

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
21/3110-

Vår ref.:
2021/6679 - 101999/2021

Saksbehandler:

Dato:
08.11.2021

Høringssvar fra Helse Stavanger - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 6. juni invitert til en bred høring for å få nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som forslagene fra Tvangslovutvalget (NOU 2019:14) etter departementets vurderinger krever. Departementet ber om innspill til arbeidet med en plan for innføring av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Høringen har vært sendt ut i organisasjonen til Helse Stavanger og ulike fagmiljøer innenfor psykisk helsevern har kommet med kommentarer. Høringssvaret fra Helse Stavanger vil følgelig gjenspeile at svarene er gitt fra ulike fagområder innenfor psykisk helsevern. Det er både gitt generelle kommentarer og svart på spørsmål som departementet har stilt i høringsdokumentene. For ordens skyld nevnes det at ikke alle spørsmål er besvart. Det er svart på de spørsmål som det enkelte fagmiljø i Helse Stavanger har ansett å være relevante ut fra sitt ståsted.

De som har kommet med tilbakemeldingene er Klinikk psykisk helsevern for voksne og Klinikk for psykisk helsevern, barn, unge og rusavhengige, nærmere bestemt fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) samt Avdeling for Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling (PBU Døgn).

Høringssvarene følger vedlagt.

Vennlig hilsen

Helle Schøyen
Adm. direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent av: Helle Kristine Schøyen Administr. direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Høringssvar fra Klinikk psykisk helsevern for voksne

Vedlegg 2 - Høringssvar fra Avdeling for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (PBU Døgn)

Vedlegg 3 – Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

Høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Vedlagt følger høringssvar fra Helse Stavanger, Klinikk psykisk helsevern for voksne.

Departementet har i sitt nye høringsnotat i liten grad tatt til følge de store innsigelsene som har vært på det første høringsnotatet som ble sendt ut. Motforestillingene til tvangslovsutvalgets og departementets forslag kommer ikke minst fra den delen av helsetjenesten som skal gi disse tjenestene som lovforslaget omfatter.

Bruk av tvang over for syke mennesker skal veie en rekke ulike hensyn. Den enkelte pasients autonomi og rett til å bestemme over seg selv, at syke og hjelpeløse mennesker skal bli tatt vare på å få helsehjelp slik at de ikke går til grunne. Samfunnet har også et ansvar for at syke mennesker ikke utsetter seg selv eller andre for skade eller fare, og for å verne pårørende og samfunnet mot urimelige belastninger som følge av andre menneskers autonomi.

I tillegg har ansatte som skal gi helsehjelp til mennesker også ha rett til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og rammer rundt sitt arbeide som gjør at de faktisk ønske å arbeide for å gi pasientene et verdig og godt liv. Etter vår vurdering finner ikke departementet denne balansen med det forslaget som nå er sendt ut på høring.

At departementet ikke velger å lytte til motforestillingene gjør likevel ikke de tidligere innvendinger mot lovforslaget mindre aktuelle. Ikke minst gjelder dette det mest basale i forhold til et lovforslag - at loven faktisk er mulig å forstå - både for dem som loven rammer, og dem som skal forvalte den aktuelle loven.

Når hele helsetjenesten skal forholde seg til en samlet tvangslov, betyr det at store deler av helsetjenesten også må ha opplæring. Erfaringen fra innføringen av tvangsreglene i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, viste hvor omfattende og vanskelig det var for helsetjenesten å få implementert dette regelverket på en god måte. Reglene i kapittel 4A var relativt enkle og avgrensede, og var på tilsammen 10 ulike paragrafer.

Den relativt beskjedne regelendringen om «samtykkekompetanse» i Psykisk helsevernlov i 2017, er fortsatt krevende å praktisere, ikke minst på grunn av begrepets generelle karakter som tillater stor grad av fortolkning og skjønn. Erfaring har vist at det ikke er en entydig bruk av begrepet. Kontrollkommisjoner, Statsforvalteren, fastleger/legevakter og spesialisthelsetjenesten tolker dette ulikt. Dette er en utfordring for pasienters rettsikkerhet i en tvangslov som dette. Det er heller ikke blitt gjort noen evaluering/forskning på bruken av begrepet etter loven er ble innført.

Forslaget til ny tvangslov inneholder over 150 paragrafer med mange slike skjønnsmessige begrep. I tillegg vil det måtte komme ulike forskrifter i tillegg. Det vil ikke være realistisk å tro at helsepersonell i hele spesialisthelsetjenesten, somatikk og psykiatri, samt helsepersonell i små og store kommuner og alle fastlege, skal kunne lære seg loven og praktisere den riktig slik den nå er utformet. I alle fall vil det kreve svært mye opplæringen til en gruppe som ikke i utgangspunktet er juridisk skolert.

Med regelendringen om «samtykkekompetanse» i mente, må en også spørre seg om det er mulig å overskue hvilke faktisk betydning en så omfattende lovendring som det legges opp til, vil få å bety for pasientene, pårørende, helsetjenesten og samfunnet for øvrig.

Lovendringen av 2017, med innføring av samtykkebegrepet i Psykisk helsevernloven har sannsynligvis ført til en *økning* i antallet og andel innlagte til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, der det motsatte var intensjonen.

For det første førte krav om samtykke til at flere psykisk syke som ikke var samtykkekompetente, men likevel ønsket behandling, ikke kunne legges inn frivillig, men måtte utskrives for så å bli re-henvist på tvungen paragraf.

For det andre er det mye som tyder på en økt andel re-henvisninger. Personer som gjenvinner samtykkekompetanse på grunn av god behandling skrives ut, men kommer inn igjen på tvang, erfaringsmessig fordi de ble skrevet ut for tidlig. Upubliserte tall fra Helse Stavanger fra 2017-2019, viser foreløpig at reinnleggelser på tvungen paragraf var mer langvarige enn førstegangsinnleggelser.

Lovutkastet avspeiler lite den hverdagen som akuttpsykiatrien står i. Blant annet støtter en seg i lovutkastet til at tiltak som ellers ville vært ulovlige som følge av at pasientene er samtykkekompetente, skal være lovlige dersom det er fare for pasientens eget eller andres liv, uten å ta helt inn over seg at det rent faktisk ikke er mulig å på forhånd si på individnivå hvem som vil begå suicid eller hvem som vil gjøre en alvorlig voldshandling. Det er mulig å si noe om risikofaktorer på gruppenivå men ikke på individuelt nivå.

Det gir ikke mening å koble behandlings- og farekriterium fra hverandre på denne måten. Risiko for vold øker med varighet av ubehandlet psykose, spesielt i kombinasjon med rus. Pasienter må ved alvorlige symptomer, manglende sykdomsinnsikt og rusmisbruk kunne ha mulighet for å bli skjermet for rus og få behandling. Dette vil ofte kreve innleggelse på lukket sengepost, og selv om pasienten ikke er motivert der og da.

Lovforslaget vil også dersom det skulle bli vedtatt medføre at mye viktig tid som kunne gått til god behandling for pasienter, vil brukt til saksbehandling og vedtaksfetting - antakelig på et sviktene juridisk grunnlag – noe som vil representere en klar fare for rettsikkerheten for pasientene. Det vil også være en fare for at gode fagfolk vil flykte fra faget fordi de opplever at de blir satt til noe de ikke behersker, og som de i alle fall ikke er utdannet til.

Det synes heller ikke som om departementet tar inn over seg hvor utfordrende og farlig det kan være for de ansatte i psykisk helsevern å håndtere noen av de mest syke, utagerende pasientene. Det er i dag en stadig økende gruppe psykisk syke som samtidig ruser seg og som gjennom dette blir svært farlige.

Departementet synes også i lovforslaget å ensidig fokusere på begrensning av tvang og synes ikke å ville reflektere over at ansatte også har krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Å innføre forslaget til tvangsbegrensningslov, uten å ville gjøre en risikovurdering av konsekvensene opp mot arbeidsmiljølovens regler, synes å være uforsvarlig i forhold til ansattes sikkerhet.

Departementet synes heller ikke å ta inn over seg at forslagene om strengere regler for tvangsmedisinering med antipsykotika og forhåndsreservasjon vil føre til at en liten gruppe av de mest alvorlig syke pasientene forblir syke uten at det finnes virksom behandling for disse.

Departementet ber særlig om høringsinstansenes vurdering av:

- *Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?*

Etter vår vurdering er det nesten ikke å mulig å forutsi hvilke forutsetninger som må til for dette fordi lovforslaget er så stort og gjennomgripende. Vi har over nevnt et stort opplæringsbehov. I tillegg vil

det også kreve flere ansatte i psykisk helsevern for å sikre at arbeidsmiljøet er trygt. Dersom det ikke skal være lovlig å skjerme pasienter i det psykiske helsevernet og heller ikke være lovlig med mekaniske tvangsmidler, vil det sannsynlig også være behov for større arealer og endringer i bygningsmasse etc.

Lovforarbeidet sier at de pårørendes situasjon vil bli vanskeligere og at de vil trenge mye mer støtte. Når helsetjenestens virkemidler blir færre og krever mer frivillighet fra pasientenes side, blir det imidlertid vanskelig å vite hvilke støtte dette faktisk kan være. I følge politiet har deres oppdragsmengde økt de siste årene, noe som sammenfaller med lovendringen fra 2017. Med en tvangslov som setter enda flere grenser for tvangsbruk, vil sannsynligheten for at samfunnet trenger økt bistand fra politiet også øke.

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

Det er viktig å ha i mente at de aller fleste pasientene i det psykiske helsevernet mottar og får helsehjelp frivillig. Vi tror også at mange av de mest alvorlig syke kan ta imot hjelp frivillig og uten bruk av tvang.

En forutsetning for dette er at det er nok kompetente fagfolk som kan følge pasienter over tid og at de kan arbeide i faglige kollegafelleskap hvor de kan hjelpe og støtte hverandre i det ofte vanskelige arbeidet som de står i. Det betyr at det blir viktig med stadig påfyll av kompetanse og økt grad av veiledning. I tillegg må de ha rammebetingelser rundt seg som gjør at de opplever at de kan gi hjelp på en hensiktsmessig måte.

I dag ser vi en generelt økende mangel på spesialister, psykiatere og psykologer, men også sykepleiere og annet helsepersonell. Det kan også synes som om det er en tendensen til at disse heller ønsker å arbeide med lettere psykiske lidelser, hvor spørsmål om tvang og mengden trusler og vold er mindre fremtredende.

Skal det lykkes å gi de mest alvorlige psykisk syke god helsehjelp, med et minimum av tvangsbruk, så trengs det en generell ressursøkning i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

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

Som nevnt over vil det trenge et omfattende opplæringstilbud for å eventuelt implementere en ny tvangslov. Den må også komme i god tid før iverksettelsen av ny lov. Vi har tidligere gitt uttrykk for at det må utarbeides nasjonale vedtaksmaler som hjelper ansatte til å fatte vedtak riktig og disse må vedlikeholdes nasjonalt.

En bør også sikre at registreringen av bruken av tvang skjer på en måte som gjør at statistikken på dette området blir representativt nasjonalt, og ikke som i dag hvor en ikke har nasjonale tall som det går an å stole på.

Det blir også viktig å se på muligheter for å bruke minst mulig av spesialistenes arbeidstid på saksbehandling og vedtaksfatting, og om det er mulig å overlate deler av dette til andre grupper.

Alt arbeid med vedtak og klager etc. går ut over tiden som er til rådighet for utredning og behandling av pasienter, samt veiledning av LIS-leger og psykologer i spesialisering. Det nye lovutkastet forsterker denne trenden. Dette er svært uheldig, idet erfaringen tilsier at nettopp tid er en vesentlig faktor for å etablere en god og tillitsfull relasjon med pasientene som kan redusere behovet for bruk av tvang.

Byråkratisering og krav til vedtaksskriving etc. ligger utenfor kjerneoppgavene for disse fagene og ytterligere forsterkning av denne trenden vil øke rekrutteringsutfordringene i sengeposter og ettervernspoliklinikker som er godkjent for tvang. Dette vil igjen gå ut over de sykeste pasientene.

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

Etter vår vurdering har tvangslovutvalget laget en stor og sammenhengende lov hvor alle elementer henger sammen. Å ta ut deler av loven å implementere noe uten å ta alt synes vanskelig.

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

Lovforarbeidet sier at de pårørendes situasjon vil bli vanskeligere som følge av de foreslåtte endringene. Allerede i dag er de pårørendes situasjon i mange tilfelle vanskelig, og når regelverket ikke gir helsetjenesten mulighet til å gripe inn, blir ofte de pårørende overlatt til seg selv med pasientene.

Best ivaretagelse av de sykeste psykisk syke handler ofte om trygge og forutsigbare tjenester i gode bomiljø og struktur i hverdagen. I tillegg er vilje til å ta imot nødvendige medisiner og å holde seg borte fra rus viktig. Men ofte er det slik at de aller sykeste psykisk syke ikke ser at de trenger hjelp. Når det ikke finnes noe lovverk til å støtte opp om det som en vet virker, men nesten all hjelp forutsetter frivillighet, så er det ikke sikkert at det finnes virkemidler som faktisk kan ivareta de pårørendes behov.

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

Vi viser her til det vi har skrevet over i forhold til implementering av lovverket.

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

Det er positivt at lovverket åpner for at det er mulig å iverksette enkelte begrensinger for pasientene i det kommunale lovverket.

Vi tror at den samhandlingen som er i ferd med å etablere seg i helsefelleskapene kan være med å bidra til at samhandlingen også i forhold til dette området blir bedre. Dette vil være viktig for å sikre at de tiltakene som blir iverksatt i spesialisthelsetjenesten blir videreført i primærhelsetjenesten og motsatt.

Samtidig vil det nok bli en forventning til kommunene om at de skal kunne håndtere en del pasienter som i dag ville bli lagt inn i spesialisthelsetjenesten og det vil nok bli løpende diskusjoner om hvem som skal ha ansvar for hva.

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

I dag er psykisk helsevern i kommunal sektor basert på frivillighet. Kommunen yter tjenester til innbyggere som ønsker å ta imot helsehjelpen. Eventuell behandling med tvang skjer i spesialisthelsetjenesten. Det er positivt at kommunene vil få mulighet til å iverksette enkelte begrensinger for pasientene. Dette vil kunne føre til færre innleggelser på tvang i spesialisthelsetjenesten og pasienter kan bo i kommunen med mindre restriksjoner rundt seg. Spørsmålet er om den kommunal sektoren er rustet til å iverksette mer inngripende tiltak over for disse pasientene som ikke lenger skal være innlagt i sykehus.

- *Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.*

Ingen kommentarer

- *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 fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten*

Ingen kommentarer

Departementet ber også om at høringsinstansene vurderer:

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

Etter vår vurdering bør det ikke være en ubetinget rett til å reservere seg mot antipsykotika. Det er allerede ett krav i loven om at fordelene klart må oppveie ulempene med medisiner. Det er også et krav om at en skal legge vekt på pasientens meninger om medisiner og virkning. Noen pasienter har ikke innsikt i hvor syke de har vært i perioder uten medisiner. Dersom de gode perioder skulle gis reservasjonsrett mot medisiner, uten innsikt i hvor dårlige de har vært, ville kunne føre til at de må gå syke uten at det finnes virksom behandling for dem. Vi tror at dette i en del tilfeller ville føre til at pårørende og helsepersonell vil oppleve at manglende mulighet til å gi behandling ville være uforsvarlig.

- *Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være?*

Som nevnt over er det vår vurdering at departementet ikke å ta inn over seg hvor utfordrende og farlig det kan være for de ansatte i psykisk helsevern å håndtere noen av de mest syke, utagerende pasientene. Vi mener derfor at det vil være direkte uforsvarlig med tanke på HMS å fjerne muligheten til å bruke mekaniske tvangsmidler og at det bør gjøres en skikkelig utredning av ansattes sikkerhet i forhold til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø før en eventuelt går videre med dette forslaget. Lovgiver burde også si noe klart om hva de mener alternativet skulle være, uten å overlate dette til det enkelte helsepersonell som står i situasjonen.

- *Hvordan kan behov for å håndtere nødssituasjoner 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?*

Vi tror at det er en rekke tiltak som kan være med å forebygge bruk av tvang. Ikke minst i oppmerksomhet på bruk av dette, kultur og ledelse, en aktiv miljøterapi og tilstrekkelig med ansatte med god kompetanse og gode bygningsmessige forhold.

Samtidig må en ikke lukke øynene for den HMS-utfordringen som finnes i helsetjenesten, spesielt innenfor psykiatriske sengeposter. Lovforslaget fokuserer relativt ensidig på reduksjon av tvang og ikke på når det eventuelt er riktig å bruke tvang. Lovforslaget gir som nevnt over heller ikke noe veiledning for hvilke alternative virkemidler som heller skal brukes i situasjoner hvor holding er direkte farlig, medisiner ikke virker og isolering fører til farlige og uverdige forhold både for ansatte og pasienten. Det ligger en form for ansvarsfraskrivelse i dette i forhold til ansattes krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

- *Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall bør utformes*

Ingen kommentarer

- *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? (se punkt 6.14*

Ingen kommentarer

Høringsuttalelse fra Helse Stavanger HF, PHURA PBU Døgn

I 2019 ba helse og omsorgsdepartementet om innspill til høringsutkast til *NOU: 2019:14*

Tvangsbegrensningsloven. I "Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget" beskrives at formålet med dette er å få innspill til hvordan endringene kan gjennomføres på best mulig måte.

(Fra PBU-Døgn har vi valgt å svare på de spørsmål som er aktuell for vår avdeling)

Det bes om vurdering fra høringsinstansene om følgende:

Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?

Svar:

Slik vi ser det fra sengepostene hvor vi behandler de psykisk sykeste barn og ungdommene er det tre ting som er vesentlig. Det er for det første at barne- og ungdomspsykiatrien satser på økt spesialist tetthet i poliklinikker og på sengeposter. Dette gjelder både psykologspesialister og legespesialister.

For det andre – medfører det økte fokuset på bruker medvirkning og ønske om at pårørende er med pasientene gjennom hele sykdomsforløpet, at vi trenger egnede lokaler også på de lukkede sengepostene-dvs større og mer egnede rom. Utformingene av avdelingene, inkludert skjermingsavsnittene, bør defineres og en minste standard bør være beskrevet i retningslinjer/lovverk.

For det tredje - da mange av ungdommene som er innom våre avdelinger er ungdom som bor på barnevernsinstitusjoner er det vår klare formening at kravet til disse bør beskrives. Både hva gjelder faglige krav til ansatte og forsvarlig bemanning.

-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?

Svar:

Som over tenker vi at spesielt at det må ses på barnevernsinstitusjonenes (både private og offentlige) mulighet for å håndtere atferdsforstyrrelser og det stadig økende rusbruken blant ungdom.

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

Svar:

I egen organisasjon øke antall behandler og spesialisttettheten i både poliklinikk og på post. I opplæring og implementering av forståelse av et nytt lovverk, samt håndtering av de ulike pasientene ut fra dette bør det være spesialister i front.

Opprustning av stillinger til ambulante team for alle aldersgrupper.

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

Svar:

Fra spesialist helsetjenesten tilby mer arena nær tilstedeværelse for de sykeste pasientene.

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

Svar:

Avsette nok tid og ressurser og tenke gjennom behov for kompetanse og antall medarbeidere i de ulike leddene av hjelpeinstanser.

Det ønskes også fra departementet ytterligere høringsinnspill i tilknytning til enkelte av forslagene i tvangsbegrensningloven:

I høringsnotatets innledning står det at departementet ønsker å ivareta både brukerperspektiv og tjenesteperspektivet. De ønsker å få nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som en ny lov krever. Det pekes på at forutsetningene består av flere ting og at disse henger sammen, (eks. organisering, ressurser, kompetanse, faglige metoder, bygningsmasse, arbeidsmodeller, samarbeidsavtaler, brukermedvirkning, lokale rutiner og kulturer). Departementet ønsker innspill som kan bidra til /være relevante for å lykkes med å implementere ny tvangslov.

Generelt svar først:

I dette høringssvaret ønsker vi å si litt om utgangspunktet vårt for å uttale oss om tiltak som kan virke når målet er redusert og forsvarlig bruk av tvang. Ved PBU Døgns ungdomsposter ved SUS har redusert og riktigere bruk av tvang vært et satsningsområde fra 2016/17. Dette viser seg at har vært en vellykket prosess hvor bruk av tvangsmidler (kortvarig fastholding, isolasjon og bruk av kortidsvirkende

medikament) samt skjermingsvedtak er betydelig redusert. Belteseng og bruk av medikament uten samtykke har ikke vært i bruk på sengepostene våre siden 2017. Men, bruk av ernæring uten samtykke brukes og er ikke redusert i løpet av disse årene fram til 2021. Vi vil kort nevne de tingene vi tenker er årsakene til redusert bruk av tvang.

Først og fremst er det en kontinuerlig prosess hvor involvering i alle ledd er helt nødvendig. Ved siden av god kommunikasjon innad i avdelingene hva gjelder felles forståelse og holdninger er dialogen opp mot vaktlaget viktig både i opplærings øyemed og for kontinuerlig fokus på rett bruk av tvangslovverket i innleggelsessituasjoner kvelder og helger.

Det er særlig opplæring i alle ledd, holdninger, dokumentasjon, forståelse av lovverket, utforming av lokaler og tydelige, oppdaterte og lett tilgjengelige rutiner som har vært hovedfokus. Vi ser at det er en risiko ved forslaget til nytt lovverk da det fremstår mer komplisert.

Vi har allerede fra 2017 startet med for- og ettersamtaler med ungdommene. I det elektroniske journalsystemet DIPS finnes maler/utgangspunkt for disse samtalene samt rettledende maler for all tvangsdokumentasjon.

Det er jobbet med bedret informasjon, skriftlig og muntlig, til ungdommen om lovverk, rettigheter, opphold og behandling.

Kontinuerlig oppdaterte og lett tilgjengelige prosedyrer har vært høyt prioritert sammen med en tydeligere ansvarsfordeling. Den rollen som postansvarlig (miljøterapeuten som har postansvar hver vakt) har i vurderinger rundt tvangsbruk - samt kommunikasjonen vedkommende har med vaktlaget - og dokumentasjonen i etterkant av tvangssituasjoner, er det jobbet mye med gjennom de siste årene. Postlederens ansvar i å sette seg inn i situasjoner og dokumentering i etterkant er nedfelt i prosedyrene. Fagansvarlig på postene samt avdelingsoverlegen har et særskilt ansvar i å sette seg inn i tvangssituasjoner samt rettledende for- og bakvakter i undervisningsøyemed både i forståelsen av lovverket men og dokumentasjon av vedtak.

Dersom avvik finner sted meldes dette i avvikssystemet synergi. Ansvarsvakt, postledere og fagledelse ved postene har et særlig ansvar for å sørge for at avvik dokumenteres rett, meldes i fra om og følges opp videre.

I denne tiden har det og vært et samarbeid med Kontrollkommisjonen (KK) i enkeltsaker, i tillegg til det generelle samarbeidet postene har med KK. Parallelt har det vært et utstrakt samarbeid med Statsforvalter i Rogaland. Det ble i primo 2018 utarbeidet en handlingsplan i klinikken. Denne involverte hele organisasjonen med ytterligere fokus på dokumentasjon, opplæring og ansvar.

I 2019 ble Ekspertrådet (bestående av brukerrepresentanter) ved klinikken etablert. Ved endringer og forbedringer av lokaler og prosedyrer høres Ekspertrådet.

Per i dag i 2021 har vi allerede et høyere antall innleggelser enn postene noensinne har hatt. Bruk av tvangsmidler og skjermingsvedtak holder seg fremdeles lavt.

Innspillene til utvalgets forslag det ønskes ytterligere vurdering fra høringsinstansene er:

-Ulike alternativer for hvordan en eventuell adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler bør innrettes (se punkt 6.11)?

Svar:

Antall henviste ungdommer på tvang og hvor tvangen etableres holder seg relativt konstant i løpet av de siste 5 årene. I løpet av det siste året ser vi derimot at en gruppe øker og det er barn/ungdom med spiseforstyrrelser (både over og under 16 år). Det er vår klare oppfatning at en viderefører unntaket for å gi både de over og under 16 år sonde når det er strengt nødvendig synes vi er bra. Vi har tiltros for økt antall innlagte med spiseforstyrrelser ikke økt bruken av sondeernæring. Når barn og ungdom er så syke av sin spiseforstyrrelse at de trenger sykehusinnleggelse er det vår klare oppfatning at muligheten for å bruke dette behandlingsvirkemiddelet ofte er med å forkorter sykdomsforløpet.

Når det gjelder bruk av tvangsmedisinering med antipsykotisk medisin har vi som nevnt over ikke benyttet oss av dette siden 2017. Dette kan ha sammenheng med at vi i økende grad har hatt foresatte innlagt sammen med ungdommene i avdelingen. Og dersom en ser at stressreduksjonen, som en innleggelse i lukket psykiatrisk sengepost ofte medfører, med event. mulighet for ytterligere skjerming inne i avdelingen har vi brukt foreldre og nettverk som trygging og medhjelpere i motivering for bruk av antipsykotika dersom vi vurderer dette nødvendig.

Vi vet at vår gruppe med alvorlig sinnslidelse nesten utelukkende har en familie som stiller opp og ivaretar den syke både i og etter sykehusoppholdet og følger opp anbefalinger. Vi vet og at situasjonen til voksne som har vært syke over tid er en helt annen når det gjelder å kunne spille på omsorgspersoner på samme måte.

Dersom en reservasjonsrett innføres vurderer vi at det er helt avgjørende at det åpnes for begrensninger dersom nær familie (som har foreldreansvar/ektefeller/barn) høres og at det tas hensyn til deres synspunkter.

Når det gjelder nødsituasjoner hvor pasient grunnet psykose/ sterk utagering ikke kan håndteres med miljøterapeutiske tiltak og samtidig vurderes å være i behov å være innlagt i psykisk helsevern bør en på faglig grunnlag i nødsituasjoner kunne vurdere bruk av kortidsvirkende legemidler i noe lengre tid enn fra dag til dag.

-Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være, se punkt 6.13)

Svar: Utfasing tiden bør være så lang at den enkelt avdeling selv opplever at de både har lokaler, alternative tiltak, ikke økning i ansatte skader og trygghet på plass. Dette med tanke på personalets sikkerhet og at ønske om å jobbe i avdelingen ikke svekkes.

-Hvordan kan behov for å håndtere nødssituasjoner best balanseres mot ønsket om å øke terskelen for å bruke de mest inngripende tiltakene, jmf. utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen? (se punkt 6.13)

Svar:

Ut fra vår erfaring har det ikke noe å si hvor de mekaniske hjelpemidlene oppbevares for oppnådd reduksjon av tvang.

-Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall utformes? (se punkt 6.13)

Svar:

Ikke aktuelt i våre sengeposter og vi kommenterer derfor ikke.

-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? (se punkt 6.15)

Svar:

Ja, det er vår klare oppfatning. Bruk av skjerming er betydelig redusert de sist årene - både med tanke på antall pasienter skjermingsvedtak fattes for, og antall vedtak per pasient. Det er en faglig vurdering og med gode rutiner for skjerming samt lokale skjermingsrutiner vurderes vi at enkelt pasienter selv vil lide overlast ved ikke å skjermes i enkelte tilfeller.

Stavanger 28.10.21. Asbjørn Lindland og Ine Margrethe Hansen

Høringsuttalelse, Helse Stavanger HF, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Om Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget.

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert til en bred høring for å få nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som forslagene fra Tvangslovutvalget (NOU 2019:14) etter departementets vurderinger krever. Departementet ber om innspill til arbeidet med en plan for innføring av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Departementet ber særlig om høringsinstansenes vurdering av:

- Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?
- 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?
- Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenesten som følge av nytt regelverk?
- Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenesten?
- Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?
- Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?
- Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?
- Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå og hvordan ser man for seg at disse løses?
- Rammer for legevakt og fastlegers rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.
- 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 fylkesnemndene og kommune til spesialisthelsetjenesten?

Høringsinnspill fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

1. Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?
 - Sikre nasjonal, regional og lokal samforstand om hvilke implikasjoner ny lov for på fag- og tjenesteutøvelse på alle nivåer.
 - Hovedretningen på ny lov er mindre bruk av tvang og økt fokus på pasientens autonomi. Det må sikres at behandlere på alle nivå fullt ut forstår implikasjoner av å dreie handling med utgangspunkt i diagnosenære vilkår til vilkår om manglende beslutningskompetanse.
2. *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?*
 - Ny lov innebærer nye perspektiver (fra tvang til autonomi)
 - Tjenester på alle nivåer må etablere tiltak som sikrer at pasienter frivillig ønsker å benytte våre tjenester. Større fleksibilitet i tjenestene på alle nivåer bør etterstrebes. Bygge ned

skranker og vektlegge hjelpeperspektivet fremfor kontrollperspektivet. Å synliggjøre på hvilke måte brukermedvirkning kommer til uttrykk i våre tjenester blir særlig viktig.

- Vektlegge forebyggende og lite inngripende tiltak på kommunalt nivå. Fokus på å overvinne motstand hos pasienter som med sannsynlighet mangler eller i visse situasjoner mangler beslutningskompetanse.
3. Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenesten som følge av nytt regelverk?
 - Se punkt 1
 - Tjenesten må kontinuerlig overvåke om det får konsekvenser for organisasjon og kompetanse å gå fra diagnosenære vilkår til vilkår om manglende beslutningskompetanse og være klare til å handle på dette.
 4. Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?
 - Retten til selvbestemmelse (høringsnotatet s. 38) gir pasienten økt rett til både å si ja og nei til tjenester som tilbys. Samtidig påhviler det tjenesten et ansvar med å tilby riktig hjelp til riktig tid på laveste effektive omsorgsnivå (den frivillige og samtykkende hjelp forut for den ufrivillige om ikke samtykkebaserte hjelp). Lovforslaget gir tjenesten større ansvar i å tilby frivillig hjelp (med eller uten beslutningsstøtte) av en slik karakter at pasienter selv innser at det blir riktig for seg å beslutte å ta imot hjelp. Dette vil i flere ledd av tjenesten kreve skolering og kompetanse for de som skal forvalte nytt regelverk. Utover kompetansehevende tiltak vil det være særlig viktig å arbeide med å endre organisasjonskulturen fra paternalisme til medbestemmelse.
 - Etablerte samhandlingsarenaer mellom alle nivåer i tjenesten og mellom tjenesten og bruker- og pårørendeorganisasjoner må jobbe seg frem til samforstand om hva ny lov faktisk innebærer av implikasjoner for pasienter, pårørende og tjenestene.
 - Tjenesten er etter vårt syn i utgangspunktet besatt med nødvendig fagressurser og bygg, men det bør etableres systemer som evner å følge med på og ev. handle på oppståtte flaskehalser og mangler i dagens faglige, økonomiske og strukturelle forhold knyttet til implementering av ny lov.
 5. Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?
 - Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021-2025) vil kunne være et nyttig verktøy for å sikre dette punkt.
 6. Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?
 - Her må tjenestene iverksette tiltak for å gjøre lovendringen kjent blant relevante aktører. Vi ser ikke behov for å etablere nye strukturer eller systemer i tjenesten for å sikre ivaretagelse av nytt regelverk utover det som allerede er etablert. Inntaket til ny regelendring må forankres i ledelsen og spres i organisasjonene på ordinær måte.
 7. Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?
 - Det er allerede etablert gode samhandlingsstrukturer og kulturer mellom relevante tjenester på ulike nivåer (inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner). Vi ser ikke behov for å igangsette nye samhandlingstiltak for å ivareta implementering av ny lov. Men! Det er viktig at etablerte samhandlingstiltak og arenaer setter ny lov på dagsorden og finner frem gode og virksomme lokale løsninger.

8. *Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?*
- Gråsoner og samhandlingsutfordringer mellom tjenestenivåene identifiseres og adresseres jevnlig. At oppgaver som tidligere lå i NAV og Fylkesnemndene overføres spesialisthelsetjenesten medfører sannsynligvis ikke i seg selv ny gråsoner. Det viktigste er at det etableres (der dette ikke allerede er gjort) myndige beslutningsfora som på en ubyråkratisk måte kan fatte beslutninger i enkeltsaker som ikke finner sin løsning på lavest mulig nivå. Utgangspunktet der gråsoner oppstår må være pasientens beste i lys av lovgivers vilje, heller enn detaljdykk ned i byråkratiske og snever forståelse av eget ansvar. Vi merker oss vektleggingen av at vedtakskompetansen legges til fagkompetanse og ikke til ledernivået. Beslutningsorgan i gråsonesaker må derfor legges til fagkompetanse og ikke til ledernivå. Slik kan tjenestene også sikre at gråsoneproblematikk ikke drives frem av økonomiske grunner.
9. Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene
- Legevakt og fastlege er i liten grad berørt i høringsnotatet. Roller og ansvar for særlig fastleger bør utredes nærmere.
10. 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 fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?
- Kommunene må selv besvare dette spørsmålet. Skulle vi likevel peke på forhold vi synes er viktige er det styrking av det frivillige og forebyggende arbeidet på kommunalt nivå som motvirker så langt det er mulig at vi kommer til situasjoner hvor tvang vurderes. For ruspasienter gjelder dette ofte at de tilbys muligheter til å leve meningsfulle og verdige liv i sitt eget nærmiljø. Konkret betyr dette økt satsing på bolig, jobb, økonomi og muligheter for å delta aktivt i eget liv med deltakelse i nærmiljønettverk og det å ha en meningsfull fritid.