

Høringsuttalelse til NOU 2019 : 14 Tvangsbegrensingsloven

1. Innledning

Vi skriver i egenskap av å være ledere/ nestledere ved kontrollkomisjonene for hhv. Oslo Universitetssykehus, OUS I,II,III,IV,V – KK 1 Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet

Våre merknader omhandler hovedsakelig psykisk helsevern. Vi har hatt utfordringer med både sykdom og kapasitetsproblemer i innspurten, men velger likevel å sende det inn, selv om ikke alt er like gjennomarbeidet.

Vi har tidligere uttalt oss til spørsmål om organisering og har gitt enkelte generelle merknader i referat fra ledersesjonen på årets kontrollkomisjonskonferanse. Referatet er allerede sendt inn til Helsedirektoratet, men følger vedlagt, som en del av vår høringsuttalelse.

2. Ad. felles lov

Innledningsvis vil vi stille spørsmål ved om det er tilstrekkelig gjennomtenkt å legge opp til en felles lov slik det er foreslått av utvalget. Vi savner en tilstrekkelig god begrunnelse for behovet, og for hva man vinner med en felles lov og hva man taper.

Vår oppfatning er at det ikke virker hensiktsmessig at så ulike grupper med ulike utfordringer møtes på samme måte.

Loven bærer preg av at man skal ivareta reglene i lov om psykisk helsevern - samtidig som man bytter ut kjente begreper som er innarbeidet i helsetjenesten og rettspraksis – resultatet er at det blitt en omfattende og svært vanskelig tilgjengelig lov (155 paragrafer med et stort antall forskriftshjemler) og en svært lite egnet lovteknikk.

Om forholdet til rus/psykisk helsevern – blir det lettere å behandle personer med rusproblematikk enn i dag med felles lov? Betyr det at det er for liten adgang til tvang i rus omsorgen?

Ytterligere, innebærer en felles lov at det blir mindre behov for tvang f.eks. i eldreomsorgen? Er det jussen som er hovedproblemet i forholdt til hvorledes helsetjenesten møter personer i sårbare situasjoner? Kan jussen løse alle de utfordringene man står overfor i forhold til å se hele menneske, menneskers ensomhetsfølelse, manglende nettverk, storbyutfordringer, samarbeid på tvers av sektorer og behandlingsnivå i en lov, som angir som hovedformål å begrense tvang?

Vi mener lovutkastet gaper over for mye og er blitt et mer ideologisk enn et praktisk verktøy for å ivareta pasienter som er så dårlige at de ikke selv klarer å ta vare på seg selv.

3. Ad lovgivningsteknikk

Som allerede nevnt mener vi loven er svært vanskelig tilgjengelig og er heller ikke konsekvent i begrepsbruken. Dette er særlig bekymringsfullt når loven i all hovedsak skal brukes av helsepersonell, uten juridisk bakgrunn og avgjørelsene som skal tas har stor betydning for de det gjelder. Dette stiller store krav til brukervennlighet og klarhet. Loven bør være logisk oppbygget og med et språk som er lett tilgjengelig. Vi kan ikke se at dette er tilfellet. Vi vil bemerke at mange av de mest inngripende tiltak som tas i bruk med hjemmel i loven ofte fattes i pressede situasjoner, hvor helsepersonell er i tidsnød og må handle raskt.

Det er gjennomgående ikke mulig å lese eller forstå en bestemmelse i lovutkastet uten å måtte lese en eller flere andre bestemmelser eller lover. For eksempel er lovens definisjon av pasient: «i utkastets § 1-4 nr.: «person: pasient eller bruker, slik disse begrepene er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a- og f.» Eller som i utkastets § 6-10 - Behandling av psykiske lidelser med legemidler – hvor det er angitt at for personer som motsetter seg (behandlingen), gjelder vilkårene i § 6-5 med følgende særbestemmelser (i alt 7 ulike punkter) mens § 6-5 har 9 punkter – og da må man altså gå gjennom samtlige 16 punkter og tolke hvilke som gjelder i de ulike situasjonene. Alle lovens inngrepshjemler er tilsvarende bygget opp med mange krysshenvisninger som gjør det svært vanskelig å holde rede på hva som egentlig gjelder.

Dette gjør det ikke bare vanskelig tilgjengelig, men innebærer stor risiko for misforståelser og feiltolkninger. Lovens vanskelige oppbygging gir stort rom for misforståelser, feiltolkninger m.m., som i verste fall kan medføre dårligere rettsikkerhet for pasientene.

4. Ad forslag om å fjerne bruk av det rettslige begrepet «alvorlig sinnslidelse» og forholdet til legalitetsprinsippet

Det er allmenn enighet om at lovgivning på legalitetsprinsippets område (ved inngrep mot en persons integritet / autonomi) krever klare kriterier i loven som er forståelig for både for den som blir utsatt for det, de som har myndighet til å anvende tvangen og kontrollorganet.

Forholdet til CPRD (FNs konvensjon for ivaretagelse av personer med nedsatt funksjonsevne) er angitt som en viktig begrunnelse for å erstatte begrepet alvorlig sinnslidelse. Vi mener imidlertid begrepet er en rettslig standard – hvor alvorlig funksjonsfall / psykose er kjernebegrepet (ikke diagnosenært) – og er godt innarbeidet både i helsetjenesten og rettspraksis og bør beholdes som hovedvilkår for tvang i det psykiske helsevern sammen med manglende beslutningskompetanse.

Vi mener inngangskriteriet i utkastets § 5-4 nr. 2 at personen har et sterkt behandlingsbehov for a) psykiske helseproblemer - er for vagt i forhold til krav om klar lovhjemmel på legalitetsprinsippets område. På den andre siden fremgår det av § 5-5 – ved fare for andres liv og helse – brukes begrepet «alvorlig sinnslidelse». Vi stiller spørsmål ved om det er mindre i strid med CRPD å bruke begrepet alvorlig sinnslidelse når pasienten er farlig på grunn av psykose? På den andre siden underbygger utkastets forslag om å beholde «alvorlig sinnslidelse» i § 5-5 , etter vår mening, betydningen av klare kriterier når personer skal innleggelse på tvang uavhengig av om de vurderes som farlige på grunn av sykdom eller ikke farlige av samme grunn.

5. Ad fjerning av begrepet tvungent psykisk helsevern mm

Vi har også store problemer med å forstå det nærmere innholdet i utkastet § 6-18 som gjelder behandling utenfor sykehus. Vi har forstått det slik at begrepet tvungent psykisk helsevern er forlatt samtidig som loven åpner for tvangsbehandling (pålegg om oppmøte) og tvangsbehandling med legemidler. Vi stiller spørsmål ved om dette sikrer tilfredsstillende ettervern og er redd for at det vil innebære at alvorlig syke blir gående uten oppfølging i lang tid, og at situasjonen da ofte vil kreve innleggelse med tvang.

Forslaget innebærer også at det kun er adgang til tvangsinnleggelse ved alvorlig skadeavverging/fare for liv eller alvorlig helseskade.

Vi er uenig i at **behandlingsvilkårets positive side** (vesentlig bedring) er utelatt. Vi mener også dette står i motstrid til utkastets forslag til hovedvilkår - sterkt behandlingsbehov.

6. Ad enkelte forslag

Vi er i utgangspunktet positive til et snevert tvangsbegrep jf. § 1-3. Det gir større mulighet for mellom løsninger på frivillig grunnlag, men også denne bestemmelsen er vanskelig tilgjengelig.

Forslaget kunne imidlertid enkelt ha blitt endret i dagens lov.

7. Ad utkastets regulering av bruk av tvangstiltak (tiltak i nødsituasjoner kap. 4 og kap. 6 individuelle behandling og omsorgstiltak)

Reglene er tilsvarende svært vanskelig tilgjengelig

For eksempel skjerming er omhandlet i minimum 7 ulike bestemmelser + krav til vedtak og dokumentasjon i 9-15 flg.

4-1 – nødrett – fare for *eget liv eller vesentlig skade* på egen helse eller egne eiendeler –

4-2 – av hensyn til andre (nødverge)

4-3 nr. 2 (oppramsing av særlig inngripende tiltak herunder skjerming)

4-5 – særlig grenser for bruk av skjerming

6-11 – varighet inntil 2 uker

6-19 – kortvarig skjerming

7-5 skjerming av hensyn til medpasienter

9-15 flg.

Det er uklart når det er adgang til forlengelse – gjelder dette alle tiltak i kap. 6 – (§ 9-10)? og hva er vilkåret for forlengelse.

Vi mener at utkastet er for uklar i forhold til hvem som har det faglige beslutningsansvar (utkastets §§ 9-1 og 9-2).

8. Ad adgang til tvangsbehandling med legemidler

Utkastets § 6-10 inneholder et skjerpet krav – men åpner for vedtak på frivillig innlagte – ved akutt fare for liv eller vesentlig skade på egen helse. Det er ikke avklart om sistnevnte innebærer at det er adgang til depot som varer i lang tid på akutt fare situasjon?

Når det gjelder forslaget om adgang til ECT § 6-13 har vi merket oss at det ikke gis adgang til forlengelse, (hvis ikke pasienten samtykker). I praksis er det ofte faglig anbefalt en serie med ECT behandlinger og det stilles spørsmål ved om bestemmelsen i så fall gir adgang til å fullføre den behandling som er faglig anbefalt.

Når det gjelder avvikling av bruk av belter er vi enige i intensjonen, men er bekymret for om dette i enkelte tilfeller kan innebære en mer omfattende bruk av f.eks. kortidsvirkende legemidler som tvangstiltak, eller isolasjon og nedlegging, samt en vurdering av hvorvidt dette i enkelt tilfeller kan være mere inngripende.

Vi har for øvrig hatt tilgang til høringsuttalelsen fra Klinisk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og vi kan i all hovedsak slutte oss til deres vurderinger vedrørende dette, hvor flg. hitsettes:

«Utvalget foreslår at bruk av mekaniske tvangsmidler skal opphøre innen tre år. Vi er uenige i dette:

I NOU-en er det presisert flere ganger at psykisk helsevern skal fortsette å 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 (se s. 559). 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.

Det skal fortsatt være mulig å bruke mekaniske tvangsmidler innenfor sikkerhetspsykiatri. De fleste pasienter i en sikkerhetspsykiatrisk døgnavdeling vil ha hatt flere behandlingsrunder i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Særlig vil de ha vært i kontakt med akuttpsykiatriske døgnavdelinger. De færreste sikkerhetsavdelinger, inkludert de regionale sikkerhetsavdelinger, tar pasienter inn akutt på kvelder, netter og i helger.

Vi ser flere mulige negative effekter for pasientbehandlingen av et slikt forbud:

- Behandlingsinstitusjonene kan i større grad benytte vektene og politi i døgninstitusjoner for å håndtere situasjoner hvor en pasient på grunn av psykisk lidelse utagerer på en slik måte at det er betydelig fare for skader på medpasienter og personale.*
- Enhver pasient som bringes inn av politiet og vurderes å ha behov for innleggelse, og som ved pågripelsen har en slik atferd at det er behov for håndjern og begrenset fysisk bevegelsesfrihet for å ivareta sikkerhet, vil måtte legges inn direkte i sikkerhetsavdeling med det nye forslaget.*
- Dersom det ikke blir tillatt bruk av mekaniske tvangsmidler i akuttavdelinger, hvor pasientene har det mest uforutsigbare og ukjente symptombildet, kan dette bane vei for bruk av uhjemlede tiltak for å ivareta tryggheten hos medpasienter og personale i tilfeller hvor man ved innleggelsen har undervurdert behovet for sikkerhet.*
- Erfaringene i psykisk helsevern er at det har vært en betydelig økning i vold og trusler de siste årene. Årsaken kan være nedbygging av langtids døgnplasser, inkludert plasser med forhøyet sikkerhetsnivå, samt mer rusmiddelbruk og voldsbruk i samfunnet. Mye av den mest alvorlige volden er knyttet til psykotiske symptomer. Enkelte pasienter er fysisk sterke og er vanskelig for personalet å holde fast i utageringssituasjoner. Deres voldsrisiko er i perioder så høy at det er uforsvarlig for personalet å holde dem fast.»*

9. Andre bestemmelser

Vi er positive til en mulig adgang til å reservere seg mot behandling i § 6-14, men det er flere utfordringer med bestemmelsen slik den nå er foreslått. Blant annet kan mye endre seg på 10 år, som er den angitte varigheten av en forhåndsreservasjon. Det er også noe uklart med hensyn til når forhåndsreservasjonen ikke gjelder – blant annet ikke når vedkommende ikke yter motstand (men heller ikke har beslutningskompetanse).

Vi er positive til adgang til å gi forhåndssamtykke § 6-23, men hva hvis pasienten fortsatt er svært syk etter utgangen av perioden vil det da være adgang til konvertering etter 5-9 ?

Til slutt vises det til vårt vedlegg med referat fra ledersesjonen for vår gruppe under årets kontrollkommisjonskonferanse. Her fremkommer blant annet at vi er positive til en sentral administrasjon av kontrollorganet. Dette kan ivaretas og bør iverksettes så snart som mulig uavhengig av lovutkastets skjebne, men vi har alvorlig innvendinger til hvorledes tilsynet er tenkt lagt opp.

10. Konklusjon

Vår konklusjon etter dette er at lovutkastet ikke bør gjennomføres, men at svakhetene ved dagens ordning bør endres ved særskilte lovendringer og endringer i forhold til organisasjon.

Oslo, 16. desember 2019



Helene Braanen (etter fullmakt)

leder for KK I Lovisenberg Diakonale sykehus

Referat fra ledersesjonen – på Kontrollkommisjonskonferansen 2019

(Kontrollkommisjonene for OUS I, II, III, IV, V, LDS I og Diakonhjemmet)
(referat: Helene Braanen / Petter Johnsen)

1. Selve lovforslaget fremstår som svært vanskelig tilgjengelig, også for oss som jurister. Jeg tør ikke tenke på hvilke problemer leger og psykologer vil få. Min erfaring er at mange av dem selv med dagens lov sliter med å forstå loven. Også Regjeringsadvokaten nevnte på årsmøtet at loven var vanskelig tilgjengelig, og det sier jo ganske mye. Jeg stiller et stort spørsmålstegn ved hensiktsmessigheten med å samle disse 4 lovene til en lov, men det er nok en tapt sak dessverre. Lovutkastet bærer jo klart preg av det mandat ("diktat") utvalget fikk
2. Østenstads sterke tro på fylkesmennenes kapasitet, fremstår som grunnløs. Så vidt jeg har oppfattet, er det ikke foretatt noen konsekvensanalyse av hva de oppgavene loven pålegger fylkesmennene vil kreve av ressurser. Uansett fremstår lovforslaget på dette punkt som praktisk ugjennomførbart, og ikke minst representerer det en svekket kontroll av de ulike institusjoners virksomhet i forhold til hvordan det er i dag.
3. det er vanskelig å se hva innholdet i det stedlige tilsynet skal være når dokumentkontrollen og kontroll med husorden reglene skal føres av fylkesmannen. Ved dette mister nemnden verdifull informasjon og det er vanskelig å se hvorledes fylkesmannen skal kunne klare å føre løpende kontroll og gi fortløpende merknader til de enkelte innleggelsene i sann tid. Man mister også verdifull drøftelser mellom flere som nå i kommisjonen. Her ligger det stor fare for **ansvarspulverisering** mellom fylkesmann og nemnden.
4. det er vanskelig å se hvorledes nemnden skal klare å være stedlig når den skal behandle saker på alle 4 områder. Det ble også vist til at for eksempel ved Ullevål – er det ca 70 – 100 vedtak som gjennomgås hver 14 dag . Det er tilsvarende tall på LDS. Har man tenkt hvorvidt det lar seg gjøre for fylkesmannen å få så mange nye oppgaver i fanget – her foreligger det en klar risiko for en svært summarisk gjennomgang og mulighet for å hindre uhjemlet eller tvilsom bruk av tvang. Det er også vanskelig å stille de riktige spørsmål i samtale med pasienten når du ikke har noen informasjon.
5. det ble stilt spm. om nemnden skulle behandle vedtak etter någj. hol 10-2 og 10-3. Nå sendes begjæring til fylkesnemnden og det er fylkesnemnden som fatter disse vedtakene i første instans (jeg har ikke sjekket i NOUen, men fremgår ikke av boks 28.3 over tvangsnemndens oppgaver)
6. det var enighet om at tvangsbegrensningsnemnden var et lite egnet og misvisende navn – det bør fremgå av navnet at det faktisk er et vedtaksorgan med hjemmel til å fatte tvang (riktig tvang)og et kontrollorgan.
7. gruppen var positive til et sentralorgan – med felles saksbehandlingssystem - felles brevark – felles arkiv og systematisering av vedtak(presedens arkiv) tilsvarende fylkesnemnda – kanskje mer realistisk å lage en egen avdeling inn under fylkesnemnda. Der det virkelig er grunn til å gjøre noe, er på organiseringen og ansvaret rundt kontrollkomisjonenes virksomhet. Mye, for ikke å si alt, kunne vært ivaretatt hvis ansvarlig etat hadde vært seg sitt ansvar bevisst. Fylkesmennenes ansvar er delegert dem fra deptet. via direktoratet. Ingen av disse instanser har vist evne eller vilje til å ta et overordnet ansvar for kontrollkomisjonenes virksomhet. Leder møtene som nå holdes årlig har (bevisst?) ikke fokus på sentrale administrative og faglige spørsmål for kontrollkomisjonenes virksomhet, men er dog et lite skritt på veien.
8. vi stiller spørsmål ved hva som er galt ved å være et domstolslignende organ – når det faktisk er det nemnden er og bør være for å sikre rettsikkerhet.