar i norsk helsevesen.

Departementet har vurdert høringsinnspela, og arbeida vidare med utvalets forslag.

Departementet har som mål å legge fram ein proposisjon om ny felles tvangslov for Stortinget. Dette er eit stort og krevjande arbeid, både lovteknisk og prinsipielt. Det blir foreslått omfattande endringar i regelverket for bruk av tvang i helse og omsorgssektoren. Formålet med høringsnotatet er å få innspel til korleis endringane kan gjennomførast på best muleg måte.

Departementet ber derfor særleg om innspel til;

- Kva som skal til for å innføre eit nytt regelverk for bruk av tvang
- Kva som vil vere dei viktigaste behova å ivareta ved overgang til nytt felles regelverk
- Utarbeiding av ein plan for innføringa av nytt regelverk om tvangsbruk

Departementet ber om at høringsinnspela beskriv – mest mulig konkret – kva som må til for å kunne etterleve lovendringane i praksis, også når det gjeld samarbeidet mellom ulike einingar og behandlingsnivå. Dei ynskjer at høringsinstansane tar utgangspunkt i sin eigen kvardag og eige

tenesteområde, og fokusere på dei forslaga som i størst grad vil påverke deira eigen situasjon.

- Eit meir diagnosenøytralt regelverk (punkt 6.3)

Alvorlig sinnsliding blir erstatta med vilkår om manglande beslutningskompetanse, fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling.

Som klinikarar opplevs dette som eit diffust begrep som krev omfattande dokumentasjon. Korleis kan vi argumentere for at denne tilstanden er kronisk og potensielt farleg? Vi må vise til diagnose når vi skal argumentere for prognose og behandling over eit visst tidsspenn. Med dette lovverket vil pasientar kunne velje å gå til grunne og dei som får hjelp er dei som er til fare for andre. Menneske med såkalla psykiske utfordringar får betydeleg redusert vern mot å lide og gå til grunne, medan personar som lir av somatisk sjukdom framleis får hjelp sjølv om dei sjølv ikkje greier å ta imot hjelp. Dagens kliniske praksis bygger på tidlegare erfaringar gjennom korleis lovverk har blitt tolka og ulike vurderingar domstolar har gjort av grenseoppgangar. Ved ny lov som avviker sterkt frå tidlegare lovverk, vil det krevje enorm utprøving som igjen vil koste samfunnet betydeleg ressursar både innan helsevesenet og rettsvesenet. Vi opplever at pasient og brukarperspektivet blir tolka snevert som rett til å bestemme sjølv om ein ikkje evner å sjå konsekvensen av sine val.

Pasient-/brukarperspektiv

- Intensjonen med det nye lovverket er å ivareta autonomien til den enkelte.
 - Pasientar med psykoselidingar og mani, som på grunn av sin liding har manglande innsikt i sitt behandlingsbehov, kan miste sjansen til å få adekvat behandling og oppfølging.
 - Spesielt vil reservasjonsrett mot antipsykotisk behandling medføre manglande behandling av mange psykisk sjuke. Vi antar at mange pasienter som pr. i dag klagar på tvangsmedisineringstiltak, vil reservere seg mot bruk av antipsykotika.
 - Enkelte pasientgrupper kan bli underlagt meir tvungen helsehjelp, fordi kravet til tvangsbruk blir «sterkt behov» og ikkje alvorleg sinnsliding. I disse gruppene kan tvangsbruk vere uheldig og føre til auka symptomutvikling og behandlingsresistens.
 - For «de farlege» blir alvorleg sinnsliding vidareført som adgang til tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. Ein får vridning mot at pasientar må bli farlege, før dei kan få den helsehjelpa som er anbefalt i nasjonale og internasjonale retningslinjer.
 - Ruspasientar vil som regel ha bevart beslutningskompetanse. Tvungen rusbehandling vil kun unntaksvis skje.
 - Pasientens rettstryggleik kan bli redusert, når kravet om innleggelse til fem døgnsovervakning, i forkant av tvangsmedisineringstiltak blir fjerna.
 - Reservasjonsretten mot antipsykotisk behandling kan medføre betydelige personlege og økonomiske tap for enkeltmenneske og deira pårørande. F. eks. maniske pasientar, som utan behandling øydelegg familierelasjonar, set økonomien over styr og har impulsiv ukritisk åtferd.
 - Fleire pasientar med psykoselidingar vil kunne utføre alvorleg vald, sidan fleire av pasientane med alvorleg sinnsliding pga reservasjonsretten vil forbli umedisinert. Det er umuleg å eksakt forutsjå om, når og kvar eit menneske blir farleg og utfører valdelege handlingar.
- Manglande beslutningskompetanse, fare for vesentleg helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak som gjennomgåande vilkår for tvangsbruk (punkt 6.4)

Vi meiner at her kan det fort bli rom for ulikt skjønn. Det kan bli utvikla ulik forståelse rundt om i landets helseføretak, noko som står i sterk motsetning til lovfesta rett om likebehandling. Klinikken erfaring med to kontrollkommisjonar, er at desse gjer ulik vurdering i grensetilfelle. Når vi ikkje bruker diagnoser som har eintydig betydning, må det brukast kliniske begrep som gir funksjonsbeskrivelser. For å tydeleggjere kva vi meiner, blir dokumentasjonen svært omfattande og ofte også betydeleg lengre. Dette blir ei ressurskrevande oppgåve innan PHV som vil krevje fleire spesialistar. Da det kun er legar som kan gjere vedtak om medikamentell behandling, vil presset bli særleg stort på denne yrkesgruppa, og endringa vil krevje fleire legespesialistar.

Endringene i lovverket er svært omfattende. Det skal innførast nye begrep, utan psykiatrifagleg eller juridisk innhald. Risiko for ulik praksis er stor. Innføring av lovforslaget vil krevje betydeleg opplæring og samkjøring mellom fagfolk i ulike helseregionar, nye tvangsbegrensningsnemder og rettsvesenet.

- Det må utarbeidas detaljert forskrift/retteleiarar:
 - o Korleis definere «sterkt behov for behandling»? Korleis samsvarer det med dei diagnosane som skal behandlast?
 - o Kor farleg skal ein pasient vere for å kunne underleggast tvunget psykisk helsevern – både innleggelse og medisiner, med bevart beslutningskompetanse?
 - o Kor lenge anser ein pasienten som farleg etter ulike hendingar?
 - o Korleis definere «fare for vesentleg helseskade»? Eller «psykisk helseskade»?
 - o Reservasjonsrett mot antipsykotika skal ikkje vere gyldig dersom vedkommende blir vurdert farleg eller når omsynet til omsorg for barn veg tyngre enn sjølvbestemmelse. Igjen blir det opna for skjønn. Kva skal til for å bli vurdert som farleg? I kva tilfelle vil omsorg for barn vege tyngre enn sjølvbestemmelse?
 - o Korleis skal det vurderast om ein pasient er beslutningskompetent til å reservere seg mot antipsykotisk medisiner?
- Nasjonale vedtaksmalar må vere tilgjengeleg i god tid før innføring.
- Auka antall psykiatarar. Tolking av lovverket og dokumentasjon av vedtak tar stadig lengre tid.

- Særleg fare for andres liv eller helse (punkt 6.5)

Departementet vil legge til grunn at det skal vere særskilte reglar om tvangsbruk mot personar som utgjer nærliggande fare for andre. Vilkåret «alvorleg sinnsliding» blir vidareført for personar over 16 år. Vi ynskjer å peike på at både regelverk og helsetenestens rammeverk i liten grad omfattar forholdet mellom individ og samfunnsvern og vi ynskjer ein prinsipiell diskusjon om korleis forholdet mellom helse- og omsorgssektorens ansvar og justissektorens ansvar bør vere. Sett frå vår ståstad vil forslaget føre til at politiet må oftare enn i dag stille opp for å avhjelpe krevjande situasjonar innad i helseinstitusjonane. Spesielt vil det gjelde situasjonar der personar pga akutt ruspåverknad, hjerneskad, demens eller utviklingshemming har ei slik åtferd at dei må handterast med tvang først og frems for å unngå skade på andre.

- Med nytt lovverk vil færre pasientar bli underlagt tvungent psykisk helsevern og behandla med antipsykotika. Fleire ubehandla pasientar med alvorleg psykisk sjukdom vil vere i samfunnet.
- Antall oppdrag til politiet som omhandlar psykisk sjukdom vil auke. Oppdrag som omhandlar blant anna sjølmord/sjølshading, truslar, vald, vinningskriminalitet, «forstyrrelse av privatlivets fred» og andre alvorlege hendingar.
- Med foreslåtte endringer i lovverket vil også politiet i større grad måtte hjelpe helsepersonell/miljøpersonell i sengepost, sidan personell i mindre grad kan handtere

utagerande situasjonar sjølv. Dette både for å sikre pasienten, medpasientar og miljøpersonale mot alvorleg skade.

- Auka antall oppdrag til psykisk sjuke, vil medføre behov for å auka antall politimenn i teneste.

- Ny inntaksmodell til rusinstitusjoner; tvangsinnleggelse blir vedtatt av helsetjenesten (punkt 6.7)

Det er naturleg at kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon blir overført frå fylkesnemndene og kommunane til spesialisthelsetenesta (lege eller psykolog).

Vedtaksansvarleg for tiltak i TSB skal vere lege med relevant spesialistutdanning eller klinisk psykolog med relevant praksis og vidareutdanning. Spesialiteten Rus- og avhengighetsmedisin er ein ny spesialitet (første spesialist godkjent i 2015). Det vil derfor framleis vere mange rusinstitusjonar, inkludert TSB Ålesund/Molde, som er i behov for fleire spesialister. Det er viktig at overlegestillingar står klar til LIS som blir ferdige med si spesialisering, og at desse samtidig blir erstatta av nye LIS slik at det blir vekst og opptrapping av spesialiteten i Rus- og avhengighetsmedisin. Vi antar at oppgåva med å vurdere beslutningskompetanse og eventuell tvangsvedtak blir tillagt lege og ikke psykolog. Sjølv om begge faggrupper kan gjere dette i psykiatrien, er dette ei oppgåve primært leger har utført. Dette er ressurskrevande oppgåver i psykisk helsevern og ein må derfor sjå for seg at det kan bli slik i TSB også. Lovendringa vil føre til auka dokumentasjonskrav noko som, dersom ikkje talet spesialistar auker drastisk, vil medføre enda mindre tid til aktiv pasientbehandling for spesialistar innan TSB.

- Korleis er vurdering av vedtak tenkt i det nye lovverket?
- Kor lang tid har ein på seg før beslutningskompetanse/tvang skal vurderast? Det vil ha konsekvenser for arbeidsmengden om dette blir lagt til dagtid eller om dette må gjerast i forbindelse med vakt (utrykning kveld/natt/helg).
- Krav om fråvær av beslutningskompetanse vil truleg føre til at tvangstiltaka ofte vil vere av kortvarig karakter fordi pasienten gjenvinn sin beslutningskompetanse etter avrusing. Men dette er også noko som igjen viser at det oftare kan bli behov for å gjere slike vurderingar.
- Fleire kortare opphald kan gi auka fare for overdose. Ein er bekymra for om TSB vil kunne få en ny gruppe «svingdørspasientar». Noko som er uheldig for både pasienter og pårørende.

Vedrørende gravide og tvang er beviskravet for at barnet kan bli påført skade senka. Fleire gravide som misbruker rusmiddel vil dermed kunne bli vurdert for tvang. Det er positivt at fleire rusrelaterte skader på foster kan førebyggast, men samtidig må ein ha nok spesialister til å vurdere og behandle slike pasientar også.

Når det gjeld pårørende sine rettar er det anført at «Pasientens rett til å ikkje involvere nærmaste pårørende styrkes». Ein kan ikkje sjå at dette skal vere til det beste for verken pasient eller pårørende. Truleg vil det nye lovverket føre til auka omsorgsbyrde for pårørende.

- Pårørende til alvorleg psykisk sjuke og pasientar med rusliding, må bli førebudd på at det kan bli vanskelegare å gi desse pasientgruppene helsehjelp.
- Omsorgsbyrde hos pårørende for alvorleg psykisk sjuke og ruspasientar utan anbefalt medikamentell behandling vil auke.
- Oppfølgingstilbodet til pårørende bør aukast.

For tvangsinnleggelse i institusjon/TSB er det eit vilkår at det er inngått avtale mellom opphaldskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tenestetilbod før, under og etter opphaldet. Det er underleg at dette er eit vilkår når det gjeld TSB og rusavhengige på tvang, men at det ikkje er krav om tilsvarende avtale når det gjeld tvangsinnleggelse i psykisk helsevern.

- Definisjon av tvang; som hovedregel overvinnelse av motstand. Myndighet til å avgjøre bruk av tvang overfor barn overføres fra foreldrene til helsetjenesten (punkt 6.8)
 - Korleis skal vi forstå dette i praksis?
 - Når skal vi forstå dette som overvinnelse av motstand?
 - Kor mykje har vi lov å overtale folk? Rettsikkerheten vil bli svakare hos dei som ikkje har kognitiv funksjon til å framsette motstand. Dei minst inngripande tiltaka mot personar med utviklingshemming og psykiske lidningar skal ikkje lenger bli sett på som tvang. Begrepet kan bli svært tøyelig. Samstundes vil det krevje mykje dokumentasjon/ skrivning som igjen vil binde opp legeressurser. På vakt vil forvaktene bli usikre, som igjen genererer meirarbeid til spesialistane.
- Uttømmende lovregulering av nødssituasjoner (punkt 6.9)

Lovutkastet gir reglar for bruk av nødrett. Reglane er stramma inn i forhold til materiell skade. Dette sammen med å fjerne muligheten for å gripe inn med mekaniske tvangsmiddel, vil truleg gi nødrettssituasjonar som ikkje har heimel i Tvangsbegrensningsloven, samstundes som helsepersonell blir nøydtt til å løyse dei. Det er ikkje ynskjeleg å komme i ein situasjon der helsepersonell risikerer å bli meldt til politi for nødrettsituasjonar og bli utsett for politietterforsking for handlingar i nødrett som i Tvangsbegrensningsloven er snevrare enn straffelovas bestemmelse. Det vil kunne føre til at helsepersonell vegrar seg for å handtere situasjonar som må handterast og som elles vil kunne eskalere med fare for skade både på pasientar og tilsette. Blir sikkerheten til personalet ivarett med eit slikt system? Uansett må pleiefaktoren styrkast for å ha betre muligheit til å ta kontroll.

- Miljøpersonale og behandlarane i sengepostar må ha trygg arbeidskvardag. Det må klargjerast korleis dei skal handtere situasjonar med utagerande, valdelege pasientar. Skjerming i polstra rom, sleppe pasienten ut, evakuere avdelinga, kontakte politiet?
- Behov for auka pleiefaktor.
- God opplæring i korleis handtere situasjonar med utagerande pasientar.
- Blir arbeidsmiljøet utrygt, eller arbeidsoppgåvene for belastande, vil helsepersonell slutte. Rekrutering vil bli ei stor utfordring.

Mekaniske tvangsmiddel skal i dag ikkje brukast i behandling, men kun i alvorlege nødssituasjonar med fare for alvorleg skade på pasient, personale eller inventar. Vidare skal det kun brukast når andre mindre belastande tiltak ikkje har ført fram. Bruken skal avsluttast straks nødssituasjonen er over. Mekaniske tvangsmiddel har historisk sett blitt brukt meir enn det som synest nausynt. Dette er sterkt beklageleg og det er derfor viktig med strenge vilkår og god kontroll av bruk.

Det blir likevel reagert på at bruk av belter blir sett på som eit tyngre tvangsmiddel enn f. eks. halding. Det er godt kjent i fagmiljø at mange personar som har opplevd traume i form av seksuelle overgrep, eller andre kroppslege krenkelsar, opplever det å bli halde som langt meir

truande og krenkande enn å bli lagt i belter med ein trygg person som sit ved sida av pasienten. Dette faglege faktum blir ignorert.

- Ein eventuell utfasingsperiode må være lang nok til at alle akuttavdelinger og tilsvarende sengeposter, er ombygd slik at det er forsvarleg å avvike mekaniske tvangsmiddel. Polstra rom/isolasjonsrom? Lett tilgjengeleg politiressursar?
 - Der må bli avklart og gitt opplæring i kva tiltak som kan brukast i utageringssituasjonar.
 - Kontinuerlig praktisk- og teoretisk kursing i handtering av aggresjon, er nødvendig både for personale og behandlarar.
 - Det er ikkje avstanden til kor mekaniske tvangsmiddel blir oppbevart, som bestemmer om dei blir tatt i bruk. Dersom mekaniske tvangsmiddel er tillate i bruk, bør dei plasserast i nærleiken av der akuttsituasjonane oppstår.
 - Personale og behandlarar i sengepostar blir utsett for stadig aukande antall truslar og valdelege hendingar. Ved utfasing av mekaniske tvangsmiddel, må ikkje dette gå på bekostning av tryggleiken til tilsette.
 - Rekruttering, opplæring og ivaretagelse av personale og behandlarar i akutt- og sikkerhetspsykiatrien er svært krevende. Dersom eit nytt lovverk bidrar til at ein kjenner seg meir utrygg på arbeid og der det er større risiko for å bli utsett for truslar/vald vil dette forverre dagens situasjon.
 - Ved mange akuttpsykiatriske sengepostar og rehabiliteringssengepostar, må ein handtere pasientar med stor og eventuelt større valdsrisiko enn pasientar innlagt ved sikkerhetspsykiatrisengepostar. Ved utfasing av mekaniske tvangsmiddel, vil det utgjere ein sikkerhetsrisiko for pasienten, medpasientar og personale, dersom ein ikke har etablert andre metodar for å handtere nødsituasjonar på.
 - Det vil sannsynligvis vere behov for auka bemanning ved alle sengeposter som handterer denne typen pasientar/problematikk.
 - Dersom lovverket blir vedtatt, og mekaniske tvangsmiddel skal fasast ut, støtter vi departementets vurdering om at forsvarligheit igjen må vurderast i før planlagt utfasing.
- Nytt overprøvingssystem; tvangsbegrensingsnemnder og nye oppgaver for statsforvalterne (punkt 6.10)

I denne samanhengen velgjer vi å peike på at noko av det kontrollmyndighetene skal, er å vurdere om lovens vilkår for tvang fortsatt er oppfylt, særleg plikta til eit tilrettelagt tilbod utan bruk av tvang. Det må da arbeidast med å betre følgjande tilbod, spesielt viktig med det bygningsmessige. Under er lenker til dokumentasjon rundt dette:

- Ulike miljøtiltak som turar, innandørs aktivisering mm.
- Høgre personalfaktor, jf Lovisenberg sitt arbeid med red. av bruk av belter
- Gode og romslige lokal, pasienter treng «luft rundt seg»

[Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core](#)

[Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior | Elsevier Enhanced Reader](#)

[Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit - PubMed \(nih.gov\)](#)

[arkitektur-i-psykiatriske-sykehus.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

[Arkitektur i psykiatriske sykehus – Fagbladet Journalen](#)

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

- Snever adgang til tvangsmedisinering (punkt 6.11)

Forslaget til lovverk legg opp til reservasjonsrett mot bruk av antipsykotiske legemiddel. Dette er legemiddel som blir brukt til akutt-, vedlikehalds- og forebyggende behandling mot psykoselidingar og mani. Forslaget fører til at pasienter som har brukt antipsykotika tidlegare, kan reservere seg mot ny bruk, dersom dei ikkje er vurdert som «farlige».

Hovedproblemet er at dei fleste med alvorleg psykisk sjukdom ikkje er til fare for andre, men svært mange fungerer ikkje utan medisin. Dei vil kunne gå til grunne så lenge dei ikkje plager andre. Dei vil kunne velje seg bort frå å ha eit sosialt liv og god samhandling med familien og nærmiljøet elles. Blir dette vedtatt må det skje store endringar i kommunane som krev betydeleg fagleg satsing innafor feltet psykisk helse og rus. Det må tilførast midlar. Samfunnet må ha større aksept for avvikande åtferd og det vil kunne påføre store belastningar for pårørande og pasientane. Spesialisthelsetenesta må få tilført midlar for å kunne rettleie kommunar og arbeide med skadebegrensing.

- Det blir foreslått unntak frå reservasjonsretten for kortvarige nødsituasjonar. Ein ser da for seg eit scenario der psykotiske og maniske pasientar, blir gitt injeksjonar med kortidsverkande antipsykotiske medisinar. Dette roar den akutte situasjonen, men gjer ikkje noko med grunnlidinga. Dette vil medføre lange uhåndterlege pasientforløp. Uverdige både for pasient og pårørande. Svært krevande for personale og behandlarar, som truleg ikkje vil orke å stå i ein slik arbeidssituasjon over lengre tid.
- Fleire av dei alvorleg psykisk sjuke og rusmisbrukarar vil forbli ubehandla grunna reservasjonsretten og strengare kriterier for tvangsinnleggelse.
- Samfunnet må akseptere at menneske går til grunne, utan at helsetenesta har lovhjemmel til å gripe inn.
- **Kriminalitet og valdshendingar utført av ubehandla alvorleg psykisk sjuke vil auke.**

- Primærhelsetenesta:

- Antall bustader med døgnbemanning må aukast. Pasientar vil bli utskrive frå spesialisthelsetenesta, utan adekvat behandling.
- Alvorleg psykisk sjuke, som ikkje klarer å samarbeid med NAV/andre instansar, må sikrast økonomiske ytingar og bustad.
- Tenestetilbod i kommunen blir tildelt etter søknad og vedtak. Alvorleg psykisk sjuke ynskjer ofte ikkje slike tenester og søker derfor ikkje. Tenestetilbodet må tilpassast ei pasientgruppe som er sjukare enn det vi erfarer i dag. Ein risikerer at avstanden mellom tenestebruk til psykisk sjuke og somatisk sjuke vil halde fram å auke.
- Auka søkelys på tryggleik til tenesteytarar (kommunal psykiatritjeneste, NAV, barnevern, tilsette i botilbud med fleire). Korleis sørge for ein trygg arbeidskvardag i møte med potensielt truande og valdelege psykotiske pasientar?
- Vil primærhelsetenesta bli gitt oppgåva å ivareta pasientar med alvorlege psykiske lidningar (psykoselidelser, psykose-ruslidelser, depressive psykoser og manier), som reserverer seg mot effektiv behandling via reservasjonsrett mot antipsykotika og som treng langvarig eller varig omsorg i helseinstitusjon/bemanna bustad? Dette vil kreve fleire bustader, miljøpersonell og psykiaterkompetanse.

- Bygningsmasse:
 - Auka antall sengeplassar:
 1. Pasientar blir reinnlagt oftare, fordi krav om manglande samtykkekompetanse/beslutningskompetanse gjer at tvungent psykisk helsevern blir oppheva raskt og pasientene avslutter medisiner og igjen blir sjuke.
 2. Pasientar som reserverer seg mot bruk av antipsykotika, får ikkje effektiv behandling for sin alvorlege sjukdom og må vere innlagt lenge.
 3. Stadig fleire pasientar blir dømt til tvungent psykisk helsevern. Denne auken vil vare, med auka antall ubehandla alvorleg psykisk sjuke.
 - Polstra skjermingsrom for pasientar som utagerer og kan skade seg sjølve, medpasientar og personale, når mekaniske tvangsmiddel skal utfasast.
 - Fleire skjermingsrom, grunna fleire ubehandla psykosepasientar utan utsikt til bedring.

- Forbod mot å bruke mekaniske innretningar i undersøking og behandling av psykiske lidelser videreføres. Unntak for tvangsernæring (punkt 6.13)

Adgangen til bruk av mekaniske innretningar i nødssituasjonar skal fasast ut. Fram til et forbod mot bruk av mekaniske innretningar i nødssituasjonar trer i kraft, skal innretningane kunne brukast mot personar over 16 år for å avverje personskader. Denne saka er drøfta i punkt 6.9. Vi ser ikkje den logisk samanhengen i at livreddande tvangsernæring skal kunne gjevast med mekaniske innretningar i behandlinga, medan livreddande ECT behandling ikkje skal kunne gjevast utan samtykke.

- Snever adgang til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke som livreddende tiltak (punkt 6.14)

Forslaget oppleves tendensiøst, noko som oppleves leit på pasientens vegne. Desse reglane set ECT i eit svært spesielt lys. Blir dette vedtatt, må lovgjevar vere klar over at nokre få pasienter kan miste eit livreddande tilbod. Eksempel på dette er polymorf psykose som er så omfattande at pasienten må ha tre ECT ila tre dagar. Det vil vere vanskelig å få tillatelse hos slike pasientar, dei vil ikkje vere i stand til å gi samtykke. I slike tilfelle kan vi ikkje vente på godkjenning hos ei nemnd, da vil det vere for seint. ECT skal sjølvstendig ikkje gis på feil indikasjon, og hos dei aller fleste vil behandlinga vere basert på samarbeid og samtykke. Viss det skal gå an å reservere seg mot ECT behandling, bør det også bli moglegheit for å gi skriftleg forhåndstillatelse.

Forslag med budsjettkonsekvensar:

- Lovforslaget har uoversiktlege konsekvensar og mange av forslaga vil gi betydeleg auka kostander på alle nivå i helsetenesta, hos Statsforvalteren og i andre etatar f.eks. politi og rettsvesen. Lista under er ikkje uttømmende:
 - Auka antall sengeplassar i spesialisthelsetenesta.

- Ombygging av sengepostar (akuttpsykiatri, psykose/rehabiliteringssengepostar, sikkerhetspsykiatrisengeposter), alle må ha polstra rom/isolasjonsrom. Også andre endringar i skjermingseiningar vil ha meirkostnader.
- Kostnader til opplæring i nytt lovverk – i alle ledd av helsetenesta og i andre etatar f.eks. politiet. Deretter vidare kontinuerlig opplæring.
- IKT-utgifter for å få på plass nye malar for alle aktuelle vedtak. Både i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.
- Behov for auka antall tilsette i sengepostar som handterer dei alvorlegaste psykisk sjuke.
- Behov for auka antall spesialistar til å handtere det nye lovverket, fatte vedtak og følgje opp behandling av pasienter som i større grad vil kunne undra seg effektiv behandling.
- Opprette fleire FACT/ACT-team.
- Opprette av Tvangsbegrensningsnemder og opplæring av desse.
- Auka butilbod til pasienter som vedvarande har ubehandla alvorlige psykisk lidningar.
- Etablere oppfølgingstilbod til pårørande, som treng informasjon og støttenettverk i fortvilelse over manglande behandling i psykisk helsevern/TSB.
- Auka omsorgsstønad til pårørande med vedvarande omsorgs oppgåver.
- Auka antall tilsette i politiet, grunna auka antall oppdrag som omhandlar psykisk sjuke.

Molde 20.10.2021

- sign-

Ståle Hoff

Klinikkssjef

Klinikk for psykisk helse og rus

Brit Ingunn Hana

Medisinsk rådgivar / overlege

Klinikk for psykisk helse og rus



 +47 930 35 778

 helse-mr.no

 facebook.com/HelseMoreogRomsdal

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

Høringssvar – oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

St. Olavs hospital viser til høringsbrev og høringsnotat datert 6.7.21 med HODs oppfølging av forslagene til Tvangslovutvalget på høring. Høringsfristen er 8. november. Departementet har presisert at de ikke etterspør en ny høring av utredningen eller lovforslaget til Tvangslovutvalget (NOU 2019:14), men avgrenser høringen til å gjelde forutsetninger for hvordan denne lovendringen kan gjennomføres på en god måte.

Innledningsvis finner St. Olavs hospital også grunn til å nevne noen vesentlige og helt grunnleggende forhold som vi kommenterte ved høringen av utredningen til Tvangslovutvalget og lovforslaget.

Vi fremholdt at utredningen og lovforslaget var svært omfangsrikt, komplekst noe som gjør det svært krevende for virksomheten å vurdere lovforslaget helhetlig samt konsekvensene av dette.

Kompleksiteten i forslaget viser utfordringene med å forene dagens ulike lover til en felles lov. Det er krevende å følge krysshenvisningene slik at det f. eks klart fremgår hva som er kumulative og alternative vilkår i loven. Lovforslaget innfører en rekke nye begreper og endrede innretninger på regelverket som er krevende å sette seg inn i. Det er helsepersonell og klinikere som skal praktisere den nye loven i en hektisk klinisk hverdag. En kompleks lov med krevende krysshenvisninger, kan medføre uklarheter og ulikheter i praktiseringen, noe som kan være en risiko for rettssikkerheten for pasientene.

1. Økonomiske og administrative konsekvenser

St. Olavs hospital mener det er behov for en grundig utredning av lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser.

Lovforslaget vil innebære behov for betydelige investering til ombygning og mer areal. Fysiske rammer som ivaretar behovet for større arealer, mer rom til å kunne bevege seg rundt og kunne få roet situasjonen. Dette gjelder også i mottaksrom. Det vil videre være viktig med mulighet for å kunne gå ut i en luftetegård.

Det må etableres flere forsterkede skjermingsavsnitt og polstrede rom e.l. i de psykiatriske institusjonene. Dette er svært kostbart og at enhetene lar seg ødelegge på tross av spesialtilpasningen. For å ha verdige forhold, må det påregnes kostnader til utbedring av skader på disse arealene som belastes hardt

Byggene må tilrettelegges for å kunne benytte intravenøs sedering med tilstrekkelig medisinsk teknisk utstyr inkl O2 og overvåkningsutstyr. I eldre bygg vil dette være plasskrevende, og vil mange steder medføre at antall pasienter pr enhet må reduseres for å få til bygningsmessige tilpasninger.

En må også ha tilstrekkelig plass og rom så flere ansatte, sikkerhetspersonell og politi kan være naturlig tilstede. De må ha egne rom for utstyr og pauser.

Det antas også et betydelig økt bemanningsbehov som følge av lovforslaget. I tillegg til at det er behov for opplæringen i grunnutdanningen, vurderes det behov for fagfolk med særskilt kompetanse på nytt lovverk.

2. Samfunnsperspektivet

Debatten i media siste måneder om politiets psykiatrioppdrag, suidale som ikke får innleggelser, «tikkende bomber» ute i samfunnet, avspeiler dilemmaet sykehusene har stått i lenge, myndighetskrav om redusert bruk av tvang og økt pasientautonomi opp mot ulike innbyggers forventning til at pasienter med atferds avvik skal håndteres innlagt i psykiatrien, til dels også pasientgrupper som ikke tidligere har vært definert som psykiatriens ansvar som akutt rusede personer med utagerende atferd. St. Olavs hospital ser ikke at nytt lovverk eller forarbeidende avklarer disse spørsmålene.

Om en ikke hadde kunnet benyttet mekaniske tvangsmidler ville en mulighet vært å be politiet være i avdelingen med 4-6 personell for å ivareta sikkerheten til ansatte. Ut fra debatten i media om psykiatri oppdrag synes dette å ha uheldige samfunnsmessige konsekvenser, utover økonomi, ved å redusere politiets beredskap og evne til å løse andre oppdrag.

I mediene debatteres det om «farlige» dvs pasienter en frykter skal begå alvorlige kriminelle handlinger burde i større grad vært låst inne i psykiatriske institusjoner. Sykehuset støtter at psykiatriske pasienter ikke blir mindre rettsløse enn andre borgere, for psykiatrien er ikke bedre enn PST eller andre til å predikere hvem den ene av de mange med atferdsavvik som kommer til å gjøre en alvorlig kriminell handling. Sykehuset støtter derfor at det ikke åpnes opp for en utvidelse av farlighetsbegrepet i nytt lovverk, slik at pasienter ikke kan låses inne av frykt for at de skal gjøre noe, uten at dette er overveiende sannsynlig og i stor grad basert på tidligere handlinger. En liten oppmykning på farlighetsbegrepet ville fort ha rammet mange, slik som en liten heving av IQ grensen har ført til en fordobling av pasienter dømt til tvungen omsorg.

I håp om å hjelpe er det mange pasienter som innlegges til tvungen psykisk helsevern. For eksempel har det vært en villet utvikling å fokusere på suicidalitet i samfunnet. I dag innlegges 70 % av pasienten i akuttpsykiatrien pga suicidalitet, mange på tvang. For en del pasienter medfører dette et stort og traumatisk inngripen, uten at nytten av innleggelse nødvendigvis står i forhold til belastningene de opplever ved tvangsinnleggelsen, snarere tvert om. For eksempel pasienter med kronisk suicidal fare. Det fremgår bla av nasjonale retningslinjer for suidale (IS-1511), at innleggelse ikke er den beste behandling for pasienter med kronisk suicidalitet. En opplever allikevel en økning i at kjente pasienter med personlighetsproblematikk og kronisk forhøyet suicidalfare innlegges gang på gang på tvang mot pasientens vilje uten at det foreligger noen endring i suicidal risiko eller mistanke om alvorlig sinnslidelse. Flere av pasienten beskriver et kick og betydelig lette av indre ubehag av styret rundt innleggelse, slik at tvangsinnleggelsen fungerer for noen som en forsterkning på den kronisk suicidal atferden. Så selv om hensikten er å hjelpe pasienten synes mange å bli sykere av måte de nå håndteres i samfunnet. Perspektivet med unødvendige og skadelige tvangsinnleggelser er i liten grad berørt i utarbeidelse av ny lov og vanskelig å se at den nye loven bidrar til å redusere omfanget av dette.

3. Ansattes sikkerhet og arbeidsmiljø

Ansatte har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø.

Som arbeidsgiver har St. Olavs hospital ansvar for å forebygge vold og trusler om vold og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre, jf arbeidsmiljøloven § 4-3 nr 4. Kravene til arbeidsgiver er nærmere presisert i forskrift om utførelse av arbeid og stiller krav til at det skal foreligge risikovurdering av fare for å bli utsatt for vold og trusler, opplæring av ansatte i forebygging og håndtering og vurdering av andre tiltak som er egnet til forebygging.

St. Olavs hospital savner en drøfting i lovforslaget om hvordan man skal ivareta ansattes sikkerhet i tilstrekkelig grad med nytt lovverk. Lovgiver bør tydeligere beskrive hvilke momenter som skal vektes i avveiningen av hensynet til pasientens autonomi og integritet og samtidig ivaretagelse av ansattes sikkerhet og arbeidsmiljø.

Som vi har påpekt vil lovforslaget sannsynligvis medføre økt behov for sikkerhetspersonell og politi i avdelingene. Det er avgjørende for sikkerheten i avdelingen at ansvar og oppgaver og hvilket hjemmelsgrunnlag som de ulike aktørene helsepersonell, sikkerhetspersonell og politi, arbeider under er tydelig og avklart.

4. Forutsetninger som må være tilstede for å implementere de foreslåtte endringene

4.1

Økt satsing på frivillig behandling

En innskjerping av tvangsbruk, krever økt satsing på frivillige tiltak. TIPS (tidlig intervensjon ved psykose) team og en organisering av psykisk helsevern som gir bedre tid til pasientene og i mindre grad bidrar til relasjonsbrudd vil være viktige, men kostnadskrevende tiltak. Slike tiltak vil kunne være tillitsskapende, gi bedre prognose ved psykoselidelser og gi reduksjon i behovet for bruk av tvang.

Videre bør ambulante tjenester rettet mot pasienter med psykoselidelser styrkes. Ambulante team ivaretar den gruppen psykosepasienter som er for syke til å klare å samarbeide om vanlig poliklinisk behandling, denne gruppen forventes å øke i omfang ved innskjerping i terskelen for bruk av tvang.

Økt behov for sengeplasser og antall ansatte i sengeposter

Det vil være mange tilfeller hvor man ikke har noen dokumentasjon på at pasienter i aktiv psykose utgjør fare for noen og hvor en ikke finner krav om vesentlig helseskade oppfylt. Hvordan en skal håndtere disse pasientene i fasen hvor de er dårlige, men ikke dårlige nok til tvangsmedisinering er usikkert. Erfaringsmessig vil mange i liten grad ønske å ha kontakt med behandlingsapparatet. Og om de samtykker til oppfølging evt innleggelse, vil dette fort kunne få preg av «oppbevaring» når man er uten reell mulighet for å gi dokumentert behandling. Ivaretagelse av flere medisinske ubehandlede pasienter, vil kreve økt bemanning i de psykiatriske sykehusene. Vi forventer også økt behov for sengeplasser.

Det å ha flere ubehandlede pasienter i samfunnet forventes å gi en økning av alvorlige hendelser og dermed bidra til at flere pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Dette er også noe som vil legge beslag på sengeplasser og som fordrer en øking av kapasiteten.

Reservasjonsrett

Dersom det innføres et vilkår om at man først kan reservere seg seks måneder etter at behandling med antipsykotiske legemidler er avsluttet, vurderes dette å redusere antallet som kan reservere seg betydelig. Et slikt vilkår støttes. Det er også viktig at dette tidskriteriet tar hensyn til depotformuleringer, her vil seks måneder i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig.

Vi støtter at unntaket også omfatter gjentatte nødsituasjoner over flere dager, hvor situasjonen vedvarer etter at effekten av kortidsvirkende legemiddel har gått ut.

Vi støtter at reservasjonen ikke skal kunne gjøres gjeldende når tungtveiende hensyn til de personen bor sammen med tilsier det, men vil påpeke at dette vil bety at pasientens nærmeste pårørende er

den som i økende grad må bære ansvaret for tvangsmedisinering og at dette forventes å ville komplisere relasjonen mellom den syke og dens nærmeste hvilket igjen kan være destabiliserende for pasienten.

Skjerming

Det legges opp til at man kan skjerme i 72 timer i behandlingsøyemed med påfølgende 24 timers karantene før et nytt vedtak kan fattes. Vi mener at forslaget med 24 timers karantene før nytt skjermingsvedtak kan fattes, vil gi mye uro i behandlingsforløpet og medføre forsinket bedring. Sannsynligvis vil en også se en dreining mot annet kriterium for å hjemle skjerming (eks plagsom atferd for medpasienter) som vil gi mulighet for vedtaksvarighet på 14 dager.

Nødssituasjoner

Hva som vurderes som en nødssituasjon i ny lovtekst, er i hovedsak samsvarende med det som i dagens lov hjemler et §4-8 vedtak. De foreslåtte endringene går i hovedsak på hvordan man har mulighet for å gripe inn. Bla foreslås det at mekaniske innretninger (før de evt fases ut) ikke skal kunne brukes ved utageringer mot inventar. Her beskrives det at skjerming vil være et aktuelt tiltak. Om slik atferd skal håndteres ved skjerming, vil det settes store krav til utformingen av det skjermede avsnittet, disse må bygges med robust inventar som tåler utagering, dvs at de ikke vil ligne et vanlig bomiljø. En slik type utforming vil neppe være et godt sted for pasienter som trenger skjerming, men som ikke er utagerende.

Innføring av puterom/isolat er en mulighet, her vil utforming som ivaretar hygiene og smittevern være en utfordring (muligheten for rengjøring er viktig, pasienter i dårlig fase vil kunne for eksempel kunne påføre mat og kroppsvæsker på inventaret).

Alt i alt vurderer vi at utfasing av mekaniske innretninger vil medføre behov for betydelige investering til ombygning og mer areal ved å etablere flere forsterkede skjermingsavsnitt og polstrede rom e.l. i de psykiatriske institusjonene. På St Olav har vi ved RPUA enheten gjort oss erfaringer med å lage forsterkede rom med møbler som skal tåle utagering. Vi ser at dette er svært kostbart og at enhetene lar seg ødelegge på tross av spesialtilpasningen. For å ha verdige forhold, må det påregnes kostnader til utbedring av skader på disse arealene som belastes hardt. En må også dimensjonere for nedetid til utbedring. Utfasingen av mekaniske tvangsmidler bør forventes til reelle alternativer er på plass.

Utfasing av mekaniske tvangsmidler forventes å kunne gi økt behov for støtte av sikkerhetspersonell og politi i avdelingen. En avklaring og tilrettelegging på dette samarbeidet er nødvendig.

Elementer som har betydning for den enkelte pasient/bruker som pr nå i liten grad er avklart i nytt lovverk.

1. Påtrykk for å få pasienter/brukere i gang som ledd i behandling og omsorg.
I både spesialisthelsetjenesten og kommunene stilles kolleger av ulike profesjoner ovenfor situasjoner der det er aktuelt med påtrykk og overtalelse, uten bruk av fysisk inngripen. Noen eksempler av mange: mennesker med depresjon, lettgradig demens, psykisk utviklingshemming og andre med langvarig eller forbigående redusert initiativ og tankekraft vil ofte ut fra behandling eller omsorgsperspektiv ha godt av at omsorgspersonell har en aktiv overtalelse for å få den syke til å stå opp av sengen, stille seg, evt komme seg ut og i aktivitet. Mye personell er alene eller med en enkelt kollega i slike situasjoner. Det bør avklares ganske tydelig hvordan personellet skal opptre i en rekke slike situasjoner der en må bruke overtalelse for å få til aktivitet som er til det beste for den syke.

2. Pasienter som er til fare for seg selv – fare kriteriet

Det er en rekke pasientkategorier som av ulike psykologiske/psykiatriske/somatiske årsaker er til relativ fare for seg selv. Mer enn 70% av pasienter som innlegges norske psykiatriske akuttavdelinger har eksplisitt eller implisitt selvmordsfare som helt eller delvis grunnlag for innleggelsen. For pasienter med alvorlige depresjoner vil den umiddelbare selvmordsfaren være større for pasienter som helt nekter noen suicidal intensjon, sammenlignet med medpasienter som innrømmer slik intensjon.

Pasienter med tiaminmangeltilstander, symptomer på katatoni, anoreksi, delirium, abstinens mm har medisinske årsaker kombinert med adferdsproblematikk som årsak til innleggelsen.

Ubehandlet er alle disse pasienter til fare for seg selv. Disse pasienter har i Psykisk Helsevernlov for en stor del vært underlagt «behandlingskriteriet». I nytt lovverk må det påregnes at flere pasienter vil bli underlagt «farekriteriet». I denne sammenheng vil det være fare for en selv.

3. Håndtering av selvskading – berøres neste ikke i arbeidene med ny lov – autonomi - samfunnsvern.

a) Alvorlig selvskading. Ved avvikling av mekaniske tvangsmidler er det noen pasienter med kronisk alvorlig selvskading i kommuner og sykehus som det blir uklart hvordan en skal kunne håndtere. Ved vårt sykehus har vi innimellom enkelt pasienter med kronisks selvskading som har operasjonssår etter alvorlig selvskading som må leges. Og hvor selve operasjonssåret trigger selvskadende atferden, og hvor det står om akutt fare for pasientens liv om operasjonssåret rives opp. Det kan være pga operasjonssår med mye arrvev eller sår på halsen hvor store blodårer er eksponert el. Det er ikke mulig å holde disse pasienten fysisk fast i 14 dager til såret er grodd eller ha de aleine på isolat. Med nytt lovverk er det en fare for at vi ikke kan hjelpe disse enkeltpasienten.

b) Mange pasienter med selvskadingsatferd rapporterer om seksuell misbruk tidligere og opplever å ha personalet tett på seg som svært retraumatiserende. I evalueringssamtaler etter bruk av tvangsmidler er det mange av de som uttrykker at de foretrekker å bli lagt i mekaniske tvangsmidler fremfor å bli holdt av flere personer når de utager. Et viktig utviklings prinsipp i tvangslovene har vært pasientmedvirkning, dagens forslag bryter med dette.

Pårørende

Departementet ber om innspill på hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene. Vi forventer at pårørende i større grad vil oppleve å sitte med ansvar for alvorlig syke pasienter som ikke ønsker hjelp fra helsetjenesten. Et annet aspekt er at «fare for andres helse» sannsynligvis i økende grad blir brukt som argument for hjemling av tvangsvedtak og ofte vil det dreie seg om fare for pårørendes helse. Det vil kunne sette relasjonen mellom pasient og pårørende på prøve.

Pårørende bør få støtte for de emosjonelle og praktiske utfordringene de i større grad vil forventes å stå i. Dette i form av tilbud som rettes mot hele familien der det er mulig, eks «Enfamiliegruppe» og ved tiltak rettet kun mot pårørende der det ikke lykkes å få pasienten til å delta (individuelle samtaler/veiledning, grupper for pårørende etc).

Om det innføres et lovverk med økt terskel for bruk av tvang, bør det legges opp til systematisk informasjon av samfunnet/pårørende om lovendringer og myndigheters forventede konsekvenser av disse. Vår erfaring er at pårørende ofte er svært frustrerte når det ikke fattes tvangsvedtak og i mange tilfeller ikke har forståelse for at ansvarlig spesialist forholder seg til et lovverk. Om man innfører en dreining av loven, ønsker vi oss at myndigheten er offensive og tar ansvar ved å opplyse

om de forventede effekter av loven for publikum, ikke at denne opplysningen alene blir tillagt en spesialist i en situasjon hvor pårørende er svært presset.

Opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak

Det vil være behov for opplæring i grunnutdanningene i helsefagene, spesialistutdanning av leger og psykologer og nyansattopplæring i helse- og omsorgsvirksomhet. I helse- og omsorgssektoren med mange og små fagmiljø, bør det være tilgjengelig fagfolk med ekstra kompetanse i nytt lovverk på tvers av enheter.

Det bør lages nasjonal retningslinje og plan for utdanning for å sikre lik tolkning over hele landet av begrep som beslutningskompetanse, vesentlig helseskade, sterkt behov for behandling etc anvendt på mennesker med ulike problematikk, eks psykoselidelser og psykisk utviklingshemming.

Tvangsbegrensningsnemdene må ha tilstrekkelig og spesifikk kompetanse eks på mennesker med utviklingshemming, og kompetansen bør være definert i lovverket i form av utdanning og tilleggskriterium. Det bør vurderes å etablere egne kvalifiseringsprogram for medlemmer av tvangsbegrensningsnemdene og nasjonale nettverk som sikrer en lik anvendelse lovverket.

4.2 Særlig om habilitering

Overgangen fra Helse og Omsorgstjenestelovens (HOL) kap. 9 til nytt lovverk er sparsomt omtalt og det er derfor vanskelig å se for seg hva nytt lovverk vil bety for pasienter med psykisk utviklingshemming og deres nærperso-ner og nærmiljø.

For pasientgruppen med utviklingshemming blir det vesentlig med avklaring på rolle- og ansvar mellom forvaltningsnivåene. Med nytt lovverk vil sannsynlig fastleger, legevaktsleger og annet helsepersonell i kommunene få en større rolle i å vurdere beslutningskompetanse. Kompetanse om helseutfordringer hos mennesker med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser er naturligvis varierende hos fastleger, legevaktsleger, kommunalt helsepersonell, politi og kriminalomsorg. Dette er pasienter som kan være vanskelig å tolke, og som kan uttrykke somatisk smerte og psykisk uhelse på uvanlige måter. Det er derfor viktig at habiliteringstjenestene videreutvikles og styrkes slik at det også i framtiden er god tilgang til nødvendige råd og bistand for utredning og behandling av pasienter med psykisk utviklingshemming. Det blir tilsvarende viktig at Tvangsbehandlingsnemdene får et ansvar for å etterspørre spesialisthelsetjenestens rolle i saker der det brukes tvang ovenfor mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse.

Nytt lovverk må ikke få den utilsiktede konsekvensen at den virker «passiviserende» på bistandsyttere fordi de blir redde for å utøve tvang. For bistandsyttere som arbeider med mennesker med psykisk utviklingshemming, må opplæring i nytt lovverk legge stor vekt på pasientens rett til tilpassede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Lovverket inneholder mange skjønnsmessige begrep, og det er derfor vanskelig å vurdere i hvilken grad pasienter med psykisk utviklingshemming som motsetter seg somatisk helsehjelp vil kunne få nødvendig helsehjelp som rutine-tannbehandling, screeningundersøkelser og generelle helseundersøkelser.

Om en skal redusere bruken av tvang i denne gruppen, vil det antakelig skje en økning av mennesker med utviklingshemming som må ivaretas av kriminalomsorgen. Dette vil kreve at det etableres flere plasser for særreaksjonen tvungen omsorg i regi av *Sentral fagenhet for tvungen omsorg*. Videre et behov for samarbeid og en rolleavklaring mellom og politi, kriminalomsorg og spesialisthelsetjenesten.

St. Olavs hospital mener at en forutsetning for en trygg gjennomføring av nytt regelverk, er det behov for en bred utredning av konsekvensene av nytt lovverk for mennesker med utviklingshemming

4.3 Tvang i forbindelse med somatisk helsehjelp

På somatiske sykehus er det en del innlagte pasienter som har behov for tvangstiltak. En del av disse er pasienter som i dag får et dårlig tilbud fordi de ulike reglene for tvang ikke er samordnet og det oppstår behov for behandling som ikke er tilfredsstillende dekket av eksisterende regelverk. Ved denne store endringen i lovverk for tvang i helse- og omsorgstjenesten, burde man benytte sjansen til å tette vesentlige hull og mangler i dagens lovverk. Dette gjøres dessverre ikke, tvert imot legges det opp til at også det nye lovverket vil ha hull som vil være vesentlige for somatiske sykehus

Nødsituasjoner

Departementet foreslår at det skal være en uttømmende lovregulering av nødssituasjoner. Det foreslås videre at adgangen til tvangsbruk i situasjoner der det er en nærliggende fare for andres liv og helse begrenses til vilkåret «alvorlig sinnslidelse». Den foreslåtte bestemmelsen omfatter ikke pasienter som på grunn av akutt ruspåvirkning, hjerneskade, utviklingshemming, delirium (akutte forvirringstilstander ved somatisk sykdom) eller demens har en slik atferd at de må håndteres med tvang først og fremst for å hindre skade på andre. I somatiske sykehus er dette en relativt hyppig problemstilling. Departementet antyder i høringsnotatet at det kan være spørsmål om dette er en oppgave for helse- og omsorgstjenesten eller om oppgaven må overlates til politiet. Det framstår ikke som et realistisk alternativ å få politiet til å være til stede (være «fastvakt») hos utagerende pasienter annet enn i helt spesielle tilfeller. I det store flertallet av slike tilfeller må helsetjenesten håndtere atferden alene fordi politiet ikke har mulighet til å bistå og heller ikke ser det som sin oppgave. Slik atferd kan potensielt være livstruende både for andre pasienter og for ansatte. I noen av de somatiske sykehusavdelingene ved St. Olavs hospital utgjør dette et betydelig HMS-problem og er en viktig årsak til langtidssykemeldinger hos ansatte. St. Olavs hospital savner at departementet tar hensyn til disse aspektene i høringsnotatet. Spesielt uheldig blir dette når det samtidig foreslås at all tvangsbruk skal reguleres av tvangsforebyggingsloven, som da blir eneste lovlige måte å utøve tvang på. St. Olavs hospital vil foreslå at adgangen til tvangsbruk i situasjoner der det er en nærliggende fare for andres liv og helse ikke begrenses til «alvorlig sinnslidelse», men i stedet formuleres slik at den også dekker de problematiske situasjonene som oppstår i somatiske sykehus.

Vedtak

Utvalget foreslår at alle beslutninger, dvs. avgjørelser i nødssituasjoner, skal sendes til statsforvalteren. St. Olavs hospital foreslår at dokumentasjonskravene i disse tilfellene blir enkle og kortfattede slik at ikke dokumentasjon tar tid fra pasientbehandlingen. (Ang. dokumentasjonskrav: arbeidshverdagen på sykehus blir mer og mer hektisk. Det er derfor ikke rom for å bruke mer tid på dokumentasjon og skriftliggjøring av vedtak og beslutninger. Dette er lovverk som skal brukes av fagfolk i helsetjenesten i pressede situasjoner.)

Antipsykotika

Med dagens lovverk kan det ikke gis antipsykotika i somatiske sykehus til pasienter som motsetter seg denne behandlingen. Dette medfører at pasienter med somatiske tilstander som trenger antipsykotika men som gjør motstand mot dette, vanligvis pasienter med demens og alvorlige nevropsykiatriske symptomer, må overflyttes til psykiatrisk sykehus eller sykehjem for å starte behandling. St. Olavs hospital er positiv til at departementet foreslår et unntak fra dette slik at

tvangsbehandling kan foregå også i andre helseinstitusjoner. (Det bør framgå tydelig i lovtekst og forskrift at dette også gjelder somatiske sykehus). Det er viktig at adgangen til tvangsmedisinering med antipsykotika ikke blir begrenset til psykiatriske institusjoner.

Departementet foreslår at når det gjøres vedtak om medisinering med antipsykotika etter paragraf 6-4 som ikke treffes i det psykiske helsevernet, skal den vedtaksansvarlige stå under veiledning av psykiater i psykisk helsevern. St.Olavs hospital er positive til at man ønsker å bedre rettssikkerheten og behandlingens kvalitet. Det er positivt at man vil sikre god faglighet der antipsykotika gis med tvang. Men vi mener at forslaget ikke tar høyde for at også andre spesialister enn psykiatere kan ha tilstrekkelig kompetanse innen bruk av antipsykotika til sine pasientgrupper og problemstillinger. Dette gjelder for eksempel geriater eller erfarne sykehjemsleger som er spesialister i allmennmedisin. Ressursmessig vil det også medføre en stor tilleggsbelastning om psykiatere skal måtte følge opp med veiledning i forhold til all tvangsbehandling med antipsykotika i somatiske sykehus og sykehjem. Det er betydelig mangel på psykiatere og alderspsykiatere er det få av. Vi kan derfor ikke se at det er psykiatere nok til å gjennomføre den foreslåtte endringen.

Det foreslås at vedtak om medisinering med antipsykotika bare kan skje der legemiddelet og dosen er godkjent for behandling av personens kliniske diagnose. En del antipsykotika som har god virkning ved for eksempel nevropsykiatriske symptomer ved demens, har ikke godkjenning for den aktuelle indikasjonen. Vi vil foreslå at dette kravet fjernes i og med at legemiddelfirma sjelden har noen motivasjon for å søke godkjenning for disse indikasjonene, selv om det er et faglig behov for disse legemidlene.

Det foreslås at tvungen medikamentell behandling med antipsykotika bare kan gjennomføres etter undersøkelse av uavhengig lege. St.Olavs hospital foreslår at dette ikke gjøres gjeldende for kortvarig behandling, som i nødssituasjoner.

Skjerming

Personer med demens med store atferdsforstyrrelser og personer med delirium trenger ofte skjerming fra stimuli og fra medpasienter og det er godt faglig begrunnet ved disse tilstandene. På grunn av en økende andel eldre i befolkningen er dette stadig hyppigere problemstillinger i somatiske sykehusavdelinger. Departementets lovforslag tar ikke høyde for at det noen ganger er behov for å skjerme pasienter også i somatiske sykehusavdelinger. St.Olavs hospital vil foreslå at det også lovreguleres en adgang til skjerming utenfor somatiske sykehus som kan dekke dette behovet.

4.4 Samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten

Det vises til veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, her omhandles samarbeid og samhandling på tvers av tjenestenivåene i et eget kapittel 2.

Dersom kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra Fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten, anbefales det at kapittel 2 i veilederen videreføres, og justeres, og i særdeleshet det som omhandler bistandsteam. Dette for sikre kommunens involvering og rolle knyttet til å forbygge tvang og legge til rette for samarbeid og tiltak under gjennomføring av tvangen og etter at tvangen opphører.

For psykisk syke pasienter er det grunn til å vurdere samme modell, for gjengangere, alvorlige selvskadere mm.

4.5 Regionale sikkerhetsavdelinger

For St. Olavs hospital kan det fremstå som at man i dette lovforslaget har tatt gamle kapittel 5 og 4A inn i den nye loven uten å forholde seg til at kapittel 5 allerede var endret.

St. Olavs hospital vil understreke at en regional sikkerhetsavdeling som gir behandling til de som er dømt til tvungent psykisk helsevern har særskilte behov som må beskrives særskilt i loven.

5. Særlig om barn og unge

Styrking av barn og unges rettsikkerhet er veldig positivt, også deres økte og tydeligere medbestemmelse i nytt lovverk. Vi har noen kommentarer til forslagene som foreligger:

5.1 Vedrørende tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for barn og unge

Det står beskrevet at «barn og unge over 12 år som motsetter seg innleggelse, regnes som tvangsinnlagt». Det blir viktig at det fremkommer tydelig hva som ligger i begrepet «motsetter seg» da det er veldig vanlig at barn og ungdom mellom 12 og 16 år ikke ønsker være innlagt ved døgnenheter for behandling, men har mottatt dette på grunn av sine foreldres samtykke. Det blir også viktig at det gis mulighet for å forsøke motivere pasientene til å ville ta imot tilbudet da dette motivasjonsarbeidet blir veldig nødvendig for at mange av barna og ungdommene over 12 år skal ville ta i mot døgnbehandling.

5.2 Vedrørende pårørendes rettigheter

Det beskrives at pasientene rett til å kunne motsette seg at sine nærmeste pårørende involveres i behandlingen styrkes. Det tydeliggjøres også hvilket ansvar spesialisthelsetjenesten da må ha for veiledning til de med foreldreansvar for barn der kriteriene for å gjennomføre helsehjelpen ikke er tilstrekkelig til stede, men der barnet allikevel har et sterkt behov for den aktuelle hjelpen. Siden foreldre eller andre med foreldreansvar har dette ansvaret fram til ungdommene blir 18 år, vil de ha behov av kontakt med behandlere for å kunne ivareta sitt foreldreansvar, og de gis med nytt lovverk rett til veiledning og oppfølging. Dette gir god faglig mening, men også mulige utfordringer ved at vi får et større ansvar for å gjøre vurderinger uten at vi selv får anledning til direkte observasjon og dialog med den helsehjelpen skal nå.

Dette kan gi veldig vanskelige vurderingssituasjoner for ansvarlige i spesialisthelsetjenesten, der ansvar ikke henger sammen med «mandat» og rammer. Et eksempel her kan være en ungdom på 14-15 år med en alvorlig spiseforstyrrelse i bedring, der helsehjelp uten pasientens samtykke har ført til bedring slik at tilstanden ikke lenger er så farlig at man kan gi helsehjelpen når pasienten motsetter seg det. Slik vi forstår lovforslaget kan anbefalt behandling allikevel gis i form av tett veiledning til foreldre om hvordan de skal gå fram for å sørge for å få sitt barn til å ta til seg nok næring. Men hva når det blir vanskelig og behandlerne bare har foreldreinformasjon å bygge sin vurdering på? Man kan da se for seg en situasjon der pasient raskt kommer i kritisk somatisk tilstand uten at behandlere får anledning til å monitorere dette direkte.

Vi har allikevel ingen alternative forslag, og forslaget slik det står vil uansett gi hjemmel til å fylle et urimelig «hull» ved dagens lovverk der foreldre i noen situasjoner sitter igjen med et større og mange ganger for stort ansvar uten bistand fra spesialisthelsetjenesten.

5.3 Vedrørende tvangsbehandling med antipsykotika og reservasjonsretten

Vi mener man bør redusere lengden av tidsperioden reservasjonsretten varer til 2 år, i hvert fall for den yngste aldersgruppen da det ofte er uavklarte tilstandsbilder i ung alder og tidlig fase av

sykdomsforløpet. Å ha en reservasjonsrett på 5 år for de yngste, eksempelvis en 16-18 åring, vil tillegg dem et stort ansvar for egen helse som vi tenker kan gi veldig uheldige konsekvenser for deres mulighet for god behandling og en bedre prognose. Vi tenker også 2 års reservasjonsrett er veldig lang tid for denne yngste aldersgruppen, og mener det bør vurderes å lage reservasjonsretten enda kortere for de som er under 18 år.

5.4 Vedrørende utfasing av bruken av mekaniske tvangsmidler

Vi støtter en utfasing av mekaniske tvangsmidler for aldersgruppen 16-18 år, men ser samtidig at dette vil medføre behov for følgende:

- Økt personale tilgjengelig ved situasjoner hvor mekaniske tvangsmidler tidligere ble brukt.
- Fysiske rammer som ivaretar behovet for større arealer, mer rom til å kunne bevege seg rundt og kunne få roet situasjonen. Dette gjelder også i mottaksrom. Det vil videre være viktig med mulighet for å kunne gå ut i en luftegård. En annen mulighet man må vurdere er også dette med polstrede rom.
- Tydelige samarbeidsavtaler med sikkerhetsavdeling da noen må ha en beredskap, også for ivaretagelse av de yngste (<18 år). En tydelig plan for hvordan disse skal ivaretas innen sikkerhetspsykiatriske rammer blir viktig.

Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.:

-

Deres ref.:

Saksbehandler:

Dato:

05.11.21

Høringssvar fra Helse Nord-Trøndelag, Klinikk for psykisk helsevern og rus.**Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?**

For å kunne gjøre så omfattende endringer knyttet til medisinerings av alvorlige psykiske lidelser, må det gjøres vesentlig endringer knyttet til struktur på bygg, pleiefaktor og samarbeid med politi. Det vil være behov for oppbygging av flere intensivavsnitt med hensiktsmessige lokaler for å kunne gjennomføre skjerming og isolasjon. Puterom vil kunne være en slik romløsning. For å kunne ivareta sikkerheten for de ansatte må antall miljøpersonell per pasient økes. Det vil bli behov for flere døgnplasser, da behandlingstiden per pasient mest sannsynlig vil øke betraktelig. En økning av pasienter med psykoselidelser uten antipsykotisk medikamentell behandling, vil kunne føre til at det vil bli en økning av pasienter med pågående alvorlige og funksjonsreducerende psykosesyntomer. Dette vil legge beslag på døgnkapasitet, da mange av disse pasientene vil trenge døgnbehandling. I tillegg vil det kunne føre til en økning av pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern i medhold av kap 5 i phvl. For å ta høyde for dette, vil det være behov for flere lukkede psykoseposter. Ut i fra en tanke om at det vil bli en økning i pasienter med aktive psykosesyntomer og risiko for vold, må man også vurdere om det er behov for en økning av sikkerhetspsykiatriske døgnplasser.

Uten å ha mulighet for å kunne bruke mekaniske tvangsmidler som belter, vil vi ha behov for samarbeid med politi eller annet sikkerhetspersonell for å kunne ivareta sikkerheten til medpasienter, ansatte og pasienten selv. Dette må være et formalisert samarbeid som sikrer at det er raskt tilgang til bistand. Dette vil føre til at pasienter med forhøyet voldsrisiko i forbindelse med psykose kan få mindre helsepersonellressurs tilgjengelig, og økt ressurs av annet ikke-helsefaglig personell. Dette er ikke en ønsket utvikling sett fra vårt ståsted.

Det vil kreve mer legerressurs at pasienten skal være undersøkt av to leger, hvorav den ene ikke skal ha samme leder, for å starte antipsykotisk medikamentell behandling uten eget samtykke. Det vil være utfordrende å kunne gjennomføre på små sykehus. I distriktene er det legemangel og utfordringer knyttet til rekruttering av leger. Leger er, og vil være, en marginal ressurs. Dette tiltaket vil oppta leger fra andre avdelinger/seksjoner fra oppgaver de utfører der, og dermed føre til lavere legedekning for å gi behandling til andre pasienter. Vi er også meget usikre på om en annen lege ved samme institusjon vil ha en annen oppfatning og at det bidrar til økt rettssikkerhet for pasienten.

Kommunene må rigges for å kunne ta imot pasienter med mer aktive psykosesyntomer, som erfaringsmessig vil gi økt behov for sikkerhetstiltak og bemanning i kommunale boliger. (Se svar på spørsmål om organisasjonsutvikling.)

Besøksadresser Klinikk for psykisk helsevern og rusSykehuset Levanger
Inngang fra Halsanvn.
7600 LEVANGERDPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDALHøvdinggården
Høvdingveien 10
7725 STEINKJERSykehuset Namsos
Overhallsvegen
7800 NAMSOSDPS Kolvereid
Bjørkåsvegen 17
7970 KOLVEREID

Vi har allerede i dag rekrutteringsvansker på helsepersonell og omsorgspersonell i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten. Vi er usikre på om det er nok kompetent personell tilgjengelig til å fylle den økningen i stillinger som en slik lovendring vil kreve for å kunne gjennomføres etter intensjonen, særlig sett i lys av at vi samtidig har en betydelig økning eldre som også trenger kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon.

Staten må gi klare retningslinjer på fortolkning av loven. Vi ser også i dag store variasjoner i tvangsbruk i landet. Statlige organer bør sette inn undersøkelser og eventuelle spesifikke tiltak mot avdelinger og helseforetak som har høye tvangstall sammenlignet med gjennomsnittet. Staten må gi økonomiske tilskudd som gjør det forsvarlig å kunne gjennomføre de foreslåtte tiltakene. Det vil være investeringsmidler i form av økonomiske tilskudd til forsterkning og oppgradering av bygningsmasse. Samt gi økonomiske rammebeteingelser for økte døgnplasser og økt bemanning for å kunne ivareta sikkerhet for både pasienter, medpasienter og ansatte. (Se avsnitt om økonomi.)

Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?

Vår vurdering, er at vi per i dag har god praksis på tilrettelegging for et frivillig tilbud. Tvang blir brukt i de tilfeller det er høyst nødvendig. Dette innebærer å ha gode lokaler, kompetente ansatte, gode holdninger og gode muligheter for aktivisering ved innleggelse. Det er også nødvendig med tilstrekkelig antall døgnplasser til å kunne tilby enkelte pasienter lengre innleggelser. For å klare å tilby et frivillig tilbud i sykehus, er det viktig å ha stabile og gode boforhold for de sykeste pasientene i kommunene. Dette innebærer at det også i kommunen må være kompetente, trygge og tilstrekkelig antall ansatte i bemannede boligbaser. Mange av disse pasientene vil ikke kunne fungere utenfor sykehus uten slike rammer. Vi ser at det ved manglende kommunale tilbud ofte ender med tvang, fordi at ingen fanger opp pasientene når de blir økende psykotisk og kunne vært motivert for en frivillig innleggelse.

Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenestene som følge av nytt regelverk?

Som kommentert av flere under forrige høring, er det en risiko for at et diagnosenøytralt lovverk med «sterkt behov» som inngangskriterium vil kunne, i verste fall, gi økning i bruk av tvang pga av vagere avgrensning av hvilke personer det kan brukes tvang imot. En innføring av et diagnosenøytralt regelverk vil kreve en lik forståelse av begrepet «sterkt behov», der opplæring i og føringer for hva begrepet innebærer vil være nødvendig. Vi er spesielt bekymret for utvidet og uhensiktsmessig bruk av tvang overfor pasienter med personlighetsforstyrrelser. Det er behov for strukturert opplæring i voldsrisikohåndtering som f.eks MAP blant miljøpersonell. For å klare å møte forventningene i forslagene, så er det behov for en betydelig styrking av kommunehelsetjenesten når det gjelder oppfølging av pasienter med alvorlige psykoselidelser og alvorlige psykoselidelser med komorbid rusbruk. Det vil være nødvendig med et tilbud av kommunale omsorgsbaser. Det må også være boligbaser som tåler og klarer å håndtere vold og rusbruk.

Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?

Innføring av beslutningskompetanse i stedet for samtykkekompetanse.

Innlemming av nødrett i tvangsloven. Grunnlaget for bruk av nødrett vil være det samme som i dag.

Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?

Reservasjon mot antipsykotiske legemidler vil øke belastningen på enkelte pårørende. Det må lages tydelig informasjon til dem om hva reservasjonsretten innebærer og at de får informasjon om det er viktig at de formidler belastningen dette innebærer til helsevesenet.

Kommunale tiltak må være tilstrekkelige, slik at pårørende kan ta en mindre del av omsorgsjobben.

Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?

Med tanke på den store variasjon i tvangsbruk i dag, vil det være viktig at det er god opplæring på alle nivå, slik at lovverket forvaltes mer enhetlig. Det er viktig at tilsynsmyndigheten setter seg inn i hvorfor tvangstallene blir høye enkelte steder, og setter i gang tiltak for å få en riktig og redusert bruk av tvang på disse stedene.

Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?

Det må være tydelig hvem som har ansvar for hva. Blant annet må kommunene være beredt på å få pasienter med mer omfattende psykiatriske symptomer. Vi har per i dag gode rutiner for samhandling. Det viktigste vil være konkret og tydelig i lov og forskrift og kommentarer til lovverk, hva som hører til på hvilket nivå. Se for øvrig andre punkter om behovene i kommunene.

Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom de ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?

Kommunene har ofte ikke tilstrekkelig rammer til å kunne ta imot de sykeste pasientene med alvorlige psykiske lidelser, spesielt de med komorbid problematikk som rus og vold. Dermed forskyves i stor grad ivaretagelsen av disse pasientene til spesialisthelsetjenesten. Løsningen på dette vil være en oppgradering i døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og økt ramme til kommunene for å bygge opp faglige gode tilbud til disse pasientene, som f.eks bolig med heldøgns omsorgsbasis.

Hva bør være på plass for å sikre at kommunen er i posisjon til å forebygge tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemdene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?

For å forebygge tvang må man ha gode frivillige tilbud, tilrettelegging for yrkesaktivitet og skolegang og gode rusforebyggende helsetjenester. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten har god dialog med kommunen underveis.

Ulike alternativer for hvordan en eventuell adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler bør innrettes.

Reservasjonsrett antipsykotika:

Dersom reservasjonsrett skal innføres støtter vi departementets forslag om inntil to år generelt for alle.

Videre støttes forslaget om at det må ha gått seks måneder etter at behandling med antipsykotika ble avsluttet før man kan reservere seg.

Dersom nødsituasjon, som unntak, vedvarer, bør antipsykotisk behandling kunne pågå til nødsituasjon er over, uavhengig av tid. For både pasient, pårørende og ansatte vil det å kunne ha muligheten til behandling med antipsykotiske legemidler være mindre inngripende enn f. eks å ha pasienten isolert.

Det støttes at reservasjonen ikke skal kunne gjøres gjeldende når tungtveiende hensyn til de personen bor sammen med tilsier det. Det bør presiseres hva som ligger i begrepet tungtveiende hensyn, og det må være tilgjengelig informasjon for de pårørende, slik at de kan ha en dialog med behandlingsapparatet om dette.

Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødsituasjoner være? Hvordan kan behov for å håndtere nødsituasjoner best balanseres mot ønsket om å øke terskelen for å bruke de mest inngripende tiltakene, jf utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen

Vår vurdering er at 3 år er et minimum for å få til en god implementering. Dette slik at man vil få en faktisk erfaring på om det er forsvarlig å utfase mekaniske tvangsmidler helt. Vi støtter departementets vurdering om at det bør legges opp til en følgeevaluering av arbeidet med utfasing

av mekaniske innretninger og at det er en vurdering på om det er faglig forsvarlig å innføre et generelt forbud, eller om det bør gjøres unntak.

Begrensning av bruk av mekaniske innretninger til ikke å gjelde tingskade vil ha konsekvenser:

- 1) Hvor går grenseoppgangen der tingskade vil kunne føre til personskaade? F. eks ødeleggelse av gjenstander der deler av gjenstanden blir brukt som våpen mot pasienter eller personale
- 2) Det vil sannsynligvis bli en økning i utgifter til håndtering av skadeverk i psykiatriske avdelinger.

Hva betyr det i praksis at mekaniske tvangsmidler ikke skal oppbevares i umiddelbar nærhet? Vår vurdering er at dersom belter ligger på vaktrom, og ikke ligger på senger på pasientrom, er et nok begrensende tiltak. Og samtidig vil det, dersom det oppstår nødsituasjoner, raskt kunne hentes for å avverge farlige situasjoner

Under pkt 6.12.6.2 skriver departementet at psykisk helsevern har en siste skanse-funksjon. Vår vurdering er at psykiatriske akuttposter, spesielt i distrikt med lav politidekning, bør ha adgang til å benytte mekaniske tvangsmidler i nødssituasjoner. Utstrakt bruk av politi i helseinstitusjoner vurderes å være svært uheldig på mange måter. Det viktigste handler om utrygghet for medpasienter.

Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgangen til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i såfall utformes?

Det anbefales at prinsippene som beskrives i rundskrivet IS-10/2015 kap 4.6.2 (Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming - helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9) videreføres. Det handler om at vilkår om vesentlig skade og manglende beslutningskompetanse må foreligge. I tillegg må det sikres god nok kompetanse rundt pasient/bruker, for å avdekke årsaksforhold og gi behandling, med formål om å begrense tvangsbruk. Det bør ikke være noen arenabegrensning for tvangen, slik at tvangen kan benyttes både i hjemmet og utenfor. F.eks belter i rullestol og bilbelte. Det er også viktig at tillitsskapende arbeid må være forsøkt, og at vedtak om tvang ikke erstatter tilstrekkelig kompetent bemanning.

Vi støtter forslag til at innretninger kan brukes ved behov for beskyttelse for å avverge vesentlig helseskade-unngå fall og fallskader. Eksempelvis sengehest, bord foran rullestol for å unngå at personen reiser seg uten tilsyn. I de tilfellene sengehest kan medføre ytterligere risiko, ved at pasientene klatrer over, er det viktig å tenke alternative tiltak.

Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling eller vil den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene?

Vår vurdering er at skjerming som gjennomføringstiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta tjenestenes behov for skjerming knyttet til behandling. Eksempelvis vil pasienter med mani, erfaringsmessig ha behov for vesentlig lengre periode enn 72 timer med stimulibegrensning. I tillegg vil nok flere i gruppen som vil ha behov for lengre perioder med stimulibegrensning (hovedsakelig mani, psykose) også kunne reservere seg mot antipsykotika. Som man ser i fra rapporten på Lovisenberg økte skjerming og bruk av korttidsvirkende legemidler ved reduksjon av mekaniske tvangsmidler. Det vil være viktig at man innfører fjerning av et restriktivt tiltak om gangen, og evaluerer konsekvensen av dette opp mot annen tvangsbruk.

Vi tenker skjerming som behandlingstiltak med stimulireduksjon fra i hovedsak medpasienter og omgivelser. I stedet for å regulere ned tid på skjerming, bør det vurderes å legge inn krav til innhold i skjerming, og hvordan skjermingsavsnitt skal innredes. Vårt intensivavsnitt (skjermingsavsnitt) er i stor grad innrettet som vanlig pasientrom med tilknyttet åpen stue. Stuen har møbler og innebygget TV. Vi har f. eks også tiltak ved at vi tar med skjermingspasienter ut på friluftsturer, gåturer, bilturer og andre aktiviteter hvor de skjermes fra andre og medpasienter.

Økonomiske konsekvenser av forslagene:

Som beskrevet er vår vurdering at lovendringen vil innebære en vesentlig økonomisk belastning (som beskrevet under tidligere punkter). For å kunne gjennomføre en så omfattende lovendring er det en forutsetning at helsetjenesten får de økonomiske rammer for å kunne gjennomføre dette på en faglig god måte, samtidig med at sikkerheten for de ansatte ivaretas. Hovedtyngden av økonomisk utfordringer vil ligge på lønnskostnader knyttet til økning i kliniske årsverk både i kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er også nødvendig med investeringsmidler for å bygge opp på døgnplasser, men også for å forsterke og utbedre eksisterende bygningsmasse.

Andre kommentarer

Forslag om at tilbakeholdelse også omfatter personer med demenssykdom som bor i boliger som gir heldøgns helse- og omsorgstjenester, støttes. Dette vil medføre mindre uhjemlet bruk av tvang, samt hindre unødvendige overføringer fra heldøgns omsorgsplasser og over i sykehjem kun for å imøteसे vilkåret for å fatte vedtak om tilbakeholdelse. Denne type flytting påfører en sårbar pasientgruppe mye belastninger. Vi opplever imidlertid lovteksten er noe uklar. Hva menes med avgrensede tidspunkt? Kun på natt? Viktig med en tydeliggjøring av lovteksten.

Vi savner at det er drøftet omsorgstiltak som innebærer hjelpe mennesker med påkledning mot deres vilje i situasjoner der de kler av seg i rom der andre oppholder seg. Ikke sjelden at noen beveger seg lettkledd/naken ikke bare utendørs, der det ikke er vesentlig helsefare, og som motsetter seg bistand. Hvordan skal man forholde seg til dette?

Forslaget om å åpne opp for å behandle personer med demenssykdom med psykofarmaka bifalles. Dette vil kunne forebygge helseskade, samt også unngå merbelastning ved at personen kan motta behandling der hun/han bor. Selv om det vil medføre økt bruk av ressurser i både første- og andrelinjetjenesten, støttes også at den vedtaksansvarlige i kommunehelsetjenesten må stå under veiledning av psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken.

I de tilfeller der personen yter motstand: Vi er usikre på om kravet til undersøkelse av uavhengig lege er mulig å gjennomføre i de ulike små kommunene, kan gå lang tid før beslutning tas med de konsekvenser dette gir.

Tvangsbegrensningsnemder:

Vi mener at det er en risiko for at nemdene vil bli et omfattende byråkratisk system. Det er viktig å sikre psykiatrisk kompetanse inn i disse nemdene, blant annet for å vurdere hvem som skal kunne reservere seg mot bruk av antipsykotika

ECT

Vi synes den generelle infoteksten om ECT bærer preg av en negativ holdning til ECT som effektiv behandling for alvorlig og livstruende depressive tilstander. Det kan synes som at ideologiske holdninger mot ECT har påvirket forslaget. Ut fra klinisk erfaring med ECT på riktig indikasjon for pasienter med livstruende depressiv lidelse, så oppfattes den lange reservasjonsretten uten selv å ha forsøkt behandlingen, som vanskelig å forstå.

Det er positivt at det omreguleres fra nødrettsvedtak om ECT til en egen lovhjemmel i loven. Når det gjelder begrensning på 2 uker, så må det framgå tydelig av loven hvordan denne begrensningen skal oppfattes. Av de som har lest lovutkastet, er det noen som oppfatter 2-ukersperioden som en engangsperiode, mens andre oppfatter at 2-ukersperioden kan gjentas flere ganger. Vil det f.eks være slik at det kan gjennomføres flere 2-ukersperioder i samme sykdomsepisode, hvis det går dager/uker mellom hver gang? Det er viktig å spesifisere hvordan dette skal forstås.

Til pkt om kun 2-ukers behandling har vi også et par spørsmål som vi ønsker at HOD tenker gjennom.

1) Hva gjør vi som klinikere i en situasjon der tilstanden tilsier at det vil være faglig uforsvarlig å avslutte ECT, selv om det har gått 2 uker? Kunne man tenkt å kalle inn en annen part for å vurdere i

de få saker der man tenker at dette er livsviktig behandling og få en vurdering på mulighet for å kontinuere behandling?

2) For de pasienter som yter motstand og er i en nødrettslignende situasjon, vil det at de ikke får ECT-behandling kunne føre til at de dør. Hvordan skal man forholde seg til dette som faglig ansvarlig overlege?

Med hilsen

for 
Arnt Håvard Moe