

**Fagavdelingen**Saksbehandler:
Bjørn Magne EggenTelefon saksbehandler:
(+47) 913 79 870Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 OSLO**Deres ref** 19/2594**Vår ref** 2019/1750**Dato** 19.12.2019

Høringsuttalelse vedr forslaget til Tvangsbegrensningslov

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har som kjent gjennom flere år arbeidet målrettet for å redusere bruken av tvang, og da spesielt bruken av mekaniske tvangsmidler (beltelegging). Vår erfaring er at dette ikke bare er mulig, men at det også kan være gunstig og hensiktsmessig for samarbeidet med og behandlingen av pasientene. På denne bakgrunnen mener vi å ha et særlig grunnlag for vurdering av de forslagene som foreligger i utredningen. Våre erfaringer bekrefter realismen i utvalgets hovedtilnærming.

Som ledd i utarbeidelsen av vårt hørings svar har vi hatt en intern arbeidsgruppe; innspillene derfra er blitt diskutert i sykehusets sentrale ledergruppe, og det har også vært forelagt vårt styre.

Generelle kommentarer

Vi kan konstatere at utvalget har hatt en krevende ambisjon, og at utvalget med sekretariat har gjennomført et imponerende arbeid for å vise hvorledes denne ambisjonen – å samle lovreguleringen av tvangsbruk innen helse- og omsorgstjenestene i én felles lov – kan realiseres. Resultatet er blitt en svært omfangsrik NOU, og utvalget har gjennom dette langt på vei lyktes med ambisjonen. Samtidig bidrar omfanget av utredningen til å gjøre denne vanskelig tilgjengelig. Vi mener det vil være viktig med en grundig gjennomgang av den overordnede strukturen i loven før en lovproposisjon sendes Stortinget. Det må også beregnes betydelig tidsbruk for utarbeidelse og kvalitetssikring av en omfattende pakke av opplæringsmateriell, rettet mot alle som skal forholde seg til loven.

Lovutkastet berører og omfatter de fleste områdene av helsetjenesten. Noen områder (som smittevern) er ikke inkludert i forslaget. Vi vurderer at disse områdene nok krever en særskilt tilnærming, ettersom det er meget spesielle situasjoner og forhold som reguleres, og hvor også forholdet til internasjonale regler (WHO, EU), forordninger og tilpasninger står og må stå sentralt. For eksempel er det for smittevern så mange særskilte hensyn som må ivaretas, at dette området bør fortsatt særreguleres.

Samtidig konstaterer vi at noe av den målrettede presisjon som vi i dag har i Lov om psykisk helsevern, vil forsvinne med en mer generell og allmenn lov (jf. nedenfor).

Etter hva vi kan se, har ikke utvalget presisert at det allmenne forsvarlighetskravet uansett gjelder som overordnet prinsipp, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Dette er helt sentralt både for det faglige ansvaret som hver enkelt behandler har, og for tydeliggjøring av hva dette betyr i vurdering av ulike alternative tilnærminger og behandlingsmuligheter – i tillegg til at forsvarlighet også er ledelsesmessig forpliktende.

Om målsetning – og muligheter?

Målsetningen overordnet, politisk og også ideologisk, er å begrense bruken av tvang og samtidig gjøre tvangsbruk mer oversiktlig. Dette har ført til en svært omfattende lovtekst – som til dels fremstår som lite oversiktlig. Det er behov for tydelige endringer i struktur for å gjøre loven enklere tilgjengelig i den kliniske hverdagen. Lovforslaget inneholder en rekke kryss-henvisninger (hvilket det neppe er mulig, eller hensiktsmessig, å unngå totalt), men loven blir samtidig mer vanskelig tilgjengelig for ikke-jurister. Det er også flere områder hvor vi finner at lovforslaget med forarbeider er inkonsistent (jf. våre kommentarer til lovregulering av tvang ved ECT).

Det er flere av de lovendringene som foreslås, hvor vi ikke kan se at det er oppgitt noe kunnskapsmessig grunnlag for disse endringene – mangler det referanser til dette, eller er de forslåtte endringene ideologisk baserte (som utfasing av mekaniske tvangsmidler/beltelegging)?

Med et lovforslag som er så omfattende, komplekst og omfangsrikt tillater vi oss å spørre om forslagene, tiltakene og tilnærmingen er konsekvens- og risikovurdert? Samlet sett opplever vi at omfanget og størrelsen av forslaget gjør utredningen vanskelig tilgjengelig og dermed krevende å se rekkevidden av. Hvordan vil dette endre vår kliniske praksis og samarbeidet omkring enkeltpasienter og på systemnivå mellom enheter og mellom nivåer? vil dette føre til endret risikobilde (spesielt i enheter med tvangsinnlagte pasienter)? og hva vil konsekvensene i så fall være av dette – også bemanningsmessig, driftsøkonomisk, og for å sikre at alle krav til formalia er ivaretatt? Det er vanskelig å se hva som blir konsekvensene for den daglige driften, men også for kort- og langsiktig oppfølging av pasientene.

Når loven er så omfattende som i dette forslaget, og den skal regulere svært ulike tjenester på flere forvaltningsnivåer, vil ytterligere lovregulering (forskrifter), rundskriv og veiledere bli nødvendig. Det er i lovforslaget lagt inn forskriftshjemler i ca. 40 lovbestemmelser (paragrafer). Selv om dette neppe vil føre til 40 forskrifter, er det tvingende nødvendig at storparten av forskriftene er på plass (med samtidig ikrafttredelse som loven) og at det også foreligger oppdatert veilednings- og opplæringsmaterieell når loven trer i kraft.

Generelt sett, slik det er omtalt i NOU 2019:14, fremstår psykisk helsevern nærmest som noe negativt, som mer invaderende enn annen helsehjelp, som en siste skanse-funksjon – og ikke en del av den alminnelige (spesialist-) helsetjenesten. Vi tillater oss

å påstå at lovforslag i for liten grad bygger på de erfaringene som vi har fra de enhetene som over tid har bygd ned tvangsbruk.

Våre erfaringer viser at det klart er mulig å begrense bruken av tvang – men også at vi fortsatt må ha mulighet for noe tvangsbruk. Vi er derfor usikre på om forslaget til tittel egentlig er tilstrekkelig presist; vi tillater oss i stedet å forslag at man ikke benytter som tittel «Tvangsbegrensingsloven», men «Tvangs**regulerings**loven».

Ikke lenger fagområde- eller spesialitetsspesifikk lov

Vi ser at siktemålet med en lov som omfatter hele helsetjenesten og ikke bare psykisk helsevern (i spesialisthelsetjenesten) og dermed erstatter særlovgivningen, kan gi faglig trygghet også ved å bidra til mer helhetlig og felles tilnærming fra de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene – men det kan også føre til større grad av utrygghet ved at virkemidler som i dag er tilgjengelige, forsvinner/avvikles.

Lovforslaget oppfattes til dels som innskrenkning i våre terapeutiske tilnærminger – som resultat av at det er færre ting vi kan gjøre / tør gjøre ut fra denne loven – og det er til dels meget tydelig regulering og begrensning av aktuelle behandlinger (f. eks. hvilke medikamenter som kan benyttes), slik at det fremstår som absolutte behandlingsdiktat (jf. vår omtale nedenfor om medikasjon).

For enheter som i dag ivaretar akutte døgnfunksjoner i PHV, vil det bli en rekke og til dels betydelige endringer i lovreguleringene av tjenesten, men kanskje uten at dette vil føre til vesentlige endringer i den praktiske hverdagen. Når lovbestemmelser blir mer generelle, må de nødvendigvis bli mindre direkte og spesifikt rettet inn mot dem som er tvangsinnlagt i spesialisthelsetjenesten, dvs. de pasientene som trolig har det høyeste symptomtrykket, er sykest, og med alvorlig psykose / forvirring.

Dermed blir en rekke av dagens lov-begreper, som i dag oppleves å være spesifikke og dekkende, erstattet av mer generelle og allmenne formuleringer – som samtidig blir mindre presise og målrettede, og trolig mindre egnede i den kliniske hverdagen. Hvorvidt og hvordan dette ev. vil endre klinisk praksis, og enda viktigere, mulighetene for å sikre trygghet for pasientene, vet vi ikke. Dette er trolig et av de områdene hvor opplæringstiltak kan være avgjørende for å trygge overgangen til nytt lovverk.

Frivillighet først – forebygging skal styrkes

Dette er et prinsipp som vi støtter, men vi presiserer samtidig at dette fordrer økte ressurser til spesielt kommunene og poliklinikker/ambulant virksomhet/FACT – uten at ressursene tas fra døgnavdelingene. Antall døgnplasser er allerede redusert gjennom flere år – og stadig færre pasienter er frivillig innlagt (de som tidligere var frivillig innlagt har nå i stedet oppfølging poliklinisk og ambulant). Vi trenger derfor de få døgnplassene og den bemanningen som p.t. er i våre sykehus. Det er utfordrende å sikre tilstrekkelig spesialistdekning, det er slitasje i flere ledd – noe som etter hva vi vet gjelder det flere av sykehusene i Norge.

Vi erfarer at pasientene er sykere nå enn hva de tidligere var ved innleggelse, at det i større grad (for en større andel av pasientene, og hyppigere) er behov for tvangsbruk, at det er kortere liggetider, og at det kan være vanskelig for mottaksinstansene utenom døgnavdelingene å ta imot pasienter som fortsatt ganske syke, selv om de er vurdert som utskrivningsklare. Dette fordrer økte helsefaglige ressurser med relevant kompetanse, i tillegg til nødvendig opplæring og til dels kulturendring, kanskje særlig i kommunehelsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten. For få slike ressurser vil medføre feil bruk av tvang, både for lite bruk og for mye bruk av tvang (og bruk av feil tvangsmiddel).

I tillegg til dette kommer at det er til dels svært store forskjeller fra bydel til bydel innen Oslo. Ut fra ulikheter i størrelse og geografi er det grunn til å tro at forskjellene er større mellom kommunene enn det er innen Oslo.

Samhandling

Som overordnet og allment prinsipp følger lovkravene til og reglene for samhandling av de generelle beskrivelsene (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1). Dette er ikke kommentert av utvalget, samtidig som det nå foreslås en spesifikk samhandlingsplikt for rusbehandling (TSB og kommunene). Vi kan ikke se hvorfor utvalget foreslår en spesifikk, pålagt samhandling med kommunene hva gjelder TSB, men ikke for psykisk helsevern. Vi mener de generelle prinsippene og reguleringene omkring samarbeid og samhandling bør være tilstrekkelige – og så bør man ev. i forarbeidene presisere at de allmenne samhandlingskravene (jf. ovenfor) også gjelder TSB. Det bør samtidig tydeliggjøres at dette kravet om samhandling gjelder også for alle rus-døgninstitusjoner (også dem som ev. er utenom RHF-rammene).

Medikasjon – behandling med legemidler

Lovforslaget (§ 6-10) representerer en innsnevring og svekkelse av de mulighetene for raskt å gi pasientene effektiv og individuelt tilpasset medikamentell behandling for sin psykiske lidelse; tiden for medikamentfri observasjon med samtidige ikke-medikamentelle tiltak vil bli økt. I deler av fagmiljøene vekker dette uro og bekymring for at pasientenes situasjon og prognose vil kunne bli svekket i denne tiden – og særlig ettersom vi allerede i dag ser at kan ta ytterligere lang tid før igangsetting av medikasjon før alle formalia og avklaringer med Fylkesmannen, i dialog med pasientens advokat, er på plass.

I tillegg kommer at lovteksten også på dette området tidvis er vanskelig å lese og forstå for en ikke-jurist.

To av punktene i § 6-10 mener vi er overflødige her og bør sløyfes her (i § 6-10). Punkt 2 er et generelt krav til virksomheten og ikke spesifikt knyttet til medikasjon; det hører dermed hjemme i Kap. 2.

Punkt 3 leser vi som en omformulering av den generelle forutsetningen for å fatte vedtak om tvungent helsevern.

Punkt 4 med formuleringen "*meget nær fremtid*" må gjøres tydeligere; er det snakk om få dager eller få uker (jf. omtalen av ECT)

Kravet om vedtaksprosess og dokumentasjon (jf. punkt 7) er svært ressurskrevende. Dette fremstår som et krav om juridisk dokumentasjon med begrenset klinisk verdi – og det vil måtte gå utover mulighetene for klinisk arbeid, inklusive samtaler med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Intensjonen bak, å ivareta pasientens rettssikkerhet, forstår vi – men tilnærmingen er svært omfattende og dermed tidkrevende. Vi tillater oss derfor å foreslå at miljøer med særlig erfaring og kompetanse trekkes inn i utformingen av denne bestemmelsen og av aktuelle forskriftstekst.

Det er til dels meget detaljerte reguleringer i lovforslaget. Riktignok er dette området forholdsvis detalj-regulert allerede i dag, men slik utredningen fremstår, vil det bli mer uoversiktlig. Vi vil advare mot å lovregulere medikasjon så spesifikt; dette kan komme til å undergrave forsvarlighetskravet som den enkelte institusjon og behandler har. Med spesifikk lovregulering vil også kommende endringer måtte fremmes for lovbehandling i Stortinget – noe som er lite hensiktsmessig.

At man ved starten av medikasjon i vesentlig grad skal se hen til allmenne, faglige vurderinger og anbefalinger, bør være selvsagt – og det er i tråd med det allmenne kravet om forsvarlig virksomhet. Det bør ikke være nødvendig med spesifikk lovregulering av dette. Ved førstegangpsykose kan man *ikke* lene seg på erfaring fra tidligere medisinerer – man må basere seg på behandlingserfaring på gruppenivå. Dette må tydeliggjøres; dette ble et betydelig problem da det kom ny forskrift i 2017. At man i det senere forløpet, overfor den enkelte pasienten, skal legge stor vekt på de konkrete erfaringene og preferansene som denne pasienten har hva gjelder de ulike medikamentene, følger også av det allmenne kravet til forsvarlighet – og dette bør ikke trenge noen spesifikk regulering.

Dersom medikasjonsområdet skal gis særskilt regulering i loven, må det også tas høyde for *persontilpasset medisin*. Dette vil vi komme til se på stadig nye områder, og det vil bli uforsvarlig ikke å ta hensyn til dette. Det ene er hvilke erfaringer og preferanser den enkelte pasienten har med de ulike medikamentene, det andre er nye metoder for å identifisere hvilken effekt ulike medikamenter og i hvilke doser vil ha på den enkelte pasient (f. eks. gjennom bruk av spesifikke gentester, i stedet for å prøve seg frem).

E C T – elektrokonvulsiv behandling

For noen pasienter vil ECT kunne være direkte livreddende – og enkelte av disse pasientene er ikke i stand til selv å vurdere egen helsetilstand eller konsekvensene av at behandling ikke iverksettes (pasienten mangler samtykke-kompetanse). Vi er ikke kjent med noen utvikling av alternativer til ECT for utvalgte pasienter, og dette må fortsatt være tilgjengelig.

Hvorfor ECT er så strengt regulert i dag og foreslått enda strammere regulert, er ikke vanskelig å forstå, historien og mediedekningen tatt i betraktning, men det er sterk faglig evidens gjennom de siste tiårene for at ECT er det beste vi har mot de mest alvorlige depresjonene, særlig hos pasienter i høy alder og med psykotiske symptomer.

Dette området er inkonsekvent omtalt i utredningen (generell omtale vs. lovtekst). Det står i den generelle omtalen («forarbeidene») at det ikke skal være mulig å gi ECT mot pasientens vilje, selv ikke på nødrett når pasientens liv er i fare. Dette er i tydelig motstrid til omtalen i § 6-13 (pkt. 2 og 3) (jf. også henvisingen til § 6-5). I følge § 6-13 kan ECT gis i særlige situasjoner hvor pasientens liv er i umiddelbar fare (i løpet av få uker). Vi støtter tilnærmingen i forslaget til lovbestemmelse.

Den naturlige konsekvens av et ev. totalforbud mot ECT under tvang, er at noen menneskeliv vil gå tapt (hvis ikke ville man i utgangspunktet ikke gitt ECT mot noens vilje). Det er paradoksalt at et slikt forbud ikke gjelder for medikamenter, selv om forskning har vist at dette kan være mer helseskadelig for eldre, deprimerte mennesker.

Det er ønskelig at eksperter på ECT og som i den kliniske hverdagen gir og har et aktivt forhold til slik behandling, og som er oppdaterte på siste forskning, blir tatt med på råd i lovutformingene, og der faglige argumenter og fokus på å redde liv må være vektlagt.

Vår klare anbefaling tilråding til lovgiver er her å sikre en lovhjemmel for å kunne ECT under tvang, jf. utvalgets forslag til lovbestemmelse (§ 6-13).

Kan vi velge en (for oss) passende hjemmel for bruk av tvang?

Slik hjemlene for bruk av tvang er foreslått regulert i lovutkastet, fremstår dette som delvis inkonsistent, og delvis inkonsistent i forhold til prinsippene for pakkeforløp innen psykisk helse (og for behandling av rusavhengighet).

Sentrale bestemmelser som hjemler bruk av tvangsmidler, er §§ 5-2, 5-4 og 9-14. Vi kan ikke se noen klar linje i disse, heller ikke hvordan (i hvilke kapitler og sammenhenger) de er plassert/sortert. Det vil være en risiko for utglidning ved at man fortrinnsvis vil kunne foretrekke å bruke § 5-2 heller enn § 5-4 (tvangsinnleggelse og tilbakehold) og § 9-14 (tvungen observasjon p.t.). Dette vil samtidig redusere den faglige kvaliteten ved at det ikke er krav om uavhengig legeundersøkelse, noe som samtidig fører til redusert rettssikkerhet for pasient/pårørende.

Slik vi opplever § 5-2, innebærer denne bestemmelsen en fare for utglidning (dvs. økt tvangsbruk), den kan senke terskelen for bruk av tvang og redusere pasientens rettssikkerhet. Vi kan ikke se hvordan man skal kunne predikere hvilke pasienter som innen 10 dager vil «forsøke å forlate institusjonen uten å få lov til det»? Generelt bør man i forarbeidene til ny lov unngå denne formen for tilnærminger – dette er formuleringer som inviterer til usikre gjetninger basert på faglig skjønn, men uten noe systematisk kunnskapsgrunnlag eller verktøy som er egnet for slik konklusjoner.

I forslaget § 5-4 pkt. 2 introduseres et nytt begrep «et sterkt behov for behandling for psykiske helseproblemer i institusjon for psykisk helsevern». Dette skal danne

grunnlag for vurderinger og konklusjon – og det vil erstatte dagens bestemmelse «*pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre ...*» (Lov om psykisk helsevern § 3-3, tredje ledd). Vi oppfatter formuleringene i forslaget som svært lite presise, og forslaget virker for vagt og bredt. Dette utgjør en klar risiko for utglidning og økt tvangsbruk. Dersom utvalgets forslag om formulering legges til grunn, fordrer dette et betydelig definisjons- og opplæringsarbeid.

Skjerming og isolering – og varighet av vedtak

Denne delen av forslaget opplever vi som viktige steg i riktig retning, selv om det også gjenstår noen svakheter. Det er gråsoner mellom skjerming og isolering i dagens lover, disse fjernes når skjerming og isolering sees sammen. I forslaget vil man differensiere ut fra formålet, hvilket kan være hensiktsmessig og som vi opplever som positivt. Dette er omtalt og beskrevet i flere §§ som i sum erstatter dagens felles § 4-3.

Skjerming som skadeavverging § 4-3 (og § 4-5). Dette inkluderer også isolering på visse forutsetninger, men det er ikke oppgitt noen varighet eller avgrensing på vedtak (mens dagens forskriftsbestemmelse sier isolering i inntil to timer).

Skjerming som ledd i behandling (forslagets §§ 6-11 og § 6-5). Det er også foreslått at skjerming skal kunne iverksettes som kortvarig tiltak for tilrettelegging (§ 6-19) («spesialisert miljøterapi»). Vi kan ikke se at det er definert noe klar hensikt for hvorfor dette skal kunne vedtas eller hvilke pasienter dette vil omfatte.

I § 6-19 omtales særskilt kortvarig skjerming som gjennomføringstiltak – for å opprette en forsvarlig behandlingssituasjon. Her vil vedtaket gjelde i inntil 72 timer (før nytt vedtak ev. fattes). Vedtak etter § 7-5 (Ivaretagelse av medpasienter i psykisk helsevern) vil gjelde i inntil to uker.

Kontroll på innførsel (visitasjon etc. ved adkomst)

For å unngå tiltak som kan virke diskriminerende, mener utvalget at dersom man finner grunn til å iverksette kontroll på innførsel rutinemessig ved inngang for alle pasienter, må det også omfatte alle andre (dvs. alle besøkende, kontrollkommisjon/tilsvarende, og alle ansatte), og da ved hver inngang til bygningen eller det aktuelle området. Man kan ikke tvinge f. eks. besøkende til visitasjon; besøkende som ikke aksepterer visitasjon, må dermed bli avvist. Vi mener det blir helt feil å sammenligne sykehusavdelinger s med andre arenaer, som flyplasser eller regjeringskontorer (og hvor hele bygninger eller kvartaler kontrolleres) – sykehus bør være mer allment tilgjengelige.

Dette tiltaket vil det være svært ressurskrevende å iverksette, både ved å måtte tilpasse bygningsmassen, og for gjennomføring med krav til bemanning, kompetanse, og kontrollerende tiltak. Den allmenne adgangen til visitasjon vil neppe bli brukt i særlig omfang.

Utvalget foreslår også det det fortsatt skal være mulighet for visitasjon ved mistanke overfor pasient som er tvangsinnlagt (jf. dagens § 4-6). Dette er en hjemmel som vi vurderer som absolutt nødvendig. Det er imidlertid ressurskrevende med å skulle fatte og håndtere enkeltvedtak for hver enkelt situasjon hvor visitasjon bør benyttes – vi tillater oss derfor i tillegg å foreslå en hjemmel for rutinemessig ransaking ved innleggelse. Senere i forløpet bør det kunne fattes enkeltvedtak som har gyldighet for eksempel inntil to uker for enkeltpasienter (jf. vedtak om skjerming), og da kombinert med at hver gjennomført visitasjon skal protokollføres.

Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå – kap. 15

Sikkerhetsavdelinger og enheter innen disse, har et klart behov for høyere grad av sikkerhet og dermed noe mer omfattende bruk av tvangsmidler. Utfordringen som vi møter, er å håndtere situasjonen med pasienter som utgjør en svært betydelig sikkerhetsrisiko og som definitivt har behov for plass i sikkerhetsavdeling når slik plass ikke er tilgjengelig (ut fra vår erfaringer gjelder dette særlig i akutfaser, og ikke sjelden i et noe lengre perspektiv – i en uke eller mer).

Det vil være nødvendig med lovmessige avklaringer. Dersom de nødvendige sikkerhetstiltakene (jf. dem som sikkerhetsavdelinger benytter) ikke skal kunne iverksettes i en sykehusavdeling som ledd i helsetjenestetilbudet, må pasienten i stedet plasseres i en justis-kontrollert enhet (dvs. enten i politiarrest eller i fengsel). Dette vil for de fleste pasientene være traumatisk og til dels ha betydelig anti-terapeutisk effekt (negativt også på lang sikt). Det vil heller ikke ha noen vesentlig nytte der pasienten er selvskadende (dvs. situasjoner hvor mekaniske tvangsmidler / beltelegging kan være aktuelt).

Kap 4: Tiltak i nødsituasjoner

Forslagene her vil erstatte dagens § 4-8 og deler av § 4-3, separert i to §§; 4-1 Nødrett og 4-2 Nødverge. Fysisk fastholding regnes ikke som særlig inngripende og er ikke beskrevet særskilt (heller ikke er fastholding vurdert vis-a-vis nedlegging av pasient). Isolering og skjerming slås sammen (jf. vår kommentar nedenfor). Det er også krav om at to personer skal være til stede ved gjennomføring av tvangstiltak så fremt dette ikke er klart til ugunst for pasienten.

Vi savner en tydeliggjøring av krav om evaluering av de tvangstiltakene som er blitt benyttet – overfor den enkelte pasient, og i avdelingen/sykehuset som helhet.

Den foreslåtte § 6-16 (bruk av mekaniske tvangsmidler ved gjennomføring av tvungen ernæring) innebærer eksplisitt forbud ved annen undersøkelse/behandling. Dermed er det ikke hjemmel for bruk av mekaniske tvangsmiddel ved gjennomføring av tvungen legemiddelbehandling – et område der dagens lovkrav er uklare.

Gjennomgående er dette positivt; regelverket blir tydeligere og vi ser ingen store ulemper ved denne endringen. Vi legger til grunn at fastholding kan brukes ved behov

ved gjennomføring. Dersom pasienten etter gjennomført legemiddelbehandling fortsatt utgjør fare, vil bruk av mekanisk tvangsmiddel kunne hjemles jf. § 4-3.

Mekaniske tvangsmidler – beltelegging

Utvalget foreslår at det i løpet av tre år skal utredes om dette skal utfases; vi er ut fra våre erfaringer uenige i at det skal utfases uten at det er etablert forsvarlige, reelle alternativer (som polstrede isolasjons-rom/«pute-rom»), og særlig når belter likevel skal kunne brukes i sikkerhetsavdelinger. For noen pasienter vil dette være påkrevd; alternativet som er langvarig skjerming/isolering/innelåsing kan overfor enkelte være klart mer truende og integritetskrenkende.

De definerte sikkerhetsavdelingene (lokalt, regionalt) har i dag ikke kapasitet til umiddelbart mottak av alle aktuelle pasienter; vi har hatt ventetider på 10 dager eller mer, og vi må ivareta så vel pasienten som medpasienter og medarbeidere i hele denne tiden. Ventetid før overføring vil bli situasjonen også i fremtiden.

Vi er derfor uenige i at mekaniske tvangsmidler kun skal kunne brukes på sikkerhetsavdelinger. Det er hyppig mer utagering og flere voldshendelser tidlig i akuttfasene – dette er før pasientene kan flyttes til sikkerhetsavdeling. Og ettersom det er få sikkerhetsplasser, vil det i praksis være mange pasienter med forhøyet voldsrisiko og som er innlagt i allmennpsykiatrisk døgnavdeling og da særlig i akuttmottak.

For noen pasienter vil akutt-plassering i fengsel eller politi-arrest måtte vurderes som alternativ, dersom beltelegging ikke lenger skal mulig i akuttavdelinger. Dette vil i så fall være direkte anti-terapeutisk, og det representerer ingen hjelp overfor pasienter med alvorlig selvskading (som er en av indikasjonene for beltelegging).

Skjerming og isolering

Vi er kritiske til at det ikke foreslås noen øvre ramme for varigheten av skjerming som skadeavverging, noe som kan bety isolering langt ut over dagens avgrensning på to timer. De mange ulike varighetene av vedtak som foreslås i utredningen, vil kunne virke forvirrende og lite hensiktsmessige.

Ved gjentatte situasjoner vil det være mulig å vurdere om det er gjentatte behov for tiltak (jf. kap 4, vedtak etter § 6-5). Dette gjør det mulig å planlegge tiltak over lengre tid, men det vil samtidig være en fare for ulik registreringspraksis. Det kan dermed være vanskelig å vurdere omfanget av reell utøvelse av tvang / bruk av tvangsmiddel – og dermed om det er systematiske forskjeller mellom institusjoner (jf. arbeidet for å redusere «uønsket variasjon»).

Om vedtakskompetanse - § 9-1, andre ledd

Denne bestemmelsen bør omformuleres. For nødsituasjoner bør vedtaksansvaret ligge hos den som står i situasjonen og som reelt sett kan vurdere hva som er minst inngripende tiltak. Vi foreslår følgelig at den enkelte institusjon skal og må utpeke vedtaksansvarlige i egen institusjon og sørge for at disse har tilstrekkelig opplæring.

Det foreslås fra utvalget som at lovkrav at kun korttidsvirkende legemidler skal kunne gis ved tvang, og da bare om det er akutt fare for liv eller vesentlig helseskade – og ikke ved materiell skade alene. Dette er en innskjerping fra dagens regler – det er imidlertid nødvendig å tydeliggjøre hva dette betyr for medikamenter som har mellomlang halveringstid (24 t – 96 t). Vår oppfatning er at tvangsmedikasjon med legemidler som har halveringstid over 24 t. bør unngås.

Vi støtter dermed denne presiseringen og innskjerpingen.

Forhåndssamtykke og Forhåndsreservasjonsrett

Det er en spennende – men også krevende – tilnærming som utvalget har her; det er vanskelig å se hvordan en ordning med forhåndssamtykker og reservasjonsrett vil fungere i praksis. Dette bør derfor evalueres fra start av ikrafttredelse, Her vil det vært klart ønskelig med en spesifikk opplæringspakke, som også er rettet mot pasienter og pårørende og primærhelsetjenesten.

Noen av de spørsmålene som vi har ved innføring av dette prinsippet, er:

- Hvordan skal vi holde oversikt over forhåndsreservasjoner og forhåndssamtykker? Pasientene vil bli lagt inn ulike steder, og det er ingen (og vil neppe heller i overskuelig fremtid bli) en felles, nasjonal journalløsning. Er dette informasjon som skal legges inn i Nasjonal Kjernejournal? I så fall av hvem? Hva med tilganger – hvilket helsepersonell, og i hvilke situasjoner?
- Vil Tvangsbegrensningsnemdene være kvalifiserte (medisinsk-faglig kompetanse, og tid) til å vurdere forhåndsreservasjon og forhåndssamtykket, inkl. at pasienten er samtykkekompetent?
- Hvordan sikre kapasitet til å gjennomføre vurderingene?
- Hva er det faglige belegget for å forslå en varighet på 10 år s for samtykker og reservasjon? (dette gjelder både antipsykotika og ECT)? Dette er et svært langt tidsspenn, hvor vi ikke vet verken hvordan vil fagene utvikle og endre seg, eller hvordan vil pasientens tilstand utvikle seg. Vi forstår hensikten bak en slik forpliktende forhåndsvurdering – men vi tillater oss å forslå at varigheten av forhåndssamtykke og -reservasjon begrenses til 12 eller 18 mnd. og med mulighet for forlengelse, i stedet for 10 år.

Forutsetninger for (og *foran*) ikrafttredelse

Ettersom dette er et svært omfattende lovarbeid, med til dels svært dyptgripende endringer, er det flere forutsetninger som vi tillater oss å mene at må være på plass og oppfylles – før loven kan tre i kraft.

- Det er en rekke forskrifter som må være på plass ved ikrafttredelse. Dette er både forskrifter må revideres og utarbeides. Trolig trengs det i tillegg også veiledere/ rundskriv.
- Endringer i journalsystemer for å møte lovkravene til formalia, format på dokumenter etc. Dette er endringer som det erfaringsmessig kan ta opptil ett år fra de meldes inn til de er plass og installert i journalsystemene.

- Det må etableres rask og sikker digital kommunikasjon mellom helsetjenesten og myndighetssiden (Fylkesmannen, Tvangsnemnda)
- Det vil være behov for betydelig opplæring av helsepersonell i lovkravene;
 - Stort behov for opplæring, spesielt ved TSB og kommunale helsetjenester som ikke er vant til PHVL (psykisk helsevernlov).
 - Parallelt må det omfattende informasjon ut til samfunnet om lovendringene, det er ønskelig med oppfattende folkeopplysning (også etter ikrafttredelse).
 - Dersom utgangspunktet er någjeldende PHVL, vil nyutdannede leger og fastleger/legevakter som ikke har god kjennskap/erfaring til PHVL, kunne komme til å tvangsinnlegge flere (pga. vage begreper som «et sterkt behov», «psykiske helseproblemer»).
 - Fordrer økte ressurser i en periode.

Administrative og økonomiske konsekvenser – for helsetjenesten, og for pasientene

Dette er i beskjeden grad omtalt i utredningen. Det vil være behov for betydelig opplæring av alle de aktuelle medarbeiderne for å sikre at loven er godt kjent, både grunnlaget for ev. bruk av tvang og de begrensningene som loven setter. Med den helt nødvendige rettsliggjøringen omkring tvangs-vedtak, følger også at vedtak som ikke fyller alle formalkrav, vil bli underkjent. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for svært syke mennesker fordi behandling ikke kan iverksettes, og det er en ekstra belastning for den enkelte helsetjeneste-enhet. Derfor må opplæring sikre at alle nødvendige bestemmelser er kjent i detalj, at vi internt har gode rutiner for veiledning og oppfølging, og alle aktuelle skjema og journaldokumenter må tilpasses nytt lovverk. Alle aktuelle prosedyrer må gjennomgås, oppdateres og distribueres ut fra de nye organene (særlig tvangsbegrensningsnemnd med sekretariat) og kommunikasjonsveiene – og også her er opplæring påkrevd.

Våre bekymringer knyttet til de betydelige administrative og juridiske endringene som må på plass, er basert på rel. ferske erfaringer. De siste endringene (2017) i Lov om psykisk helsevern (f. eks. §§ 1-7, 3-2 og 3-3 om retten til advokat, om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern) har ført til betydelig og tidkrevende merarbeid, også fordi det tar tid å få etablert dialog der pasientens advokat bistår. Det er her klare krav til formalia og til oppfølging og tilbakemelding fra helsetjenesten, men uten at noen sikker gevinst eller forbedring kan identifiseres for pasientene.

Som følge av den styrkede rettsstillingen for pasientene, ikke minst knyttet til bruken av tvang, har vi erfart økt behov for juridisk bistand inkl. advokat-involvering. Med dette lovforslaget kan vi få økte utgifter til juridisk bistand, samtidig som det går lengre tid for konklusjon kan foreligge – fordi det til tider er betydelig ventetid før pasientens advokat kan delta i møter m.v.

Vedr Tvangsbegrensingsnemndene

Nemndenes oppgaver m.v. må detaljreguleres i forskrift – for å tydeliggjøre deres mandat og myndighet, samt hvilke krav som skal gjelde for saksbehandling, inklusive svarfrister.

Det vil være en klar fordel at alle områder av helsetjenesten innen et geografisk område skal sees av den samme nemnda, men det er uklart hvor store områder disse skal dekke – i utredningen er kun oppgitt «geografisk avgrenset». Det må være et tilstrekkelig antall nemnder til å kunne fylle oppgavene, inkl. krav til responstid.

Skal nemnds-medlemmene være på heltid eller deltid? Oppgavene vil bli mer omfattende (lovomfang, type institusjon, responstider) enn hva dagens kontroll-kommisjoner har.

Hvilke krav skal stilles til sekretariatsfunksjon; vi erfarer at det allerede er utfordrende situasjoner med dagens oppgaver og den kapasiteten som finnes hos Fylkesmannen. Med utvidede sekretariatsfunksjoner må det forventes at Fylkesmannen også skal inneha en viss utredningskapasitet og utredningskompetanse.

Vi har ovenfor presisert behovet for trygg digital kommunikasjon – vi må kunne sende vedtakene med saksunderlag raskt til Fylkesmannen og Tvangsbegrensingsnemnda og få rask tilbakemelding i samme kanal. Dette fordrer et velfungerende elektronisk system for å bli effektivt nok og for å ivareta pasienten/pårørendes rettsikkerhet. Enhver forsinkelse pr vanlig post vil også medføre lengre innleggelse enn nødvendig. Systemet må fungere for toveis kommunikasjon (fortrinnsvis toveis saksbehandling, men som minimum må vi kunne sende dokumenter begge veier med autentisk digital signatur). Det vil være behov for at denne funksjonen er på plass alle dager i året – men vi vurderer at det ikke er behov for noen døgnkontinuerlig tjeneste.

Fylkesmannens oppgaver og rolle

Noen oppgaver vil etter hva vi forstår, være nye for Fylkesmannen – som oppgavene overfor de lokale tvangsnemndene (for vårt vedkommende; alle nemndene i Oslo og Viken). Fylkesmannen skal også fylle oppgavene knyttet til sekretariat, saksutredning og saksforberedelse. Det forutsettes videre at Fylkesmannen gjennomfører dokumentkontroll, innhenter og følger opp statistikk og rapportering.

Dette kommer i tillegg til at en rekke av dagens oppgaver foreslås videreført – som tilsynsoppgaver og andre funksjoner, inkl. klagesaksbehandling (på dette området må det gjennom regelverket sikres en hensiktsmessig avgrensning mot det som blir nemndenes oppgaver).

Noen av de oppgavene som i dag er lagt til Fylkesmannen, vil riktignok bli lagt til nemndene, men Fylkesmannen skal stadig være saksforberedende – vi er bekymret for hva som vil bli responstid i de situasjonene hvor vi trenger avklaringer av hensyn til behandlingen av den enkelte pasient.

Avslutningsvis

Lovisenberg Diakonale Sykehus ser frem til den videre prosessen, og vi samarbeider gjerne med Helse- og omsorgsdepartementet i dette – jf. de særlige erfaringene som vi har med omlegging av egen virksomhet, ikke minst vår betydelige reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Tone Ikdahl
administrerende direktør, dr. med.

Jan Petter Odden
Fagdirektør, dr. med.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi:
Helse Sør-Øst RHF