

Tvangsbegrensningslovutvalget – høringsuttalelse fra Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)

Institutt for aktiv psykoterapi (IAP) er et utdanningsinstitutt for psykologer under spesialisering og videreutdanning. Vi utdanner årlig 200–250 psykologer. Vi er ikke direkte involvert i å tilby behandling eller psykologiske tjenester, men mange av våre kandidater arbeider innenfor psykisk helsevern, TSB og kommunale helse- og sosialtjenester, samt at mange av organisasjonens medlemmer og veiledere/undervisere gjør det samme.

IAPs verdigrunnlag er tuftet på et humanistisk menneskesyn, og vi vektlegger å lære våre kandidater å vekte frivillighet og det å fremme pasientens/brukerens ressurser i behandlingen. Herunder kommer også et aktivt og ressursfremmende samarbeid med familie, venner og øvrig kontekst pasienten/brukeren befinner seg i. I denne sammenheng er vi helt klart tilhengere av lovutvalgets ønske om å redusere bruk av tvang. I mange sammenhenger er bruk av tvang en fallitterklæring; det betyr at man ikke har kommet tidlig nok til eller har kunnet bruke tilstrekkelig med ressurser for å gi god hjelp på et tidlig nok tidspunkt til å forbygge bruk av tvang eller deeskalere en vanskelig situasjon. Slik dagens helsevesen fungerer, er det i mange sammenhenger en ressursknapphet som vanskeliggjør denne oppfølgingen. Samtidig ser vi at noen kommer flyttende inn i landet med betydelig «bagasje» i form av alvorlige psykiske lidelser og har ikke kunnet komme tidlig i behandling, mens andre blir akutt veldig syke.

Vi er i utgangspunktet tilhengere av å redusere bruk av tvang, men slik forslaget foreligger, og innenfor rammene i dagens helsevesen, har vi allikevel noen kritiske anmerkninger. Vi ønsker å vekte riktig bruk av tvang, når det er påkrevet, framfor å søke unngåelse av tvang for enhver pris. Når tvang er påkrevet, må det håndteres grundig, etisk og nennsomt. I det foreliggende forslaget erfarer vi at det i for liten grad drøftes bruk av tvang sett opp mot den byrden som kan pålegges pårørende, venner og samfunn. Det er i Storbritannia forsket og regnet på «The burden of care», og vi mener at også omkostningene for pårørende (både emosjonelt og økonomisk), samt et samfunnsøkonomisk perspektiv, bør inngå i drøftingene som ligger til grunn for forslaget.

Overordnet vil vi kommentere følgende forhold:

- NOU-ene danner ofte grunnlaget for dem som skal forholde seg til lovverket for å kunne forstå bakgrunnen for lovteksten og meningene med lovene. Denne NOU-en er imidlertid så kompleks, har et så stort omfang og er så uordnet at den ikke vil kunne fungere som støtte i anvendelsen av loven. Lovforslaget er komplekst og omfattende, og samme forhold behandles i forskjellige lovparagrafer, noe som gjør det vanskelig å orientere seg i dokumentet.
- Sammenslåingen av de fire lovene støttes. Vi er imidlertid svært kritiske til at barnevernsloven ikke er tatt med. Det er stadig saker der barn utsettes for tvang, grunnet i både psykisk helsevernloven og barnevernsloven. Vi kan ikke se at det er noen rimelig grunn til at barnevernsloven ikke innbefattes.

- Det synes som om forslaget, slik det foreligger, er spesielt vinklet på psykisk helsevern/psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og ikke tar tilstrekkelig høyde for at lovverket også skal omfatte andre tjenester.

Sterk innskrenkning av den sivilrettslige formen for tvunget psykisk helsevern kan føre til at de alvorligst syke ikke vil få den helsehjelpen de har behov for. Utvalget foreslår å videreføre strafferettslig tvungent psykisk helsevern, samtidig som den sivilrettslige formen for tvungent psykisk helsevern foreslås avvirket. Konsekvensen er at strafferettslig tvungent psykisk helsevern, som i sin tid ble innført som et supplement til sivilrettslig tvungent psykisk helsevern, kan risikere å bli stående igjen som eneste form for tvungent psykisk helsevern. De potensielle konsekvensene av redusert tvungen helsehjelp belyses i mindre grad.

Fjerningen av hovedkriteriet; alvorlig psykisk lidelse, og økt vektlegging av funksjon framfor diagnose, synes ikke bare heldig, selv om funksjon og evne til egenivaretagelse og innsikt er vesentlig i et behandlingsperspektiv. Lovforslaget kan synes å åpne for økt bruk av hjemlet tvang ved håndtering av selvmordskriser og ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I slike situasjoner kan det være forbigående tap av beslutningskompetanse og tilsynelatende sterkt behov for tvang for å avverge selvmordshandlinger. Dette kan være problematisk, og på sikt kan det gi negative konsekvenser for behandlingen. Ved enkelte symptomdiagnoser slik som tvangslidelser og ved personlighetsforstyrrelser kan tvangsbruk være spesielt uheldig og føre til økt symptomutvikling og behandlingsresistens. For å bremse en slik negativ utvikling vil det kreves høy kompetanse hos dem som er satt til å forvalte bruk av tvang. Når tvang i større grad enn i dag vil avhenge av den vedtaksansvarliges skjønn, slik det legges opp til i det foreliggende lovforslaget, vil det kunne medføre risiko for økt bruk av tvang, eller bruk av tvang som ikke er tilstrekkelig faglig begrunnet.

«Alvorlig sinnslidelse» fjernes og erstattes med «sterkt behov». Dette er diskutabelt i lovutkastet (jf. ss. 513–516, samt s. 729). Begrepet «alvorlig sinnslidelse» hever terskelen for tvang. Endret begrepsbruk kan medføre en betydelig utglidningsfare, og helsevesenet kan bli utsatt for press i retning av å ta imot mange ikke-psykotiske pasienter, særlig pasienter med personlighetsforstyrrelser. Det er urealistisk å forvente at framtidig praksis skal ligge nær opptil dagens praksis, om loven blir definert for vagt. Utvalget vil erstatte «alvorlig sinnslidelse» med et krav om 1) manglende beslutningskompetanse og 2) sterkt behov for hjelp fra psykisk helsevern. Disse to vilkårene skal gjelde både ved innleggelse og i behandlingssituasjonen. Det er på mange måter uheldig å fjerne «alvorlig sinnslidelse», fordi dette begrepet er dekkende for pasientenes psykiske helsetilstand, i motsetning til «sterkt behov for psykisk helsevern» som er en mer utydelig beskrivelse. Dog har vi også behov for å trekke inn at brukerorganisasjonene, herunder også brukerrepresentantene i IAP, framhever at begrepet «alvorlig sinnslidelse» for mange oppleves belastende. Det er samtidig enighet om betydningen av å ikke senke terskelen for bruk av tvang. Det å ta i bruk diagnosebenevnning (det bør da defineres hvilke diagnoser, også tentative, som kan ligge til grunn for en eventuell innleggelse), med tilhørende kortfattet beskrivelse av manglende beslutningskompetanse og funksjon, oppfattes som mer hensiktsmessig.

Begrepet «motstand» er grundig drøftet i NOU-en, men det vil kreve et omfattende arbeid både å gjøre det operasjonaliserbart og å utarbeide definisjoner og avgrensninger for å unngå uønsket variasjon. Innføring av disse begrepene vil ikke i seg selv endre eller forbedre tvangsbruk – verken når det kommer til hyppighet eller innhold. Det vil kreve et stort arbeid å finne hensiktsmessig definisjon og konkrete løsninger i enkeltsaker.

Utvalget foreslår å bruke «psykiske helseproblemer» som et begrep, heller enn «sinnslidelse» eller «psykisk lidelse». Dette kan virke som en nedtoning og alminneliggjøring av alvorlig psykisk sykdom. Det skal selvsagt ikke brukes tvang overfor dem som har et begrenset psykisk helseproblem uten forstyrret opplevelse av virkeligheten. Ordbruken bør følgelig vurderes nøye for å sikre rett hjelp til de alvorligst syke. Forslaget bruker betegnelsen psykiske problemer og rusproblemer, framfor psykisk lidelse. Pasienter som blir tvangsinnlagt har ikke bare problemer, men er som regel svært syke.

Begrepene beslutningskompetanse og rett til å reservere seg, er uklart definert. Beslutningskompetanse synes på mange måter som et bedre begrep enn samtykkekompetanse, men det må defineres bedre.

I NOU-en er det presisert at psykisk helsevern fortsatt skal ha en «siste skanse-funksjon». Samtidig går utvalget inn for å fjerne muligheten for bruk av fastholding ved bruk av belter, men ikke overfor pasienter med spiseforstyrrelser, somatiske pasienter og heller ikke overfor demente eller utviklingshemmede. Det argumenteres med at beltelegging er særdeles krenkende og må forbys ved behandling av psykiske lidelser, men det argumenteres samtidig for at det bør kunne opprettholdes som omsorgstiltak til «personer med omfattende orienteringssvikt, samt personer som har en alvorlig selvskadende atferd som ikke kan kontrolleres på annen måte». Dette virker selvmotsigende. Erfaringer fra andre land, som ikke bruker belter, har økt forekomst av isolasjon, fysisk nedleggelse og tvangsmedisinering. Dette bør drøftes nærmere før det foretas en beslutning.

Reservasjonsretten, som foreslås når det gjelder fremtidig tvangsbruk ved psykose, er erfaringsbasert, i form av at pasienten må ha vært psykotisk, men ti års reservasjonsrett er klart for lenge. Det vil i forkant av reservasjonsretten være viktig med en god dialog med pasientene om farekriteriet, og om risikoen for å bli utnyttet av andre.

Av lovforslaget framgår det også at det skal være mulig å bruke «utgangshindrende tiltak», altså tvangstiltak på andre steder enn helseinstitusjoner. Hvem som skal være ansvarlig for slike tiltak, er ikke klart definert.

Kontrollkommisjonene har bestått av fire personer, men skal nå reduseres til tre; lege, jurist og brukerrepresentant. Kan denne asymmetrien være betenkelig?

Når det gjelder lovforslaget om tvungen ernæring ved spiseforstyrrelser, legges andre kriterier til grunn enn det gjøres i veilederen for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, samt pakkeforløp for spiseforstyrrelser. Offentlige lover, veiledere og pakkeforløp må være konsistente i begrepsbruk og kriterier om det skal kunne gi mening i et behandlingsperspektiv.

Oslo 15.12.2019

På vegne av styret i IAP, nesteleder Lene Chr Holum

www.iapnett.no