
Fra: Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus
<inger.lise.hjelseth@helse-mr.no> <svarer-ikke@dss.dep.no>
Sendt: 9. desember 2019 12:40
Til: Postmottak HOD
Emne: Høringssvar fra Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus på Høring av NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten - via regjeringen.no

19/2594 - Høringssvar fra Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus på Høring av NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten - via regjeringen.no

Vårt saksnummer: 19/2594

Høring: Høring av NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

Levert: 09.12.2019 12:39

Svartype:

Gruppering av høringsinstanser: Andre offentlige etater

Avsender: Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus

Kontaktperson: Klinikksjef Karl-Arne Remvik

Kontakt e-post: inger.lise.hjelseth@helse-mr.no

Vår ref. 2019/3873

Høyringsuttalelse ved NOU2019:14 «Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse og

omsorgstjenesten» frå klinikk for psykisk helse og rus Helse Møre og Romsdal.

Klinikk for psykisk helse og rus ser positivt på det oppstarta arbeidet, kor intensjonen er redusert bruk av tvang i helsetenesta. Det er tenkt at fire ulike regelsett, Lov om psykisk helsevern, Pasient og brukerrettighetsloven § 4A, Helse og omsorgsloven § 9 (Psykisk utviklingshemming) og Helse og Omsorgsloven § 10 (ved rus og avhengighetsmedisin) skal slåast saman. Eit felles lovgrunnlag kan vera ønska, og som oversikt over ulike lovheimlar gir NOUen mange svar. Samstundes viser utkastet utfordringane ved å skulle samstemme så ulike lover. Det blir viktig å kunne ivareta dei ulike fagfelta sin eigenart, samstundes som lovene blir meir samstemte. I denne høyringa vil vi peike på nokre utfordringar vi ser hos dei ulike fagfelta som Klinikk for psykisk helse og rus har ansvar for.

Klinikk for psykisk helse og rus har hatt prosess med tilbakemelding frå seksjonane i klinikken på lovforslaget sine prinsipielle, etiske og praktisk sider. Vidare har høyringa vore grundig drøfta med ulike faggrupper. Innspela har blitt arbeidd med i klinikkens fagråd. Konklusjonane frå dette arbeidet er nedfelt i dette høyringssvaret.

«Lov om begrensning og bruk av tvang i helse - og omsorgstjenesten» er forkorta til «Tvangsbegrensningsloven». Vi meiner namnet ikkje speglar intensjonen med lova. Det hadde vore meir dekkande å kalle lova «Tvangsreguleringsloven»

Fagfolk som premissleverandør for etikken

Fagmiljøa har eit spesielt ansvar for å bidra til at den etiske diskusjonen knytta til tvangsbruk er tufta på eit sikrast muleg faglig grunnlag. Kva kjenneteiknar ei alvorleg sinnsliding? Kor sikker er diagnostikken? Kva konsekvensar har ei alvorleg rusliding for pasientens evne til å vurdere og til å fatte avgjerder? Kva er utsiktene til bedring – med og utan behandling? Kva er risikoen for farleg åtferd – for pasienten sjølv eller for andre? Kan risikoen bli redusert ved ein eventuell tvangsinnleggelse? Kva helseskade medfører ein tvangsinnleggelse for pasienten? Undergraver tvangstiltak sjansen for seinare frivilligheit?

Spørsmåla er mange og det er grunn til å konstatere at fagfeltet berre delvis makter å svare på desse spørsmåla.

Ved å belyse slike vanskelege spørsmål kan likevel fagfelta bidra som premissleverandørar for etikken. Svar på slike spørsmål gir eit betre grunnlag for å vurderer kva som er gevinsten og kva som er omkostningane for ulike parter som er berørt av behandling med tvang.

I dette dokumentet er kommentarane frå klinikkens tre fagfelt samla. På neste side er det laga eit kort samandrag med nokre felles punkt frå alle tre fagområda:

1. **Psykisk helsevern**
2. **TSB**
3. **Habilitering**

Samandrag med nokre felles hovedpunkt:

- Namnet «tvangsbegrensingsloven» synest vi ikkje speglar intensjonen med lova. Betre ordval hadde vore «tvangsreguleringsloven».
- Auka fokus på førebygging av tvangsbruk er viktig. Sett frå eit klinisk perspektiv bør vi ha fokus på uønska variasjon og «rett bruk av tvang».
- Lovforslaget inneheld mange gode intensjonar, men ber preg av manglande praktisk erfaring med dei pasientgruppene dette gjeld. Det stilles spørsmål ved samansetninga av utvalet.
- NOUen er omfattande (over 800 sider), dette gjer det vanskeleg for høyringsinstansane å få oversikt over endringane og dei ulike konsekvensane lovforslaget vil ha.
- Lovforslaget er uklart på fleire område og innfører mange nye begrep. Ut i frå forslaget vil det vere krevjande å etablere klinisk og rettsleg praksis. Vi er bekymra for rettstryggleiken til pasientane da mange av paragrafane kan tolkast på ulikt vis.
- Det er kun i få tilfelle ein ruspasient vil mangle beslutningskompetanse. Vi er bekymra for at ei slik endring, knytta til endring i tvangsinnleggelse

av ruspasientar, vil kunne føre til at fleire av desse pasientane går til grunne.

- Reservasjonsrett mot behandling med antipsykotika vil få store konsekvensar for pasient, pårørande, helsepersonell og samfunnet forøvrig. Forslaget vil kunne bidra til auka stigmatisering av personar med psykiske lidningar ved at svært sjuke pasientar blir gåande ubehandla rundt i samfunnet. Det vil kunne påføre pårørande store belastningar og ha store konsekvensar sosioøkonomisk.
- Kostnadsberegning: Lovforslaget vil ha betydelege konsekvensar for antall sengeplasser og bygningsmassen i det psykiske helsevernet. Fleire pasientar vil vere akutt sjuke lengre, noko som vil gi auka behov for sengeplasser dersom pasientane skal bli ivaretatt. I tillegg behov for ombygging av skjermingsareal mm.
- Det er risiko for redusert rekruttering og/eller kompetanseflukt frå psykisk helsevern/ TSB, da ein ikkje lenger kan hjelpe dei dårlegaste pasientane eller ein føler at arbeidsplassen blir utrygg.

Tvangsbegrensningsloven - innspel til høyring frå Psykisk helsevern

Generelt vedrørande psykisk helsevernlova

Forløparen til Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, Majors Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining, frå 1848 var ei av dei første lovene i sitt slag. Gjennom årtier har lova regulert etablering og gjennomføring av frivillig og tvungen behandling innan psykisk helsevern. Med dei siste lovendringane i 2017 (innføring av manglande samtykkekompetanse som krav til tvangsbehandling, auka krav til dokumentasjon, auka krav til evaluering av tvangsbruk) vart krava til den som gjennomfører tvangsbehandling auka og pasientens sjølvbestemmelse /rettsstryggleik styrka.

Ved å forkaste lov om psykisk helsevern, tar vi bort ei lov som gir detaljert beskrivelse av korleis dei ulike aktørane skal gjennomføre frivillig og tvungen psykisk helsevern.

Lov om psykisk helsevern gir pasientane rettar, samstundes som den stiller tydelege krav til helsepersonell. Lovteksten som er utarbeida over mange tiår, ivaretar pasientane, dei pårørande og helsepersonellens behov for streng regulering og detaljstyring i gjennomføring av tvungen psykisk helsevern.

Generelt om lovutkastet

Det overordna målet om å redusere tvangsbruk til kun der det er tvingande nødvendig er viktig og riktig. Det er positivt at tvang blir redusert dersom det fremmer kvalitet og pasienttryggleik. Både i NOUen og lovutkastet blir all bruk av tvang framstilt som «eit onde». I NOUen er det ei negativ haldning til bruk av antipsykotika og det stilles tvil om innhaldet i dei Nasjonale faglege retningslinjene. Psykisk helsevern i Møre og Romsdal er bekymra for at innhaldet i NOUen og at lovutkastet er prega av einsidig representasjon frå det psykiske helsevernet og primærhelsetenesta i samansetjinga av utvalets medlemmer. Det er kun ein psykiater representert i utvalet, og for eksempel ingen fagpersonar frå sikkerhets- eller akuttpsykiatri. Dette er etter vår meining ein klar svakhet med NOUen.

Utvalet tar utgangspunkt i nullvisjon for tvangsbruk. Erfaring tilseier at i nokre tilfelle er tvang ikkje til å unngå. I Noreg er det dokumentert store ulikheiter i bruk av tvang, noko som gir skilnad i kvalitet og pasienttryggleik. Fokus bør derfor settast på uønska variasjon og vi bør heller nytte begrepet «rett bruk av tvang».

Lovforslaget har uklar begrepsbruk. Som lovforslag vil dette gi uklarhet og skilnader i rettsstyringa. Lovforslaget fjernar mange innarbeidde begrep og legg til mange nye. Det blir innført nye begrep som ikkje har praksis verken rettsleg eller klinisk. Dette vil bli svært krevjande å praktisere. Lovforslaget tydeleggjer ikkje kven som har ansvar for kva, på kva nivå og med kva kompetanse/spesialiststøtte ulike vedtak skal gjerast. Er det profesjon, utdanning, sertifisering eller stilling som skal vere avgjerande?

Fjerning av begrepet «alvorleg sinnsliding» fører til at terskelen for tvang blir uklar. Når det sentrale begrepet «psykisk liding» i psykisk helsevernloven, blir erstatta med uttrykket «psykiske problem», er faren for utgliding stor. I tillegg blir begrepet innført igjen i andre deler av lovteksten. Begrepet

«beslutningskompetanse» synest å erstatte begrepet «samtykkekompetanse» som nå er i ferd med å bli godt innarbeida begrep. Vi foreslår å rydde i begrepsbruken, og nytte kjente og eintydige begrep.

I lovforslaget er det i tillegg mange begrep med adjektiv framføre seg. Lovforslaget gjev på denne måten rom for ulike tolkingar. Til dømes «motstand» og «antatt samtykke». Uklarheten gir seg også utslag i følgjande: Skal det vere tillate å behandle demente med mekaniske tvangsmidlar, men ikkje pasientar med psykose? Tar vi bort tvang nokre stader og legg til andre stader?

Spesielle moment i lovutkastet

Kriterier for bruk av tvungen innleggelse

§ 5-4 underpunkt 5 gjev som kriterium for bruk av tvungen innleggelse ein antagelse om at personen ville samtykka, dersom han/ho var beslutningskompetent. Dette kriteriet vil gjere at relativt mange pasientar ikkje kan behandlast med tvang, da ein ikkje kan anta eit slikt samtykke.

Reservasjonsrett

Psykisk helsevern ser utfordringar med framlegget til reservasjonsrett slik det kjem fram i lovutkastet. Det er lagt inn forslag om reservasjonsrett mot antipsykotika og ECT i inntil 10 år. Utvalet skriv at det er lite truleg at ein person som har hatt god effekt av antipsykotisk behandling og som har fått tilbake beslutningskompetanse, vil nekte bruk av slike middel i framtida. Dette står dessverre i kontrast til vår erfaring. Hos psykotiske pasientar ligg det til sjukdomstilstanden ein realitetsbrist, og i denne bristen ofte også innsikt i at ein sjølv er psykisk sjuk og treng behandling. Ein risikerer at pasientar ein tidlegare kunne behandle og som fungerte godt med antipsykotisk medisiner, no grunna manglande sjukdomsinnsikt og reservasjonsrett, ikkje får den anbefalte behandlinga. Vi fryktar at dette vil føre til at pasientar går til grunne, og blir til fare for seg sjølv og omgivnadene før dei får adekvat hjelp. Dette vil også kunne føre til tap av prognose for enkelte pasientar. Forslaget vil også kunne føre til ytterlegare stigmatisering av personar med psykiske lidningar ved at svært sjuke personar blir gåande ubehandla rundt i samfunnet. Det vil også kunne påføre pårørande store belastningar. Sosioøkonomisk vil

det medføre store kostnader i form av at fleire fell ut av yrkesliv, sjukemeldingar for pårørande, meir bruk av politi og domstolar for å handtere desse pasientane m.m.

Pasientar med til dømes akutte psykosar (spesielt i kombinasjon med rus) har auka risiko for valdelege handlingar. Utan psykofarmaka som kan dempe valdsrisikoen, fryktar ein fleire episodar med alvorlege valdelege hendingar, både i og utanfor det psykiske helsevernet.

Det er etisk problematisk at det blir opna for bruk av tvangsmiddel for å gjennomføre tvungen ernæring av anorektiske pasientar, men ikkje å bruke ECT på suicidale psykotiske pasientar. Ein psykotisk suicidal pasient er mindre i stand til å ivareta seg sjølv, enn ein anorektisk pasient. Ulike tilstander blir altså vurdert ulikt, noko som er etisk utfordrande.

Bruk av tvangsmiddel med spes. fokus på mekaniske innretningar

Når det gjelder forslaget om å forby bruk av mekaniske innretningar som hindrar bevegelsesfriheten i behandling i psykisk helsevern, så stiller vi spørsmål om ein her har tenkt godt nok gjennom kva konsekvenser dette vil kunne få. Kva vil vere alternativa til slike tiltak? Fleire alternativ vil auke kostnadene, og for eksempel kreve ombygging av akuttavdelingar og høgare pleiefaktor. Faglig sett vil dette også få konsekvensar, for eksempel kan pasientar som har opplevd seksuelle overgrep oppleve å bli halde som eit større inngrep enn beltelegging. Konsekvensane kan i tillegg bli auke i personalskader. Det blir vidare foreslått strengare indikasjonen for antipsykotisk behandling og begrensning i bruk av skjerming, heller ikkje følgjene av dette blir problematisert.

Tvang i somatisk behandling

NOUen omtaler lite tvang i somatiske sjukehus. Dette manglande fokuset på somatisk medisin står ikkje i samsvar til ynskje om å lage ei felles lov for all helse og omsorgsteneste.

Konsekvensar

Pasientar og pårørande

Strengare kriterier for kven som kan underleggast tvungent psykisk helsevern og reservasjonsrett mot behandling med antipsykotiske legemiddel, vil

medføre at fleire alvorleg psykisk sjuke ikkje får den anbefalte behandlinga. Dette vil også ha betydning for pårørande, som i auka grad vil oppleve at sine næraste kan nekte anbefalt behandling.

Helsepersonell

Helsepersonell vil i aukande grad ikkje kunne gje alvorleg psykisk sjuke anbefalt behandling. I akuttpsykiatriske sengepostar/sikkerhetspsykiatriske sengepostar vil ein ha færre moglegheiter til å beskytte seg sjølv og pasientane i situasjoner med utagerande åtferd. Dette kan medføre fleire skader på pasient, medpasientar og personale. Ein kan risikere manglande rekruttering og/eller kompetanseflukt frå psykisk helsevern.

Samfunnet

Ved manglane lovhjemmel til å tvangsbehandle, vil truleg fleire og alvorlegare psykisk sjuke vere til stades i samfunnet med dei påfølgjande konsekvensane dette gir.

Kostnader

Tiltaka som er foreslått vil krevje stor auke i ressurstilgangen i form av personell, administrasjon og endringar i bygningsmassen. Det er ein føresetnad at det skal etablerast gode, reelle alternativ til medisiner og at desse blir prøvd før ein vurderer tvangsmedisinering. Det skal ikkje brukast mekaniske tvangsmiddel i psykiatriske sjukehus. Alt dette vil medføre at bygningsmassen må endrast, og bruk av skjerming med f.eks. polstring for å hindre skade på pasientar, må tilretteleggast. Behandling av alvorleg psykisk sjukdom, uten anbefalt medisin, vil kreve lengre innleggelser i sjukehus. Det betyr behov for fleire sengeplassar. I tillegg må tryggleiken til personalet bli ivaretatt. Personalfaktoren må aukast betydeleg.

Manglande ressurstilgang for å redusere tvang vil kunne medføre at alvorleg sjuke vil havne i fengsel i staden for på sjukehus. Det blir heller ikkje tatt omsyn til at ein sideeffekt av nedbygging av sengeplassar, kan ha vore auka bruk av tvang sidan fleire sjuke må behandlast poliklinisk. Poliklinisk har ein ikkje same tilgang til miljøtiltak som ein har ved innleggelse i institusjon.

Tvangsbegrensningsloven og TSB sine innspill

Vi er positive til et økt fokus på forebygging av tvangsbruk, men vi ser flere utfordringer i det nye lovforslaget. Overordnet mener vi at det er uheldig å sette flere lovverk innen ulike fagfelt i et nytt felles lovverk.

Selve ordvalget for loven, tvangsbegrensningsloven, synes noe underlig når lovens intensjon også skal være å regulere bruk av tvang. Således vil *tvangsreguleringsloven* kunne vært et bedre ordvalg.

Dokumentet er svært omfattende (over 800 sider), tunglest og uoversiktlig. Noe som kan medføre at en overser viktige innspill rundt lovendringene som en burde ha påpekt. Det har vært utfordrende å skulle være høringsinstans.

Vedrørende utvalgets medlemmer stilles det spørsmål ved de faglige vurderingene når det gjelder akutt- og sikkerhetspsykiatri. Utvalget burde også vært representert av kommuneoverlege eller fastlege. I tillegg en rusmedisiner og "somatisk" legespesialist. Det er svært betenkelig med tanke på den samlede medisinske kompetansen at kun en av fjorten deltakere er lege. Man kan også risikere at den ene legen innehar faglige syn som skiller seg fra andre profilerte medisinske fagmiljøer. Eksempel på dette er når høringsforslaget hevder at antipsykotika har effekt omtrent som placebo. Andre medisinske fagpersoner og miljøer vil kunne ha andre tolkninger av resultater fra metastudier.

Lovforslaget har gjennomgående en noe uklar begrepsbruk. Om betegnelsen tjenestemottaker benyttes "pasient", "person", "bruker" for å nevne noe. Det bør i så stor grad som mulig benyttes samme ordlyd. På samme måte som det i loven både brukes ordet "rusproblemer" og "rusavhengighet" om hverandre. Det samme når det gjelder "psykiske problemer" og "psykiske lidelser". Ord som "særlig", "sterkt" og "vesentlig" er også noe som går igjen i dokumentet, men det fremstår som uklart hva som legges i disse ordene i de ulike sammenhenger. Dokumentet preges av selvmotsigelser og diffuse begrunnelser for bruk av tvang der man kan ende opp med vesentlig større grad av ulike tolkning og derav større variasjon på landsbasis enn det som er dagens situasjon. Det nye lovverket slik det er fremlagt i høringsforslaget er dessuten organisert og inndelt på en lite oversiktlig måte da temaer som henger faglig sammen er spredt rundt på for mange ulike paragrafer.

Lovforslaget nevner ikke rusavhengighet som eget kunnskapsfelt for de sakkyndige som skal sitte i de nye tvangsbegrensningsnemdene. Dette er bekymringsverdig. Det nevnes heller ikke behov for sosialfaglig kompetanse i disse nemdene. TSB har nasjonale føringer, som tilsier at beslutninger som skal tas rundt pasient, alltid skal gjennomføres i et tverrfaglig team.

Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene, blant annet ved at hovedkriteriet psykisk sykdom erstattes med uttrykket *psykiske problem*, gjør loven vag med økt sannsynlighet for ulike tolkninger. Her uthules sykdomsbegrepene og gir rom for skjønn i for vid betydning fremfor presisjon og lik praksis. Når utvalget velger å ikke lovfeste kriterier for beslutningskompetansevurderingen, er det beskrivende for hvor vagt dette begrepet egentlig er. Når utvalget ikke klarer dette, skyver de tolkningen av begrepet over på den enkelte som skal ta stilling til vedtakene. Det er sterkt kritikkverdig å bruke betegnelsen «personen har et sterkt behov for behandling for» psykiske helseproblemer eller rusproblemer som et av punktene under vilkår for innleggelse og behandling pasienten motsetter seg, da dette gir for mye rom for individuelle tolkninger rundt omkring.

I 2017 ble det innført samtykkekompetansebasert vilkår for tvunget psykisk helsevern. Likevel, før disse lovendringene har blitt evaluert, kommer det nå forslag om et helt nytt lovverk. Noe som vurderes som uheldig.

Med det nye lovforslaget risikerer man dessuten at en stor del av legenes arbeidsdag går med til tallrike omfattende vedtak og byråkrati fremfor direkte pasientbehandling.

Det knyttes også bekymringer til krav om samtykkekompetanse (eller beslutningskompetanse som er ordlyden det nye lovforslaget benytter) når det gjelder tvangsinnleggelse av ruspasientene (de ikke-gravide) da disse nå kan stå uten et reelt hjelpetilbud. Det er kun i få tilfeller (for eksempel ved uttalt kognitiv svikt eller ved kombinasjonen rus- og enkelte typer psykiske lidelser) en ruspasient vil mangle samtykke/beslutningskompetanse slik som det legges frem i høringsforslaget.

Vår bekymring knyttet til denne endringen i tvangsinnleggelse av ruspasienter er at det vil kunne føre til at flere av disse pasientene kan gå til grunne.

Hvorvidt en ruspasient har en kognitiv svikt og/eller alvorlig ruslidelse er dessuten noe en ofte ikke oppdager før en har hatt vedkommende på tvang innen TSB over tid. Denne muligheten faller nå vekk (gitt av pasienten vurderes som samtykke/beslutningskompetent i utgangspunktet).

Endringene i tvangsinnleggelse av ruspasienter vil påføre pårørende økte belastninger. Noe som også vil kunne øke pårørendes hjelpebehov.

Vi kjenner oss ikke igjen i dokumentet når det skrives om lite samarbeid med kommuner i forkant av tvangsinnleggelser i TSB.

I dokumentet fremkommer det at den nye inntaksmodellen til tvang i den spesialiserte rusbehandlingen er ment å legge til rette for bedre samhandling med psykisk helsevern ved å sikre at det er personens behov for hjelp som er avgjørende for plasseringen, og ikke hvor ressurskrevende eller komplisert inntaksprosedyren er. Vi ser ikke helt for oss hvordan lovendringene skal kunne bedre dette. Her vil en minne utvalget på *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelse og psykisk lidelse* (ROP-retningslinjene) som blant annet anbefaler at personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om psykosen er rusutløst eller ikke. TSB har igjen ansvar for alle typer ruslidelser der pasienten samtidig har mindre alvorlig psykisk lidelse. Dette har igjen med manglende mulighet for skjerming, utforming av pasientrommene, antall ansatte på jobb i TSB m.m.

Utvalget skriver at den nye inntaksmodellen på rusfeltet skal medføre en innsparing. En ny inntaksmodell bør primært opprettes på bakgrunn av faglighet og ikke økonomiske hensyn.

Det nye lovforslaget vil få store økonomiske konsekvenser. I psykiatrien må sykehusareal omformes, skjermingsrom må tilrettelegges på en annen måte og personalfaktoren økes betydelig for å kunne ivareta både pasienter og personalets sikkerhet. Slike tiltak er i seg selv positive, men endringene må være på plass før en eventuell ny lov iverksettes.

Jamfør lovforslaget om saksbehandling blir det nå lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som blir vedtaksansvarlige i TSB (§ 9-1). Det er enighet om at dette, på samme vis som i psykisk helsevern, legges til spesialisthelsetjenesten. Samtidig er TSB et forholdsvis nytt område når det gjelder lege- og psykologressurser. Den nye legespesialiteten innen rus- og avhengighetsmedisin ble etablert i 2014. Per i dag er det derfor ikke mange leger med denne spesialiteten, og det vil kreve økte økonomiske ressurser både når det gjelder utdanning av flere leger, men også opp mot rekruttering av psykologer, for å kunne gjennomføre det nye lovforslaget. Det vil også kreve tid og ressurser opp mot kursing, bla samtykke/beslutningskompetanse.

Selv om det – ifølge lovforslaget ved tvang og rusavhengighet- vil være få pasienter som ikke har samtykke/beslutningskompetanse, vil det fortsatt være ressurskrevende å skulle vurdere hvert enkelt tilfelle (jamfør § 9-4 forsvarlig saksforberedelse). Dette sett opp mot forholdsvis få ansatte legespesialister og psykologspesialister i TSB sammenlignet med psykisk helsevern.

Noen spesifikke innspill til lovforslaget:

§ 1-1 *Lovens formål*

-Vi foreslår at dette nyanseres til: forebygge og begrense bruk av *unødig* tvang i helse- og omsorgstjenesten.

-Vedrørende: hindre vesentlig helseskade. Mener utvalget at det er helseskadelig å bruke tvang og at tvangen derfor skal begrenses, eller skal helseskaden begrenses ved bruk av tvang?

§ 1-4 *Enkelte andre definisjoner m.m.*

- Ordet beslutningskompetanse benyttes fremfor samtykkekompetanse. Sistnevnte er et innarbeidet begrep og endringer kan skape misforståelser.

§ 4-1 *Inngrep i nødsituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett).*

Her er det uklar og unødvendig bruk av adjektiver som "omfattende orienteringssvikt" og "sterkt sosialt fornedrende". Dessuten: Betegnelsen

nødrett brukes primært i straffeloven § 17, og burde sånn sett være overflødig i dette nye lovforslaget.

§ 4-2 Inngrep i nødsituasjoner av hensyn til andre (nødverge).

Som nevnt over er dette også et begrep brukt i straffeloven, og kunne derfor vært utelatt i dette nye lovforslaget.

§ 4.3 Bruk av særlig inngripende tiltak som skadeavverging i nødssituasjoner.

Det står at hjemmelen for bruk av mekaniske innretninger gjelder i tre år fra lovens ikrafttredelse. Menes her at det etter den tid ikke kan benyttes mekaniske innretninger ved psykiatriske sykehusavdelinger? Det vil også i fremtiden være pasienter som i en psykose er fysisk utagerende. Hva skal man da benytte i en akutt-situasjon som ikke løser seg med dialog og tilrettelegging? Kan man kreve at personalet da utsetter seg selv for overhengende fare?

§ 4-4 Særlige grenser for bruk av mekaniske innretninger som skadeavgrensning.

Det står at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i umiddelbar nærhet til den aktuelle avdelingen når de ikke er i aktiv bruk. Dette er selvmotsigende opp mot at de benyttes ved akutt fare for liv eller vesentlig helseskade.

§ 4-6 Særlige grenser for bruk av legemidler som skadeavverging

Her fremkommer det at det bare kan brukes legemidler med kortidsvirkende beroligende effekt. Det er uklart hva som legges i "beroligende" i denne sammenhengen.

§ 5-2 Innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang.

Her fremstår ordlyden "påført helseskade" som uheldig. Hvem har påført vedkommende helseskaden?...

§ 5-3 Forhåndssamtykke til tvunget tilbakehold i helseinstitusjon

Her fremkommer det: "personer som aktivt ønsker å binde seg...". Hva menes med "aktivt"?

§ 5-6 Innleggelse og tilbakehold av gravide ved fare for det ufødte barnet

Hva legges i ordlyden "nærliggende og alvorlig fare for at det ufødte barnet påføres helseskade"? Nærliggende kan for så vidt gjelde både før og etter at barnet er født.

§ 6-13 Elektrokonvulsiv behandling.

I lovutkastet og i høringsforslaget ellers fremstilles ECT som en nærmest uheldig behandling som påføres pasienten. Det er interessant at det her stilles store spørsmål rundt beslutningskompetansen til en pasient med depresjon når det er snakk om ECT som pasienten endog ønsker, mens bevart beslutningskompetanse hos mange psykotiske pasienter fremheves. Erfaringsmessig er det mange pasienter og deres pårørende som kontakter psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og ber om ECT ut fra tidligere god virkning. Det å kreve eget vedtak for en høyst frivillig og fra pasientens side ønsket ECT er misbruk av helsepersonells tid og ressurser. På den annen side, når ECT gis mot pasientens ønske eller de ikke er i stand til å gi sitt samtykke, må det være svært tungtveiende grunner for dette og for å berge liv. I slike tilfeller har eget vedtak en rolle og nødvendighet.

§ 6-14 *Rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler*

Her er fremkommer det at en forhåndserklæring skal gjelde i inntil ti år. Dette fremstår som uklokt.

§ 7-2 *Rutinekontroll i institusjon for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m og*

§ 7-3 *Kontroll for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m. etter mistanke.*

I TSB-institusjoner er innførsel av rusmidler et vesentlig problem, både med tanke på faren for overdoser, omsetning og spolering av pasientens behandling men ikke minst kan dette være ødeleggende for medpasienters behandlingsutbytte. Fri tilgang til bruk av egen mobiltelefon øker betydelig muligheten for innførsel av rusmidler. Manglende mulighet til avkledning ved slike kontroller gjør det også vanskelig for personellet å oppdage innførsel av rusmidler og potensielt farlige gjenstander.

§ 9-1 *Vedtaksansvarlig og § 9-8 Uavhengig legeundersøkelse*

Vi er enige i at vedtaksansvarlige for tvang innen TSB legges til spesialisthelsetjenesten. Vi er også enige i at det settes krav om uavhengig legeundersøkelse i forkant.

§ 9-13 Tidspunkt for vedtak

Her fremkommer det at vedtak må foreligge senest 24 timer etter at personen er kommet til institusjonen. Dette vil være en utfordring for TSB. Her er det få legespesialister, og derfor er det flere steder det ikke er mulig å ha bakvakter med utrykningsplikt (jamfør arbeidsmiljøloven). Det vil ta år før en har fått bygd opp TSB mht å ha nok bakvakter til å kunne fatte vedtak på helg/i høytider når det er påkrevd. Her bør tidsfristen utvides til å kunne gjelde første virkedag/hverdag.

Innspill til høring – «Tvangsbegrensningsloven» fra habilitering

Spesialisert habilitering Sunnmøre og spesialisert habilitering Nordmøre og Romsdal har drøftet forslaget til ny tvangsbegrensingslov og her er noen synspunkt som fremkom under drøftingen. Utgangspunktet er erfaringer med helse- og omsorgstjenestelovens kap. 9 om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Det er ikke konsensus om alle punktene, ulike fagpersonene vil ha ulike meninger om hvor utfordringene i det nye lovforslaget ligger, så dette representerer mangfoldet.

Det er positivt at lovverkene slås sammen og at vi får et diagnoseuavhengig lovverk. Utgangspunktet vil nå være den enkeltes behov og fokuset flyttes fra diagnose til funksjon. Det vil ligge som en forutsetning for bruk av tvang at personen mangler beslutningskompetanse, har et sterkt behov for hjelpen og at tvang må være strengt nødvendig.

I dagens lovverk er vilkårene helt klare, for eksempel krav om at det skal foreligge fare for vesentlig skade, kommunens plikter å arbeide med forebygging, andre løsninger skal prøves og de som utøver tvang må inneha god formell kompetanse. Kompetansekravet mener vi har bidratt til et stort fokus på opplæring og veiledning i kommunene og har vært et betydelig bidrag til økt kvalitet på tjenestetilbudene. Det ligger også en ivaretagelse av vedkommendes rettssikkerhet ved at spesialisthelsetjenesten skal medvirke i alle saker med vedtak om tvang. Videre har verget, sammen med pårørende,

hatt et særlig ansvar for å følge med på tvangsvedtaket. Dette gjelder uavhengig av om tiltakene er «litt» inngripende eller svært inngripende.

Vi ser på kap 9 som et lovverk som har styrket rettsikkerheten over tid og ført til at mange har fått en betydelig økt livskvalitet. I det nye lovverket svekkes rollen til spesialisert habilitering ved at kommunen kan vurdere om et tiltak er så inngripende at en må henvise. Kommunen kan dermed fatte vedtak og legge frem sin sak uten uttale fra spesialisert habilitering i mange tilfeller. Lovens forarbeider hevder at det i dag ser ut til å være mindre behov for tvang i tjenester til utviklingshemmede, blant annet ved selvskading, på grunn av en bedring i levekår. Per i dag er spesialisert habilitering ofte en viktig pådriver for å heve kvantitet og kvalitet i tjenester til et forsvarlig nivå. Det er ikke uvanlig at kommunen og spesialisert habilitering i utgangspunktet ser behovet for tjenester ulikt. Ofte fører likevel et vedtak etter kap 9 til at personen det gjelder oppnår bedre tjenester, bedre livskvalitet og mindre tvang fordi det har vært et tett samarbeid med spesialisert habilitering. Tvangsbegrensningsloven viderefører mange av kravene som ligger i kapittel 9, noe som er bra, men vi ser også en del utfordringer med det nye lovverket.

1. «Med tvang menes enten overvinnelse av motstand med virkemidler som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker, eller omgåelse av motstand ved at vesentlig informasjon om tiltaket bevisst blir holdt skjult for personen.»
- «Mindre inngripende tiltak» skal ikke lenger regnes som tvang. Det vil si at en kan ta relativt mange avgjørelser på vegne av andre, men at kravet om dokumentasjon og åpenheten rundt dette vil forsvinne. Det kan være vanskelig å definere hvor skillet går mellom tilrettelegging av hverdagen ut fra vedkommendes funksjonsnivå og tvangstiltak. Vi ser også at noen ganger vil omfanget av tilretteleggingstiltak være så stort at det i seg selv må defineres som tvang. Vi er bekymret for at «hverdagstvangen» kan øke med det nye regelverket. Det kan være betydelig forskjell på hvor inngripende tvangen blir totalt sett for en person som er avhengig av bistand store deler av døgnet i et livstidsperspektiv, sammenlignet med en person som trenger bistand som omfatter bruk av tvang i en begrenset periode.

1. Med motstand i loven her menes at personen som tilbys helse- og omsorgstjenester, framviser en negativ holdning til tilbudet som ikke vil kunne overvinnes uten bruk av tvang. Ved tvil skal det legges til grunn at motstand foreligger.»
- Som det beskrives i tvangslovutvalgets utredning vil noen ikke fremvise en negativ holdning til tilbudet, selv om de ikke er enige. Dette kan skyldes multifunksjonshemminger som gjør kommunikasjonssignalene (kroppsspråk, mimikk, blikk, lyder) så utydelige/svake at de er vanskelig å fange opp. Det kan også skyldes lært passivitet, fordi noen har erfaringer med at det ikke nytter å protestere/de har lært seg å adlyde. Det er nok en optimistisk prognose fra tvangslovutvalget å si at lært passivitet/lydighet skyldes institusjonsskade og at vi nå går lysere tider i møte. Når man er avhengig av andre store deler av døgnet, vil det fortsatt være en betydelig fare for at flere utvikler lært passivitet.

Personene er avhengig av å ha tjenesteytere rundt seg som kjenner dem godt, har god fagkunnskap og kan vurdere om det foreligger motstand eller ikke. Allerede i dag erfarer vi at motstand bagatelliseres/ forforklares/ ignoreres, fordi tjenesteytere mangler kompetanse eller det å fatte et vedtak oppleves som svært ressurskrevende.
1. Uansett motstand kommer lovens bestemmelser om tvang tilsvarende til anvendelse når personen har store formidlingsvansker og tiltaket er objektivt betydelig inngripende, med mindre annet framgår av loven her.
 1. Begrepet store formidlingsvansker kan føre til misforståelser. Du kan ha full beslutningskompetanse og allikevel ha utfordringer med formidling (motoriske vansker, språkvansker, mm). Store forståelsesvansker gir en bedre beskrivelse av hva dette omhandler.
 2. Objektivt betydelig inngripende er et nytt begrep. «Hvordan tiltaket framstår utad, så vel formålet som hvor stigmatiserende det er, er her av betydning.» Her vil det være et stort rom for skjønn, noe som krever høy faglighet.
2. Kompetansekravet.

- Er knyttet til gjennomføring av kroppslige inngrep og minst en tjenesteyter må være autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven §48

Det er to forhold som vi vil påpeke her:

1. Fagkunnskap er et vesentlig element for å forebygge bruk av tvang og å finne gode alternativer til tvang samt hindre eskalering av situasjoner som kan føre til tvang.

En må være oppmerksom på kompetansenivået hos tjenesteytere i botjenester til utviklingshemmede, når det gjelder å vurdere om et tiltak innebærer bruk av tvang, om tiltaket er nødvendig, hvordan tvangen kan forebygges, om det finnes andre løsninger, om tiltaket er forholdsmessig og hvordan tvangen eventuelt kan gjennomføres på en faglig og etisk forsvarlig måte.

Det å ha kompetanse om hva det innebærer å ha en kognitiv funksjonsnedsettelse og hvilke konsekvenser dette gir for den enkelte, er en forutsetning for forebygging av tvang. Svært ofte ser en at tvangssituasjoner utløses p.g.a. for høye forventinger og krav fra omgivelsene og at personer blir satt i situasjoner de ikke evner å håndtere.

Trange økonomiske rammer i mange kommuner har medført en endring i tjenestetilbudet. Det har nå et langt større servicepreg, hvor personene får målt hvor mye tid de trenger til bistand på ulike områder (hygiene, påkledning, tilberedning av måltid, mv) og utover dette må de klare seg best mulig selv. Når kravet til fagkompetanse bortfaller, med unntak ved gjennomføring av kroppslige inngrep, er vi bekymret for kompetansen rundt personer med kognitive funksjonsnedsettelser og at dette fort kan bli en salderingspost når økonomien er stram.

2. Det stilles også krav om at de som skal gjennomføre kroppslige inngrep må være autorisert helsepersonell, uten at det spesifiseres noe mer. Autorisert helsepersonell omfatter en stor faggruppe fra helsesekretærer, apotekteknikere, vernepleiere m.fl., men ikke sosionomer, spesialpedagoger og barnevernspedagoger. Pedagogisk

kompetanse er minst like viktig i tjenesten til utviklingshemmende, og ofte viktigere enn helsekompetanse. I praksis kan det innebære at en nyutdannet helsefagarbeider vil være «mer kvalifisert» til å følge opp alvorlig inngripende tiltak enn en sosionom med lang erfaring fra fagfeltet. Her bør det ligge et krav om utdanning på bachelornivå og at det åpnes for andre faggrupper enn de med autorisasjon.

1. Det vil ikke lenger ligge et krav om oppnevning av verge med særlig mandat for å følge opp tvangstiltak. Pårørende har fortsatt en sterk rolle og det er bra, men i de tilfellene hvor en person ikke har nære pårørende eller en opplever at pårørende av ulike grunner ikke evner å ivareta denne rollen, har vergeoppnevningen vært en ordning som har bidratt til økt rettssikkerhet når det vurderes/fattes vedtak om tvang.
2. Vurdering av beslutningskompetanse blir en stor og viktig utfordring for fagfeltet. «Vedtaksansvarlig for kommunale tiltak som har pleie- og omsorgsformål, skal være den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen.» Vedtaksansvarlig vil dermed være den som formelt tar stilling til manglende beslutningskompetanse. Her vil det bli behov for mye opplæring og krav til å innhente nødvendig kompetanse for å gjøre gode vurderinger. Særlig personer med komplekse og sammensatte funksjonsnedsettelse er avhengig av et godt samarbeid med pårørende og kompetente fagpersoner for å bli ivaretatt på en god måte i denne vurderingen. Ikke minst vil det være viktig å arbeide med beslutningsstøtte tilpasset den enkeltes kognitive og fysiske forutsetninger, noe som ikke er godt nok ivaretatt i dag.
3. Utgangsbegrensning på natt avgrenset til perioden 23:00 – 06:00. Vi finner det litt underlig at et lovverk gir så spesifikke rammer for utgangsbegrensende tiltak. Folk er forskjellige og «normal døgnrytme» vil være ulikt fra person til person. I den grad en skal operere med en ramme, bør den utvides og så bør en heller i et vedtak om bruk av et slik tiltak begrunne tidsrammen for den enkelte.
4. Fysisk inngripende tiltak skal være sistevalg og når det gjelder gruppen med medfødte/tidlig ervervede funksjonshemninger er det nødvendig med særlige hensyn/individuell tilrettelegging. Det kan f.eks. være

tilstander knyttet til muskel- og skjelett som gjør at en må unngå ulike trykk/belastninger for ikke å påføre personer store smerter.

Forståelsesvansker kan forsterke traumatisering og vanskeliggjøre oppfølging i etterkant av tiltaket. Kognitive vansker gjør mennesker med psykisk utviklingshemming spesielt sårbare for utvikling av alvorlige og invalidiserende traumer etter fysisk håndtering. Det kreves høy kompetanse for å ivareta dette på en god måte.

5. Døralarmer og andre varslingsystem for pleie- og omsorgsformål er avgrenset til å hindre personen i å utøve skade på seg selv. Flere vi møter har vedtak om ulike varslingsystem, der formålet er å forebygge/hindre at personen går inn i andres hus/leiligheter og utøver skade mot andre personer eller andres eiendeler. Dette gir dem muligheten til å ha sitt privatliv og få være for seg selv når de ønsker det, men også en mulighet for tjenesteytere å fange opp når de forlater sitt bosted og om mulig forebygge slike hendelser gjennom f.eks. avledning. Dersom en må ha et kontinuerlig «vakthold» eller kommer for sent inn i situasjonen kan dette fremprovosere langt mer alvorligere situasjoner med bruk av tvang enn det som ville vært nødvendig i utgangspunktet.
6. En utfordring som fortsatt er til stede, men som faller utenfor utvalgets mandat, er arenaproblematikken, dette gjelder særlig de som har skoletilbud. Dagens «hybridløsning» er lite tilfredsstillende, der elever med store atferds utfordringer må ha med seg helse- og omsorgspersonell som skal gjennomføre tvangstiltak ved behov. Det er vel dokumentert, gjennom mange år, at det utøves uhjemlet tvang overfor barn og ungdom med utviklingshemming i skolen og et nytt lovverk gir mulighet for å øke rettssikkerheten på dette området.
7. Spesialisthelsetjenestens ansvar er beskrevet i lovforslaget, «i tiltak med pleie- og omsorgsformål overfor person med store formidlingsproblemer, har spesialisthelsetjenesten plikt til å bistå». Dagens praksis hjemlet i kapittel 9 pålegger kommunale tjenester en plikt til å henvise i saker hvor det vurderes bruk av tvang/makt, denneplikten har falt bort. Vi skal på ingen måte undervurdere den faglige

kompetansen til fagpersoner i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men spesialisthelsetjenestens bidrag er viktig for å sikre den faglige kvaliteten. Samtidig tverrfaglighet, helhetsspektiv og erfaring/kompetanse på sjeldne og komplekse lidelser er noen stikkord her.

Molde 15.11.2019

Brit Ingunn Hana Karl Arne Remvik

Medisinskfagleg rådgivar / overlege Klinikksjef

Klinikk for psykisk helse og rus Klinikk for psykisk helse og rus

Helse Møre og Romsdal Helse Møre og Romsdal

Tlf: 71217350 Tlf: 95777394

-

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på www.regjeringen.no.