



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Saksbehandlere

Kristin Ekbråthen, Hanne Fisknes, Wenche
Jensen, Erik Magnus Iversen, Tonje Larsen,
Idunn Lyster og Ane Stavrum

Innspill til tvangsbegrensningsloven NOU 2019:14

Fylkesmannen i Oslo og Viken (FMOV) vil innledningsvis takke mulighet til å gi innspill til NOU 2019:15 Tvangsbegrensningsloven – forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

Det er et omfattende arbeid utvalget har utført og lovforslaget berører mange ulike områder innen helsefeltet. FMOV har i hovedsak begrenset sitt innspill til lovforslagets regulering av behandling i psykiatrien, kommentarer knyttet til området for nåværende helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, samt nåværende pasient- og brukerrettighetslov kapittel 4 a.

Innledende bemerkninger

FMOV mener at navnet på loven, Lov om begrensning av bruk av tvang (tvangsbegrensningsloven) har en god intensjon, men er upresist. Lov om tvang og inngrep uten samtykke i helse og omsorgstjenesten vil etter vår vurdering være et mer dekkende navn. Loven bør også ha en forkortelse som er dekkende. Vi foreslår *tvangsreguleringsloven* som forkortelse.

Det er foreslått et nytt klageorgan, som i forslaget heter Tvangsreduksjonsnemnda. Fylkesmannen mener at et bedre og mer dekkende navn på organet vil være Tvangskontrollnemnda.

FMOV ser at det har vært gjort et stort, grundig og omfattende arbeid med utkastet, ved å samle ulike lover i en lov om tvang. Det er i utgangspunktet bra med en samlet lov. Det sees som formålstjenlig at tvang og bruk av tvang samles i en lov, slik at ikke enkelte pasienter/brukere faller mellom ulike lovverk.

Tvangsbegrensningsloven er imidlertid lang og detaljert, og dermed også komplisert.



Loven skal anvendes av personer med ulik bakgrunn, utdannelse og erfaring og overfor ulike pasient- og brukergrupper. FMOV finner at det er viktig at hensynet til at loven skal være enkel og forståelig for rettsansvendere uten juridisk bakgrunn også må ivaretas. Det skjer stadig en utvikling av de ulike helse -og omsorgsfagene mv. og loven bør derfor ikke være for detaljert, men i større grad benytte «rettslige standarder» så som «god klinisk praksis». Lovforslaget bør forenkles, dobbeltbehandling unngås, for eksempel ved at de rettighetene som fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven tas ut.

FMOV er også av den oppfatning at utredningen mangler analyser av de medisinske og psykososiale konsekvenser for pasienten selv, for pasientens pårørende, for ansatte og for samfunnet ved manglende medisinerings mot psykoser.

Generelle synspunkter om tvang

De aller fleste er enige om at tvang i helsetjenesten kan oppleves svært belastende for dem som rammes av tvangen, og kun bør benyttes dersom tvang er strengt nødvendig for å ivareta pasientens fysiske eller psykiske helse. Dette er ikke en ny tanke, hverken etisk, medisinskfaglig eller juridisk og har vært strengt lovregulert over flere tiår. En fremstilling av at helsepersonell generelt er «for tvang/bruker for mye tvang» og at lovgiverne/jurister er «imot tvang/ønsker å redusere tvang» er en stereotyp svart/hvitt tenkning, som bør unngås. Tvang kan være et helt nødvendig virkemiddel for å utøve forsvarlig og nødvendig helsehjelp. FMOV stiller derfor spørsmål ved premisset for utvalgets arbeid om at tvang på generelt grunnlag bør begrenses i forhold til hva som er gjeldende rett og på «alle» områder innen helsevesenet. Vi stiller også spørsmål ved å begrense behandling under tvang før reelle og likeverdige alternative behandlingstilbud, eksempelvis innen akuttpsykiatrien har blitt etablert. Dette kan frata eller forsinke pasientens rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Formålet med loven

Formålet med loven angis i § 1-1. Det listes opp fem punkter, hvorav nr. 2 angir at loven skal hindre vesentlig helseskade. Selv om et av formålene med loven er å begrense unødvendig tvangsbruk, er et annet formål å sikre at pasienter kan få den helsehjelpen de har behov for, selv om de ikke er beslutningskompetente. FMOV mener at nr. 2 derfor bør endres til «*gi nødvendig helsehjelp*», slik at dette gjenspeiles i loven. FMOV mener også at denne formuleringen er mer dekkende.

Om frivillige alternativer og samtykke til tidsbegrenset tvang

Kravet til frivillige alternativer til tvangsinnleggelse

Fylkesmannen finner at det å forsøke å motivere pasienten til å ta imot hjelpen helsepersonell mener denne trenger, samt undersøke muligheten for andre frivillige alternativer som alternativ til tvang er essensielt både etisk, helsefaglig og juridisk og for å ivareta våre internasjonale forpliktelser. Dette bør komme til uttrykk i loven. For at loven skal respekteres, er det imidlertid viktig at den er mulig å praktisere. Slik lovutkastet nå foreligger, kreves det utprøving av frivillige alternativer både før det treffes vedtak og i gjennomføringsfasen. FMOV mener at lovutkastet må ha med et med et unntak for situasjoner når det åpenbart ikke finnes forsvarlige frivillige alternativer. Dersom for eksempel en tidligere frisk person blir akutt psykotisk og er i en tilstand hvor vedkommende ikke kan ta vare på seg selv, vil det ofte være viktig å kunne legge inn personen med tvang dersom helsepersonellet ikke når frem med å motivere til frivillig innleggelse, uten først å ha forsøkt et alternativ. Vi bemerker at slik § 5-4 nr. 1 er formulert, skal både tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang være prøvd, slik at tillitsskapende tiltak alene ikke er nok i henhold til lovutkastet.



Når det gjelder kravet til utprøving av frivillige alternativer i gjennomføringsfasen av et tiltak synes dette som et nær umulig krav å oppfylle i praksis. Vi kan ikke se hvordan det samtidig kan gjennomføres både en tvungen innleggelse og samtidig prøve ut et frivillig alternativ til den samme innleggelsen.

Utkastets § 5-2 Innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang.
Det fremgår av utkastet at «bestemmelsen representerer en helt ny konstruksjon i norsk rett». Forslaget virker etter FMOVs syn tungvint og lite praktisk.

Utkastets § 5-7 Utgangsbegrensende tiltak om natten utenfor helseinstitusjon.
For person som mottar heldøgns helse- og omsorgstjenester utenfor helseinstitusjon kan det treffes vedtak om, og gjennomføres utgangsbegrensende tiltak som vedkommende motsetter seg i tiden fra kl. 23.00 – 06.00. FMOV stiller spørsmål ved om det er grunn til å detaljregulere tidsvinduet slik på lovs nivå.

Muligheten til lengre tilbakeholdelse ved «aktivt samtykke»
FMOV mener at muligheten til å samtykke til tvunget tilbakehold er viktig, da ambivalens og/eller redusert impulsstyring inngår som ledd i flere lidelser. Særlig ved ruslidelser tenker vi at dette kan ha en viktig funksjon. Fylkesmannen mener det er positivt at det åpnes for at samtykket kan gis for inntil seks uker, da hele denne perioden må anses som en særlig kritisk periode for en rusavhengig under rehabilitering.

Vi mener imidlertid at det er uheldig å sette som vilkår at det skal foreligge et «aktivt ønske» og ikke bare samtykke. Det synes unødvendig komplisert at personens indre liv skal tas stilling til, heller enn personens uttrykte beslutning. Personen kan etter lovutkastet kun forhåndssamtykke dersom «tungtveiende faglige grunner tilsier det», og vi mener det er tilstrekkelig at personen gis valget mellom å samtykke til tre eller seks uker tilbakeholdelse.

Krav om sannsynlighet for at behandling med antipsykotika hindrer eller begrenser vesentlig helseskade

I utkastets kapittel 10.1.1.2.2 refereres det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for effekt av antipsykotika i akutfasen. Det uttales først generelt at i akuttbehandlingen er antipsykotika klart mer effektivt enn placebo. Deretter gjennomgås aktuell forskning på området de siste ti årene, hvor det vises til studier, som viser at man må behandle mellom 5-10 pasienter for at én pasient skal nå et oppgitt behandlingsmål ved bruk av antipsykotika. Dette tilsvarer at sannsynligheten på mellom 10-20 % for å nå behandlingsmål ved bruk av antipsykotika. For langtidsbehandling med antipsykotika refereres blant annet studier, som tilsier at man må behandle tre pasienter for å unngå ett tilbakefall. Avslutningsvis informerer utvalget om at de er kjent med uvisshet om langtidsvirkninger, og at eksisterende forskning blir tolket ulikt.

Under punkt 10.1.1.5 i utkastet diskuteres mangelfullt kunnskapsgrunnlag angående virkninger av medikamentell behandling under tvang, og at det er vanskelig å forske på området, grunnet forskningsetikk og lovens krav i Norge om at tvangsbehandling er «nødvendig».

FMOV mener det er uklart hva som omfattes av begrepet «vesentlig helseskade» knyttet til effekt av behandling med antipsykotika. Kan høyt symptomtrykk over en kort periode som påfører pasienten store lidelse ubehandlet utgjøre vesentlig helseskade, eller må det være en permanent skade? Er en



tilstand med manglende bedring uten medikamentell behandling en vesentlig helseskade? FMOV mener at det må avklares nærmere hva «vesentlig helseskade» betyr, gjerne gjennom eksempler. Spesielt må det avklares hvordan muligheten for vesentlig bedring ved medikamentell behandling skal forstås opp mot begrepet «vesentlig helseskade».

Krav om sannsynlighetsovervekt for effekt av antipsykotika ved bruk på medikamentnaive (førstegangsbehandling av) pasienter

Lovutkastet inneholder et vilkår om at det aktuelle antipsykotiske medikamentet skal ha sannsynlighetsovervekt for effekt ved bruk på medikamentnaive pasienter. Dette er en nedjustering av effektkravet sammenlignet med dagens lov. Samtidig argumenteres det i kapittel 10 for at heller ikke dette kravet om sannsynlighetsovervekt er oppfylt med det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag. Videre gjennomgås årsakene til at det er lite forskning på området. FMOV vil her spesielt peke på at en effekt på 20-30 % rent medisinsk kan oppfattes som akseptabelt dersom det ikke er andre behandlingsalternativer og kan bidra til at det oppfattes som uetisk å randomisere pasienter til behandling/ikke-behandling. Vi er enige i utvalgets synspunkter på at dette er et utfordrende forskningsfelt, og at det på denne bakgrunn ikke er sannsynlig med snarlig endring i kunnskapsgrunnlaget med betydning for aktuell pasientgruppe.

FMOV mener at vilkåret om overveiende sannsynlighet for effekt jf. lovforslagets § 6-10 punkt 5 er problematisk sett i forhold til det refererte kunnskapsgrunnlaget. FMOV mener at dersom den nye loven reelt sett ulovliggjør medisinerings med antipsykotika under tvang, er dette dramatisk og i strid med gjeldende faglige retningslinjer nasjonalt og internasjonalt og bør derfor komme tydelig i frem i lovutkastet. Det synes også å være imot flertallets oppfatning, slik den kommer til uttrykk under punkt 25.6.2.2.3. I dette avsnittet pekes det på at å totalforby tvangsmedisinering vil kunne «tvinge frem en kraftig oppbygging av kapasiteten på lukkede sengeposter i psykisk helsevern fordi flere måtte holdes lenger tvangsinnlagt for å hindre vesentlig helseskade», og at utvalgets flertall ikke ønsker et totalforbud. FMOV oppfatter at utvalgets begrunnelse på dette punkt er uklart og tidvis selvmotsigende og vil gi rettsanvendere et åpenbart problem ved anvendelse av loven. FMOV mener at lovgiver må ta klart stilling i dette spørsmålet. Om det skal være adgang til å fatte vedtak om tvungen medikamentell behandling bør vilkårene for dette formuleres slik at disse er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer, evidensbasert klinisk praksis og kunnskapsgrunnlaget om effekten av antipsykotisk medikasjon. Dersom lovgiver likevel ikke ønsker å opprettholde en lovhjemmel for tvungen medikamentell behandling bør dette sies klart og ikke fremkomme som en konsekvens av uklare og/eller urealistiske vilkår for når slike vedtak kan fattes.

Angående behandlingsalternativer til medikamentell behandling, spesielt innenfor akuttpsykiatrien

Dersom det velges vilkår som er så strenge at medisinerings av pasienter på tvang ikke er lovlig eller sterkt begrenset, må konsekvensene av dette også tydeliggjøres. Spesielt gjelder dette innen akuttpsykiatrien. FMOV vil peke på følgende:

I utkastets punkt 25.6.2.2.5 fremgår det at det ønskes økt fokus på frivillighet. FMOV oppfatter at tjenestene også i dag har stort fokus på alternativer til tvang, men at det er få reelle effektive alternativer i akuttpsykiatrien for de sykeste pasientene. Det er i praksis disse pasientene som vurderes å være behov for medikamentell behandling. De alternativene som er listet opp (eksempelvis meningsfulle aktivitetstilbud, mulighet for fysisk trening og naturopplevelser, samtaleterapi) er ofte lite aktuelle, fordi pasientene er for syke til å kunne nyttiggjøre seg disse tilbudene og selv ikke ønsker noen form for behandling. Hos en paranoid psykotisk pasient som er helt uenig i at han er psykisk syk og hvor paranoide forestillinger i forhold til behandlerapparatet er



en del av psykosen, er det vanskelig å komme i posisjon med frivillig behandling. FMOV mener det bør utvises forsiktighet med å lage en lov som baserer seg på et styrket frivillig tilbud uten at rammene og innholdet i det frivillige tilbudet er et reelt behandlingstilbud for denne gruppen.

Begrunnelsen for å øke krav om forsøk på frivillig behandling fra fem dager til syv dager er etter FMOVs syn mangelfull. For pasienter hvor legene medisinskfaglig vurderer at pasientene vil kunne nyttiggjøre seg et medisinfritt tilbud, skal dette uansett forsøkes før medikamentell behandling under tvang er aktuelt. For pasienter hvor legene medisinskfaglig vurderer at det ikke er noe alternativ til medikamentell behandling, vil perioden kunne bære preg av ubegrunnet utsettelse av nødvendig medisinsk behandling. Det vil også kunne føre til lengre opphold på akuttpsykiatrisk avdeling og økte kapasitetsutfordringer, noe som bør unngås.

Videre mener FMOV at de to punktene over, også sett i sammenheng med de forutsetningene om materiell standard det settes (trivelige enerom med eget bad, tilstrekkelig areal å utfolde seg på, nærhet til natur) er ressurskrevende og gjør at lovendringene krever økte bevilgninger til psykiatrien. FMOV mener at man må sikre seg at dette er mulig og prioritert hos lovgiver før eventuelle endringer innføres.

Begrensning i forhold til tvangsbehandling kan få innvirkning om pasienten kan innlegges. Ved dagens lovgivning er en vanlig begrunnelse for at pasienten i det hele tatt kan legges inn på tvang, at medisinen begrunner pasientens utsikt til bedring. Under ny lovgivning vil man tilsvarende tenke at det er medikamentell behandling som begrunner vilkåret om å unngå «vesentlig helseskade». Ved å innskrenke muligheten til behandling med legemidler i stor grad vil man også kunne ta bort begrunnelsen for å ha pasienten innlagt på tvang. Resultatet kan derfor bli at pasienten blir utskrevet uten et reelt alternativt behandlingstilbud eller omsorgstilbud. Slik FMOV leser utredningen, er det lite konkret forskning på området. FMOV mener at disse konsekvensene av forslaget i større grad må kartlegges før loven innføres.

Vedørende tvangsmedisinering

FMOV registrerer at utvalget ønsker en innstramning i unntaksbestemmelsene for hovedregelen om «sju dager observasjon og forsøkt hjelp», før et vedtak om tvangsmedisinering fattes. Utvalget ønsker at unntaksbestemmelsen kun skal gjelde når en person vil lide «vesentlig helseskade». Dette medfører at unntaksbestemmelsen om «godt kjent» av institusjonen som vedtar behandlingen utgår.

FMOV savner en konkretisering av hvordan utvalget ser for seg at denne regelen skal praktiseres for pasienter som ikke er innlagt, men som er pålagt oppmøte til behandling. Disse pasientene er ofte godt kjent av institusjonen. Vedtak om tvungen medikamentell behandling for denne pasientgruppen vedtas typisk basert på erfaringen fra tidligere sykdomsepisoder, tidligere sykdomsforløp og tidligere erfaring med behandlingseffekt av ulike antipsykotika. Hvordan vil utvalget at behovet for eventuelle nye tvangsmedisineringvedtak skal gjennomføres for denne gruppen pasienter? Vil utvalget at man skal bruke sju dager på å forsøke alternative frivillige behandlingstiltak før man kan fatte vedtak om videreføring av behandlingen?

Fylkesmannen stiller også spørsmål ved § 6-18 nr. 2 som angir at det for pasienter som er pålagt oppmøte til undersøkelse eller behandling ikke gir adgang til å bruke tvang som ledd i undersøkelsen eller behandlingen. FMOV stiller spørsmål ved om hvilken realitet et pålegg om oppmøte til undersøkelse eller behandling vil ha, hvis man ikke med tvang kan gjennomføre



pålegget. Vi mener det er uklart om dette vil gjøre at pasienter som er i behov av oppfølging og behandling med antipsykotika i større grad vil overlates seg selv, eller om dette vil føre til flere innleggelser, og dermed mer omfattende tvangsbruk.

Angående utvalgets forslag som innebærer detaljregulering av medisinsk skjønn

FMOV stiller spørsmål om den detaljreguleringen av medisinskfaglig skjønn som det legges opp til i utkastets punkt 25.6.2.2.8. er hensiktsmessig. Her foreslås det kun ett behandlingsforsøk per antipsykotiske medikament. Dersom medikamentet ikke har effekt, er pasienten avskåret fra videre behandling med dette medikamentet. FMOV har erfart at bytte av medikament i et behandlingsforløp i dag ofte begrunnes med pasientens opplevde bivirkninger. Dette vil kunne skje før pasienten har testet medikamentet lenge nok til å i tilstrekkelig grad kunne vurdere om medikamentet har hatt effekt. Forslaget vil kunne få utilsiktede konsekvenser ved at istedenfor å komme pasienten i møte med forsøk på medikamentbytte grunnet bivirkninger, fortsetter med behandlingen for å kunne vurdere om medikamentet har effekt eller ikke. Videre kan forslaget leses som om det er i pasientens favør at et medikamentforsøk ikke er tilstrekkelig registrert i forhold til effekt bivirkninger slik at medikamentet ikke kan brukes for dette individet i fremtiden (sannsynlighetskravet for effekt vil ikke være oppfylt). Det er et like gyldig perspektiv å se dette som om at forslaget rammer pasienten på en urettferdig måte ved at manglende registrering fratar pasienten mulighet for å oppleve behandlingseffekt av medikamentet.

I punkt «5.6.2.2.6» foreslås et vilkår om at medikamentet skal være godkjent for behandling av pasientens kliniske diagnose. Det ser ut til at utvalget forutsetter at Legemiddelverket skal ha ansvar for denne godkjenningsordningen. Her argumenteres det videre for at pasienter med akutte paranoide psykoser ikke kan bruke annengenerasjon antipsykotika. Istedenfor kan de bruke et eldre antipsykotikum, som er tilstrekkelig utprøvd på for eksempel akutte paranoide psykoser. Ut fra bivirkningsprofilen, spesielt med tanke på alvorlige bivirkninger virker dette forslaget svakt medisinskfaglig begrunnet.

FMOV vil understreke at det ut fra medisinskfaglige vurderinger ikke er anbefalt å bråseponere antipsykotika. Bruk av antipsykotika bør normalt trappes ned over tid. I de tilfellene en ikke kommer til at vilkår for videre medikamentell behandling er oppfylt bør loven derfor hjemle en rett og plikt til nedtrapping av antipsykotika. Dette for å unngå sykdomsforverring som følge av seponeringen.

Angående reservasjonsretten

Til punkt 25.6.2.2.12. Det fremgår av forslaget at personer skal ha mulighet til å reservere seg i inntil 10 år med behandling av antipsykotika. FMOV er enig i vurderingen at en person ikke kan ha en absolutt reservasjonsrett. I forslaget fremgår at en person med egenerfaring kan ha en reservasjonsrett i inntil 10 år. Det fremgår videre av forslaget at reservasjonsretten ikke skal gjelde i nødrettssituasjoner eller ved akutt fare.

Det alminnelige vilkåret om at det er «nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade» vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for at medisinerings uten samtykke skal kunne iverksettes. FMOV bemerker at det kan være vanskelig for en person å fullt ut forstå omfanget av hvor syk man har vært i en psykotisk episode, uten at



personen alene av den grunn vurderes til ikke å være samtykkekompetent med tanke på reservasjonsretten.

Bivirkningene ved antipsykotika vil en person på den annen side ofte ha bedre forståelse av omfanget av, også når personen er frisk og har brukt antipsykotika i sykdomsfri periode.

FMOV mener at slik reservasjonsretten er presentert i lovforslaget vil det kunne føre til at pasienten reserverer seg «for sikkerhets skyld». Etter forslaget kan pasienten når som helst trekke samtykket tilbake, også når pasienten blir syk igjen, og få frivillig medikamentell behandling. Dette kan igjen føre til vanskelige problemstillinger ved vurdering av blant annet om samtykkevilkåret er oppfylt. Vi tilføyer at så vidt vi kan se, er pårørendeperspektivet heller ikke ivaretatt på dette punktet.

Videre fremgår det av forslaget at reserverasjonsretten heller ikke skal gjelde dersom personen har nedsatt omsorgsevne og hvor hensynet til mindreårige barn skal ha forrang. FMOV vil påpeke at det i praksis trolig oftest vil være de samme situasjonene hvor medisiner med antipsykotika under tvang er til det klart beste for personen selv og til det klart beste for dennes barn. FMOV stiller på denne bakgrunn spørsmål ved om denne distinksjonen er nødvendig.

Angående forskjeller i retten til å få nødvendig helsehjelp på tvang mellom somatikk og psykiatri

Innen medisin i dag gir ikke medikamenter nødvendigvis vesentlig bedring eller helbredelse i forhold til placebo hos flertallet av pasienter som behandles. Jo mer alvorlig tilstanden er, jo større usikkerhet vil aksepteres i forhold til om behandlingen har effekt, der det ikke er andre behandlingsalternativer.

Innen somatikken finnes det per i dag ikke noe tilsvarende krav om sannsynlighet for effekt av behandling som skal gis under tvang. Det legges i stedet opp til en medisinskfaglig vurdering av om unnlatelse av å gi helsehjelp «kan føre til» vesentlig helseskade for pasienten jf. pasient og brukerrettighetsloven § 4A-3, noe som er tenkt videreført i tvangsbegrensningsloven. Dette medfører at på somatikens område er ikke loven til hinder for at det startes behandling med medikamenter som har under 50 % sannsynlighet for effekt så lenge lovens krav om unnlatelse kan føre til vesentlig helseskade, tiltaket anses nødvendig og forholdsmessig og etter en helhetsvurdering fremstår som klart beste løsning for pasienten.

Som et tenkt eksempel vil en pasient kunne mangle samtykkekompetanse grunnet en hjernetumor med størrelse og beliggenhet som medfører kognitiv svekkelse. Kreften er svært langsomtvoksende, og det er sannsynlig at pasienten kan leve lenge med tumoren også uten behandling. Hun har personlighetsendringer og vrangforestillinger i grunnet tumor sin påvirkning av aktuelt område i hjernen, som bidrar til at hun er avvisende til behandling. Det er mulig å behandle tumor med kreftmedisin/cytostatika som har 30% sannsynlighet for effekt i form av reduksjon av tumorstørrelse og derav mulig symptomlette og i beste fall helbredelse. Cellegiften har bivirkninger, både på kort sikt (f.eks. hårfall, kvalme, uttalt slapphet) og på lang sikt (f.eks. hjerte-karsykdom, blodkreft). Familien til pasienten har et sterkt ønske om at pasienten skal få behandling og «bli seg selv igjen». I dette tilfellet har behandlere mulighet til å gi pasienten behandling fordi sykdommen har en somatisk årsak, ikke en psykiatrisk diagnose. Mange ville også her tenke at det er uetisk å ikke behandle pasienten fordi hun med behandling har en forholdsvis god sjanse til å bli frisk. 30 % sannsynlighet for effekt er kan være tilstrekkelig begrunnelse for behandling under tvang i somatikken, spesielt ved en alvorlig sykdomstilstand. I psykiatrien er det derimot et absolutt krav om



sannsynlighetsovervekt for effekt av medikamentell behandling, slik at man fratar en pasient der «alt annet» er forsøkt en 30 % sjanse for å bli vesentlig bedre eller helt frisk fordi han som del av sitt sykdomsbilde nekter behandling. Dette kan dreie seg om en pasient med stort lidelsestrykk (konstante tanker om at noen vil fange og torturere han, befalende stemmer som sier han skal drepe en han er glad i, konstant angst og paranoid beredskap) og hvor ubehandlet sykdom typisk medfører langvarig lidelse, psykososial forverring og i tillegg ofte også har negative samfunnsmessige konsekvenser.

Utkastet er ment å foreslå en lik regulering av tvang innenfor ulike fagfelt. **FMOV mener derfor at forskjellene for tvangsbehandling innen somatikken og psykiatrien må begrunnes bedre.**

Behov for tjenester i kommunen

Det fremgår av forslaget side 49 at «Loverket må så godt som mulig være tilpasset den enkelte pasientens eller brukers behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av type institusjon eller av om tilbudet gis av kommune eller sykehus, som tilbys i hjemmemiljøet eller poliklinikken.» Det er mange personer med psykisk lidelse/sykdom som bor hjemme/i omsorgsbolig. FMOV mener at det bør presiseres om § 5-4 nr. 2 d) også omfatter omsorg av personer med psykiske lidelser som psykisk helsevern ikke tar imot. For eksempel fordi tilstanden deres ikke kan behandles og personen ikke er til fare for andre. For disse personene kan det jo fortsatt være nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller fare for å bli påført alvorlig helseskade. Hvilke tvangstiltak kan eventuelt brukes da? Kan det brukes nødrett der? Vi stiller også spørsmål ved at det ikke finnes hjemmel for tiltak i kommunehelsetjenesten med formål å verne andres liv og helse for personer, som ikke er aktuelle for innleggelse i psykisk helsevern.

Tiltak i nødssituasjoner

Det fremgår av utkastet kapittel 4, side 724 at det legges opp til en uttømmende regulering av bruk av tvang i nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Videre fremgår det at det ikke vil være mulig å bygge på strafferettslig nødrett som grunnlag for tvangsinngrep, slik situasjonen er i dag. FMOV stiller seg i utgangspunktet positiv til at bestemmelser om nødrett og nødverge tas inn i lovutkastet. Vi er imidlertid skeptiske til at det skal vedtas en rekkes begrensinger i hvordan nødrett og nødverge skal kunne gjennomføres, når det nettopp er den akutte krisesituasjonen og mangel på ordinære muligheter til å håndtere utfordringene som karakteriserer nødretts- og nødvergesituasjonene. For øvrig er vi også noe spørrende til selve lovteknikken med å la en særlov innen helseretten generelt og absolutt innskrenke virkeområdet til straffeloven når det gjelder nødrett og nødverge.

FMOV er spørrende til forslaget om at mekaniske innretninger etter hvert skal forbys. Det fremgår av forslaget § 4-3, 1. ledd, første punkt, jf. annet ledd at hjemmelen for bruk av mekaniske innretninger i første ledd skal gjelde i tre år fra lovens ikrafttredelse. Vi savner her et evidensbasert og derved ansvarlig forslag om hva institusjonene skal ha, som alternativ til svært utagerende og farlige personer. FMOV legger til grunn at beltelegging kan være mindre inngripende enn andre tiltak, som for eksempel ved at flere, opptil fire-fem personer må holde personen.

FMOV finner forslaget til unntaksbestemmelser snever da det fins eksempler på andre tilstander/situasjoner med tilnærmet samme alvorlighetsgrad hvor det kan oppstå behov for å avverge skade på andres liv og fysiske integritet. Eksempler på dette er personer som på grunn av pågående symptomer på psykiske helseproblemer (alvorlige sinnslidelse) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse. Dette kan dreie seg om person som på grunn av alvorlig psykisk



sykdom har begått drap, forsøk på drap eller på annen måte utgjør en meget høy risiko for alvorlig og betydelig helseskade for andre (dette være seg helsepersonell, medpasienter og/eller pårørende). FMOV finner at dersom det ikke skal finnes en unntaksbestemmelse for disse situasjonene, der en person kortvarig kan begrenses i sitt skadeomfang med mekaniske innretninger, inntil grunnlidelsen er bedre behandlet, uestisk både av hensyn til pasienten, pårørende og ansatte innen psykisk helsevern. FMOV ser heller ikke at utvalget har utdypet mulige og nærliggende konsekvenser av et slikt forbud mot bruk av mekaniske innretninger. FMOV vil peke på at det er nærliggende fare for at en vil se en økning av medisinerings med kortvarige legemidler med den hensikt å sedere en person. Dette medføre en fare for både feil- og overmedisinering. Vi er også bekymret for om utvalgets forslag på dette punkt faktisk sett vil lede til en økning av vedtak etter ny lovhjemmel § 4-5 skjerming uten personale tilstede. I tillegg savner vi utvalgets vurdering av om forslaget om opphør av bruk av mekaniske innretninger kan komme til å føre til vold mot ansatte i institusjoner.

Likeledes er FMOV kjent med at det i klinikken finnes et fåtall personer som har sjeldne tilstander og utfordringer, der evaluering av mekaniske tvangsmidler for disse personene har avdekket at personen selv foretrekker mekaniske tvangsmidler fremfor andre tvangsvedtak. Det kan være personer som har en alvorlig dissosiativ lidelse som innebærer at de reopplever hendelser og traumer og i rent «selvforsvar» påfører seg selv alvorlige skader eller angriper andre i aktuelle dissosiative tilstand. FMOV legger til grunn at utvalget kjenner disse tilstandene og dermed og kjenner til at andre lempeligere midler som trygging eller frivillig medikamentell behandling noen ganger ikke fører frem. Evaluering har hos noen av disse personene avdekket at personene selv foretrekker kortvarig beltelegging for å hindre at de skader seg fatalt og skader andre. I tillegg finnes personer som med bakgrunn i sine tidligere traumer finner dette betydelig mindre belastende og inngripende å bli «holdt» med mekaniske innretninger enn å bli fastholdt av flere personale over lengere tidsintervall. Vi kan imidlertid ikke se at utvalget har drøftet dette spørsmålet nærmere.

FMOV vil i denne forbindelse bemerke at dersom lovgiver ønsker en individuell tilpasset behandling og tiltak der personen er medbestemmende i egen behandling og over hvilke tiltak som best ivaretar dem, bør ikke unntaksbestemmelsene innsnevres slik lovutkastet her legger opp til.

På samme vis finnes andre undergrupper av pasienter, for eksempel i autismespekteret, som frivillig kommer til psykiatrisk avdelinger og ber om hjelp til kortvarig beltelegging på grunn av selvopplevd tap av kontroll der de er redd for å skade andre fatalt. Dette er sjeldent, men illustrerer hvorfor en snever unntaksbestemmelse kan stå i veien for det som anses for en person som god behandling. I denne forbindelse nevnes at autismespekter lidelser trolig kan være underdiagnostisert innen iallfall psykisk helsevern for voksne og eldre.

I tillegg bemerkes at vi ikke kan se at utvalget foreslår andre aktuelle tiltak som kan gi god omsorg på forsvarlig måte når en pasient er i en fortvilet nødsituasjon. FMOV foreslår på denne bakgrunn at utvalgets forbud mot mekaniske midler ikke innføres.

ECT

Utvalgets flertall vil anbefale at det lovhjemles en snever adgang til å bruk av ECT som et livreddende tiltak. Utvalget skriver at dette må forstås som en uttømmende regulering av adgangen til bruk av denne inngrepsformen, og nødrett vil etter utvalgets opplegg ikke kunne påberopes som rettslig grunnlag.



FMOV er positive til at lovutkastet slår fast at det må fattes vedtak om ECT på tvang slik at dette er gjenstand for rettslig kontroll.

FMOV mener imidlertid at det ikke bør være en absolutt begrensning på 14 dager. Det kan være behov for forlengelse. Det bør være hensynet til en forsvarlig vurdering/behandling som bør være førende for utformingen av reglene.

Skjerming

Dagens skjermingsbestemmelse etter § 4-3 erstattes av fire nye lovhjemler basert på formålet med skjermingen.

1) akutt skadeavvegring i nødstilfeller §4-5 (ingen tidsavgrensning).

2) behandling i psykisk helsevern §6-11 jf. §6-5 (varighet to uker) (det vil si krav om mangel på beslutningskompetanse og krav om antatt samtykke gjort gjeldende og begrunnes om at dette tiltaket kan hindre vesentlig helseskade. Krav om vedtak ved skjerming som behandling bør avgrenses til motstandstilfellene).

3) gjennomføring av behandling i psykisk helsevern § 6-19 (varighet 72 timer, for et nytt vedtak må det ha gått minst 24 timer).

4) ivaretagelse av medpasienter i psykisk helsevern § 7-5 (varighet to uker).

I tillegg stilles krav til skjermingslokalene, dersom skjerming skjer innendørs jf. § 8-2 og krav til «skånsomhet og ivaretagelse av grunnleggende behov i gjennomføringsfasen» jf. § 8-1.

FMOV er kjent med at enkelte psykiatriske sykehus har muligheter til og benytter seg av, å holde pasienter atskilt fra andre medpasienter ved å kortvarig bringe pasienter utendørs. FMOV har merket seg at utvalget detaljregulerer i loven krav til innendørs skjermingslokaler, men unnlater å lovregulere kravene til tilfredsstillende skjerming utendørs, siden det ser ut til at lovforslaget også åpner opp for dette. Vi mener det også bør reguleres nærmere hvilke krav som skal stilles til skjerming utendørs.

I tillegg finner FMOV reguleringen av skjerming unødig byråkratisk. Hele sju paragrafer bestemmer gjennomføringen av ulike tiltak. Vi stiller spørsmål ved om et slikt omfattende og vanskelig tilgjengelig lovverk vil øke risikoen for feil i vedtakene. I tillegg stiller vi spørsmål ved om det vil være en utilsiktet konsekvens av dette lovforslaget at helsepersonellet bruker enda mer tid på å lese i loven og skrive vedtak uten at kvaliteten på skjermingen blir bedre. I så fall vil dette ta av tid som kunne vært brukt i kontakt med pasienter/pårørende og med samarbeidspartnere, slik som kommunehelsetjenesten. FMOV finner det sannsynlig at lovforslaget vil medføre økt «papirarbeid» i forbindelse med vedtaksprosessen og ved det også ta av tid som kunne vært brukt til terapeutiske prosesser, noe vi antar ikke har vært formålet med utkastet.

Kommentarer knyttet til området for nåværende helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

FMOV er positiv til at det legges til grunn et snevrere tvangsbegrep enn i dag. Når det gjelder mennesker med utviklingshemming eller andre personer med kognitive svekkelser er det ofte en økt risiko for at brukere blir «styrt» av ansatte og medhjelpere i beste mening uten at spørsmålet om medbestemmelse og tvang vurderes godt nok. Fylkesmannen ser i mange sammenhenger at



kommuner og bydeler har rutiner overfor mennesker med utviklingshemming, som i realiteten innebærer bruk av tvang. Slik rutiner er ofte begrunnet enten i at dette anses å være til det beste for brukeren eller at pårørende ønsker det. I mange tilfeller har ikke brukere fått medvirke i tilstrekkelig grad i utarbeiding av rutinene. Dette blir ofte omtalt som «hverdagstvang». Eksempler på dette er at brukere begrenses på goder så som søtsaker, brus, mengde røyk, fordi ansatte mener at det er til det beste for dem. I vanlig forståelse av et slikt tiltak, vil dette ofte heller ikke fremstå som «objektivt betydelig inngripende», jf. ordlyden i § 1-3 i utkastet. Det samme gjelder tilrettelegging for et sunt kosthold, jf. NOU s. 381 enten bruker selv ønsker det eller ikke. Det fremgår av utkastet at dersom det fremstår som meningsfullt i den konkrete situasjonen, er ikke et tiltak å anse som tvang. Fylkesmannen mener imidlertid at bruker så langt mulig må tas med i vurderingen av hva som er å anse som «meningsfullt», slik at bruker gis medvirkningsmulighet i egen hverdag. Det kan også være at det finnes rutiner som innebærer at brukere ikke kan gå på tur (i den grad de trenger bistand til dette) når de ønsker det. En bruker kan for eksempel få beskjed om å vente, fordi det ikke er bemanning på tidspunktet eller på denne dagen. Tiltakene gjennomføres ofte uten motstand, eller gjennom overtalelser og motivasjon av ulik grad. Vi er kjent med at mange brukere gir etter, når de blir møtt med slike forklaringer. Dette kan vi, gjennom tilsyn og overprøving av vedtak, fange opp i dag gjennom dagens regelverk å påpeke at det er behov for endringer, enten i rutiner eller gjennom at det må fattes vedtak om bruk av tvang, forutsatt av at vilkårene er oppfylt. Dette kan virke som en liten sak, men dette er ofte brukere som i liten grad kan si ifra. FMOV anser at dette bør presiseres gjennom retten til brukermedvirkning og vurdering av hva som for den enkelte anses som «meningsfullt» og at brukere også i noen grad skal ha rett til å gjøre det som på kort sikt ser ut til å være et dårlig valg. FMOV er videre positiv til forslaget om fokus på beslutningskompetanse, beslutningsstøtte og brukeres mulighet til å inngå avtaler og til å samtykke til tiltak innenfor de alminnelige grensene. Dette forutsetter imidlertid at kommunen er bevisst maktforholdet mellom ansatte og bruker, at det er en grense for hvor mye bruker skal motiveres/overtales, og som nevnt over, at mange brukere har erfart over tid at det er vanskelig å motsi de ansatte tjenesten.

Videre er FMOV for at det skal være en klarere grense for hva som er å anse som tilrettelegging, og hva som er å anse som tvang. Vi har svært mange tiltak i dag, hvor det ikke hadde vært behov for vedtak, dersom det hadde vært en klarere presisering av hva som er tilrettelegging.

FMOV mener videre at lovforslaget innebærer det en svekkelse av rettsikkerheten i forhold til dagens lovverk, ved at det ikke er et krav om oppnevning av verge, der hvor det blir fattet vedtak om bruk av tvang, spesielt i saker hvor det er antatt at tvangen vil pågå over lang tid. FMOV erfarer at mange pårørende kun ønsker å være pårørende og ikke verge.

FMOV har i dag mange vedtak som er fattet for å hindre potensiell eller gjentakende kriminell aktivitet hos brukere med utviklingshemming. Fylkesmannen ser at det har kommet en egen bestemmelse i forslaget § 6-9 som omtaler «kontinuerlig observasjon» utenfor helseinstitusjon. Fylkesmannen forutsetter at dette innbefatter fotfølging. Ordlyden i bestemmelsen er egnet til å ufarliggjøre et inngrep i det offentlige rom, som for de fleste brukere innebærer ulike former for frihetsberøvelse. Mange brukere trenger og får hjelp, og motsetter seg ikke overvåkingen, men i den grad brukere motsetter seg dette, er det etter vår vurdering administrativ frihetsberøvelse. FMOV har ved flere anledninger tatt opp denne problemstillingen med ulike forvaltningsorganer. Fylkesmannen mener det bør være en klarere grense for hva som kan tillates med hjemmel i tvangsbegrensningsloven og hva som reguleres av andre lovverk for øvrig.

FMOV har videre merket seg ny bestemmelse § 6-5. Her reguleres for eksempel beslag av mobiltelefoner, PC, nettbrett og avstengt internetttilgang. Beslag av denne type eiendeler, skjer i dag i mange saker og er begrunnet med for eksempel at brukere ikke skal få kontakt med mennesker som



ønsker å kjøpe sex, at voksne brukere ikke skal få kontakt med barn med fare for overgrep m.m. FMOV mener det må tydeliggjøres hva som kan foreslås hjemlet innen rammen av tvangsbegrensningsloven og hva som eventuelt må hjemles i andre regelverk.

Det er en kjent tematikk for FMOV at det jobber mange personer i tjenestene til mennesker med utviklingshemming, og at brukere i mange tilfeller må forholde seg til svært mange ansatte. Videre er det mange ansatte som ikke har nødvendige formelle kvalifikasjoner. Det er ingen krav til formelle kvalifikasjoner i tjenestene, før det eventuelt blir fattet et vedtak om tvang. FMOV erfarer ofte at det avdekkes uheldige forhold, slik som uhjemlet tvang og avtaler med brukere som ikke er reelle og der brukere ikke har reell bestemmelse over egen hverdag, når for eksempel ansatte i boliger mangler nødvendig formell kompetanse. FMOV er på denne bakgrunn bekymret over hva den nye loven vil signalisere, ved at kvalifikasjonskravene foreslås lagt til forskriftsnivå, og ikke som i dag fremgår i selve loven.

Når det gjelder den delen av forslaget til ny lov som omhandler kontroll, er vi spørrende til at det skal være et nytt organ for kontroll med bruken av tvang på området for personer med utviklingshemming. FMOV mener at vi fortsatt bør inneha denne kontrollfunksjonen. Når det gjelder den delen av forslaget som gjelder formell kompetanse inn i nemdene, er vi også skeptiske til at det ikke er fagpersonell, som har kompetanse knyttet til personer med utviklingshemming, som skal sitte i disse. FMOV har i dag ca. 470 vedtak om systematisk bruk av tvang og makt. Hittil i år har vi registrert ca. 8 000 meldinger om bruk av skadeavvergende tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5, tredje ledd. Behandlingen av disse sakene krever stor kunnskap og kompetanse hos saksbehandlere, og vi ser at blant annet vernepleiere er sentrale i denne jobben.

Det tar også lang tid å få oversikt over fagområdet og å sette seg inn i problemstillinger knyttet til brukere med utviklingshemming. Det er derfor viktig og helt sentralt med kontinuitet i dette arbeidet. FMOV er kritisk til hvordan dette skal bli ivaretatt gjennom nemnder, som skal oppnevnes for fire år om gangen. Forslaget legger opp til at det skal være så mange nemder per fylke som er tilstrekkelig for å dekke et avgrenset geografisk område. Som i dag, er det viktig og i størst mulig grad sikre likebehandling i kontrollorganene, og vi er spørrende til hvordan dette skal bli ivaretatt gjennom dette forslaget. Fylkesmannen har et apparat for å behandle disse sakene, men skal være et sekretariat for nemdene, samtidig som disse skal være faglige uavhengige. Dette vil også vanskeliggjøre muligheten for at nemdene skal behandle sakene så likt som mulig. Fylkesmannen er imidlertid enig i at det er behov for langt mer systematisk kontroll av vedtakene i form av stedlige tilsyn, enn rammebetingelsene gir oss mulighet til.

Kommentarer knyttet til nåværende kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a

Midlertidige vedtak

Utvalget foreslår i § 9-14 en generell bestemmelse med hjemmel for midlertidige vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang. Det fremgår her at det kan treffes midlertidige vedtak på inntil sju dager hvis det er sannsynlig at vilkårene i §§ 5-4 til 5-6 er oppfylte, men ikke «klart sannsynlig», jf. § 9-9. Dette gjelder også hvis spørsmålet gjelder pasientens beslutningskompetanse.

I motivene skriver utvalget at dette gjelder uansett hva tvilen gjelder: «*om det foreligger et sterkt behov for hjelp, muligheten for å nå fram gjennom frivillige tiltak, eller annet.*» (side 635).



Samtidig foreslår utvalget en ny bestemmelse i § 5-2 om innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang. Denne bestemmelsen er ment å sikre rettssikkerheten for pasienter som ikke motsetter seg innleggelse eller tilbakehold, men der det er sannsynlig at han eller hun vil forsøke å forlate institusjonen i løpet av de neste ti dagene uten å få lov til det. Til dette skriver utvalget blant annet at *«Der det fattes vedtak etter § 5-2 og det viser seg at risikoen knyttet til at personen skal komme til å ønske seg ut og blir nektet dette, slår til, må det eventuelt fattes vedtak om tvungen tilbakehold, jf. lovutkastet § 5-4.»* (side 492).

FMOV mener det er uheldig med to ulike bestemmelser som kan brukes om hverandre for pasienter som kan legges inn eller holdes tilbake i institusjon. En pasient som ikke er beslutningskompetent kan legges inn og holdes tilbake etter § 5-2 fordi det er sannsynlig at pasienten vil vise motstand. Siden § 9-14 kan anvendes uansett hva det er tvil om, kan også den samme pasienten legges inn og holdes tilbake etter § 9-14 for å avklare om pasienten vil motsette seg videre institusjonsopphold. FMOV mener dette kan føre til usikkerhet hos helsepersonell om hvilken del av regelverket som er riktig. Vi mener imidlertid at forslaget om mulighet til å fatte midlertidig vedtak er bra for å avklare situasjonen.

Generelle krav til vedtak

Utvalget angir i § 9-16 generelle krav som skal stilles til det enkelte vedtaket om tvang. FMOV er positive til at det lovfestes at vedtaksfatter må beskrive hvordan tvangsbruken forventes å påvirke personen (§ 9-16 nr. 10). I saker om tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A har FMOV erfaring med at vedtaksfatter kan beskrive hva som er forventet helseskade og formålet med helsehjelpen, men i mindre grad hvordan tvangstiltakene faktisk vil påvirke pasienten. I merknadene til bestemmelsen skriver utvalget at det skal gjøres en slik vurdering *«der vedkommende er underkastet flere vedtak»* (side 745). FMOV mener at det bør gjøres en slik vurdering i alle vedtak.

Ansvarlig for vedtak om tvang

Utvalget foreslår å presisere hvem som har ansvar for å fatte vedtak om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren i lovutkastet § 9-1. I § 9-1 første ledd blir ansvaret for alle kommunale tjenester som har pleie- og omsorgsformål lagt til den «overordnet faglig ansvarlige i kommunen», tilsvarende dagens ordning i hol. kapittel 9.

På side 664 i utredningen skriver utvalget at det å legge vedtaksansvaret til et overordnet nivå som disponerer ressursene er et viktig tvangsbegrensende tiltak. FMOV ser at det er positivt å gjøre det tydelig hvem som har ansvar for å følge opp tvang med pleie- og omsorgsformål i den enkelte kommune. Vi er imidlertid skeptiske til at det er den overordnet faglig ansvarlige som skal fatte alle vedtak om tiltak med pleie- og omsorgsformål. Utvalget skriver i merknadene til § 9-1 at endringen betyr at *«tvangsinnleggelse og tvungen tilbakehold i sykehjem skal fattes på et ledelsesnivå i kommunen»* (side 743). FMOV vil påpeke at utvalgets § 9-1 vil gjelde for alle tiltak som har pleie- og omsorgsformål. Det fremgår av § 9-4 andre ledd at den vedtaksansvarlige alltid skal ha møtt personen, og gjennomføre en personlig undersøkelse der dette følger av krav til faglig forsvarlig praksis. Den ansvarlige skal også være tilgjengelig slik at Fylkesmannen og nemnda kan kontakte ham eller henne «straks» ved en klage, jf. § 13-2 andre ledd.

Utvalget legger til grunn at den foreslåtte modellen er i tråd med det enkelte kommuner allerede praktiserer i dag. FMOV påpeker at denne modellen kan virke godt i små kommuner der antall virksomheter og institusjoner er få. I større kommuner vil imidlertid arbeidsmengden for den ansvarlige bli stor og svært tidkrevende. Hvis den ansvarlige i tillegg skal være ansatt på ledernivå



med budsjettansvar stiller FMOV spørsmålstegn ved om utvalgets ønsker om at vedtak «aldri skal være en formalitet» (s. 666) kan virkeliggjøres.

Etter § 9-1 femte ledd kan departementet gi nærmere bestemmelser i forskrift, blant annet om delegering. Utvalget skriver på side 664 at det kan være gode grunner for å konsentrere opplæringen om de formelle sidene ved å treffe vedtak til et mer begrenset antall personer. FMOV mener det etter dette er uklart om det virkelig er den overordnet faglig ansvarlige som skal fatte alle vedtak, eller om han eller hun kan delegere ansvaret nedover. Dette bør oppklares.

Obligatorisk kontroll:

I kapittel 11 i lovutkastet foreslår utvalget obligatorisk kontroll i de alvorligste sakene, blant annet ved innleggelse og tilbakeholdelse mot pasientens vilje og bruk av mekaniske innretninger. FMOV mener at det kan være like inngripende å bli holdt, for eksempel hvis en person blir holdt av to-tre andre personer for å få gjennomført personlig hygiene. Dette inngår i flere vedtak i dagens pasient- og brukerrettighetslov kapittel 4A. Vi kan ikke se at det er lagt opp til obligatorisk kontroll av disse vedtakene.

Saksbehandling, overprøving og kontroll

Dagens kontrollorganer versus foreslått nemndsordning

Fylkesmannen ser i utgangspunktet positivt på at forslaget om etablering av ett felles klagesystem for ulike tvangstiltak, men med unntak av gruppen utviklingshemmede. Dagens oppsplitting og ulikheter skyldes historiske utviklingsprosesser og fremstår ikke lenger velbegrunnet. En felles ordning vil også gjøre det lettere for så vel helsepersonell som pasienter og brukere få oversikt over klageordningen. Når det gjelder dagens klageordning for psykisk helsevern (unntatt tvangsmedisinering) finner vi også at det er på høy tid å erstatte kontrollkommisjonene med en ordning som sikrer bedre tilgjengelighet til kommisjonene, ivaretagelse av personvern og felles arkiv.

Tvangsbegrensningsnemda: Om sammensetningen av nemda:

Veldig mange vedtak innenfor pasient- og brukerrettighetslov kap. 4A gjelder pleie- og omsorgsformål i sykehjem og hjemmetjeneste. Et av vilkårene for å kunne gjennomføre helsehjelp med tvang, er at det blir forsøkt med alternative tiltak for å forsøke å unngå å bruke tvangstiltak. Dette er områder sykepleiere og vernepleiere er best på å vurdere. Vi mener at sykepleieres og vernepleieres kompetanse er uvurderlig i kontrollen av vedtak som gjelder pleie- og omsorgsformål. Vi kan ikke se at dette sikres ved den foreslåtte nemdssammensetningen.

Fylkesmannens rolle i nemndsordningen

Fylkesmannen er å åpne for at en nemndsordning kan ivareta rettssikkerheten på dette området. Vi finner det imidlertid uheldig at forslaget både legger opp til en nemndsordning, og samtidig legger opp til at Fylkesmannen kan omgjøre vedtak utenfor klagesak, jf. lovutkastet § 12-8. En åpning for at Fylkesmannen kan omgjøre ugyldige vedtak, vil i praksis bety et press på Fylkesmannen til å avdekke ugyldige vedtak og vil medføre en dobbel ressursbruk på vedtaksvurdering.

Vi har forståelse for ønsket om at Fylkesmannen skal gå gjennom vedtakene og bistå nemnda med å etterspørre nærmere informasjon der vilkår i loven ikke er tatt stilling til. Myndigheten til å ta stilling til om et vedtak er gyldig bør imidlertid kun legges til ett organ - altså nemnda dersom utvalget går inn for en nemndsordning. En slik ordning vil da ligne dagens ordning med steriliseringsnemnder, hvor Fylkesmannen i ulike fylker tilrettelegger for sin nemnd.



Uavhengig psykiatrifaglig undersøkelse

Fylkesmannen ser videre positivt på forslaget om å gi pasienten rett til en psykiatrifaglig overprøving av beslutning om tvungen behandling med legemidler, jf. lovutkastet § 12-10. Vi mener det har vært en svakhet ved dagens ordning at lege og jurist som har skullet prøve vilkår om sannsynlighet for effekt av medisiner og avveining av bivirkninger, som faktisk hovedregel ikke har hatt psykiatrifaglig kompetanse på nivå med den som har fattet vedtaket. Det at adgangen til uavhengig psykiatrifaglig overprøving begrenses til én gang per år virker som en fornuftig begrensning. Dette gitt ressursbruken som kreves for en grundig gjennomgang av saken, og sett hen til at bildet neppe vil endres vesentlig mellom ett eller to vedtak som følger umiddelbart etter hverandre i tid.

Ressurser

FMOV vil understreke viktigheten av at nye oppgaver fylkesmannen tildeles ledsages av ekstra ressurser da vi allerede har en stor og variert saksportefølje og over år har hatt en stram finansiering.

Nemndstilhørighet

Etter hva vi kan se framgår det ikke direkte av lovutkastet hvordan nemndstilhørighet bestemmes. I utkastets punkt 28.5.7.4.3 angis det likevel følgende om dette: «*Det ideelle vil være om de ulike nemndene behandler saker av ulikt slag, nettopp for å unngå en slik segregering. I alle fall bør dette tilstrebes til en viss grad, selv om administrative hensyn nok vil kreve at enkelte nemnder har et hovedansvar for en større institusjon, for eksempel et psykiatrisk sykehus*». En viktig grunn til å ha et felles lovverk er at personer ikke skal «falle mellom to stoler» hva gjelder muligheten til å få omsorg og helsehjelp man ikke selv har forutsetninger for å se behov for, og at det foretas en helhetlig vurdering av personens situasjon. På denne bakgrunn synes det uheldig om nemndene knyttes opp til bestemte institusjoner. Dette kan bety at samme person over tid vil få sin sak vurdert av ulike nemnder avhengig av om saken behandles mens personen er inneliggende på lokalsykehus, hjemme eller på annet sykehus. Vi foreslår isteden en løsning som tar utgangspunkt i personens bosted.

Med hilsen

Marianne Skjerven-Martinsen
fylkeslege / avd. direktør

Gaute Skirbekk
seksjonssjef

Dokumentet er elektronisk godkjent