

Sykehuset i Vestfold HF viser til høringsbrev av 30.06.2019, med informasjon om høringsfrist 16.12.2019.

Vedlagt følger høringsinnspill til Tvangsbegrensingsloven NOU 2019:14, i hovedsak fra Klinikk psykisk helse og rusbehandling.

Generelt:

Vi mener det er positivt og støtter at de ulike tvangslovene for helse- og omsorgstjenesten foreslås samles i et lovverk. Men «tvangs**begrensings**loven» kan være misvisende og gi forventninger som ikke alltid kan innfris.

Lovutkastet gir bedre prosessuell rettsikkerhet for bl.a. pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Gjennom felles lovgivning vedr. bruk av tvang for helse- og omsorgstjenesten, vil felles lovverk kunne gi økt felles forståelse, ha bedre forutsetninger for samarbeid mellom nivåer av helsetjenesten og dermed forhåpentligvis skape en mer sammenhengende tjeneste for pasienten.

Lovutkastet har økt fokus på forebygging av tvangsbruk, og at plikt og rett til tilrettelegging framheves. Styrking av forbyggende tiltak med sterkere forpliktelser mellom nivåene for å hindre tvangsbruk støttes.

Helhetstenking om individet og tilrettelegging for samhandling i tjenestene sentrale bærebjelker i lovutkastet støttes.

Høringsutkastet er imidlertid svært omfattende, og det er en risiko for at vesentlige områder ikke er grundig nok lest og forstått. Lovutkastet inneholder en rekke kryssreferanser som gjør det uoversiktlig, dette igjen kan medføre større variasjon i lovfortolkning og praksis. Vi kan ikke se at det er tilstrekkelig vurdert og hensyntatt at en så betydelig endring som det legges opp til kan bety betydelig ressursbruk og opplæringsbehov. Tvangsbegrensingslovens ambisjon å kunne være en driver for kulturendring er positivt, men om overgangen fra nåværende til eksisterende lovverk blir for stor, kan det oppstå uønsket variasjon og praksis.

Fjerning av diagnosenære vilkår fremstår uklare da det i noen unntakstilfeller fortsatt vil brukes. Hvordan operasjonalisere nytt begrep som «sterkt behov» for. Formuleringen blir for vag og kan bidra til økt bruk av tvang. Det støttes således ikke å fjerne diagnosenære vilkår.

Forhåndsamtynke til tvang støttes ikke. Det skal ikke legges opp til at en pasient kan be om tvang fra tjenesten, likeledes som det er svært problematisk at en person kan nekte utøvelse av tvang. Lovutkastet har en annen oppbygning enn dagens psykisk helsevernlov. Bl.a. er det klare skiller på når det er behandling for personens psykiske lidelser eller når det gjelder av hensyn til andres sikkerhet. Dette gjør at det kan være vanskelig å navigere i loven. Hjemmelen for enkelte tiltak er spredt og kan skape uklarheter.

Alternativt kunne det vurderes fremfor å innføre en felles samlet lov, å beholde struktur i nåværende lovverk og heller sørge for at reglene harmoniseres.

Innspill til konkrete bestemmelser i lovutkastet:

Kapittel 1 Formål, virkeområde, definisjoner m.m.

Definisjon av begrepet tvang i § 1-3:

Vi støtter at det foreslås et felles snevrere tvangsbegrep og at det blir lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse. Dette vil utgjøre en stor fordel fremfor dagens praksis i psykisk helsevern der man må fatte tvangsvedtak uten at personen har vist motstand eller negativ holdning til mindre inngripende tiltak, men mangler samtykkekompetanse.

Kapittel 2 Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m.

Det er meget prisverdig at tvangslovutvalget har en ambisjon om at forebygging av tvang og tilrettelegging av tjenestetilbud på alle nivåer skal være mer forpliktende og at samhandling styrkes, men viser til at det ikke bør gjentas det som fremkommer av forskrift om kvalitetsforbedring og pasient- og brukerrettighetsloven.

Kapittel 3 beslutningstøtte, pårørendes rettigheter mv.

Vi støtter utprøving av nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte til å ta beslutninger i saker etter tvangsbegrensingsloven, men anbefaler at det ikke gjentas det som står i pasient- og brukerrettighetsloven.

Utkastets § 3-4 Personens rett til å nekte nærmeste pårørende å utøve rettigheter: Andre setning gir personen større mulighet til å begrense pårørendes involvering, tilsynelatende også ved manglende beslutningskompetanse, dette bør i så fall komme klarere frem. Tilsluttes at sårbare gruppers autonomi og selvbestemmelse styrkes. Bra at det gis unntak i lovforslaget som sikrer barns rettigheter for trygg omsorg og der en person med alvorlig sinnslidelse vurderes å kunne utgjøre en fare for andre.

Kapittel 4 Tiltak i nødssituasjoner

Klarere og strengere regler om inngrep i nødssituasjoner foreslås. Det er bra at lovutvalget har lagt vekt på at nødssituasjoner skal være regulert i helselovgivning og ikke i straffeloven. Her kunne man med fordel også ha henvist til Helsepersonelloven § 7 Øyeblikkelig hjelp. Skadeavvergende tiltak kan iht. utkastets § 4-1 brukes ved akutt fare for personens eget liv eller vesentlig skade på egen helse eller egne eiendeler.... Hva skadeavvergende tiltak(særlig inngripende) kan være, er beskrevet i § 4-3. Bl.a. er opplistet som pkt. 1 mekaniske innretninger: i tredje ledd står at dette kun skal gjelde i tre år fra lovens ikrafttredelse. Det skrives i merknadene at avskaffelse av mekaniske tvangsmidler kan skje understøttet av tunge, nasjonale faglige initiativ.

Det siste er bra, men det støttes ikke å begrense mulighet til bruk av mekaniske tvangsmidler til kun tre år etter lovens eventuelle ikrafttredelse. Noen personer vil oppleve at bruk av korttidsvirkende legemidler vil være mer inngripende enn bruk av mekaniske tvangsmidler. Det er allerede betydelige nasjonale satsninger for å redusere og forebygge bruk av tvangsmidler. I andre land hvor tvangsmiddelbruk er vesentlig lavere og/eller fraværende er det andre tiltak, er det gjerne vesentlig mer bruk av legemidler mot pasientens vilje og bruk av fastholding av personalet. Lovutkastets forslag i § 4-9 Rett til å velge tiltak og gjennomføringsmåte og § 2-4 Evaluering etter bruk av tvangstiltak burde nettopp sikre at man så langt som mulig søker å forebygge bruk av tvang, men at det tiltaket som for personen oppleves minst inngripende iverksettes når dette er strengt nødvendig.

Under pkt 4. er fysisk nedleggelse et mulig tiltak. Man synes å ha gått bort fra begrepet fastholding som et tiltak i en nødssituasjon. Det er riktignok situasjoner der fastholding åpenbart er mer å anse som en del av et annet tvangsvedtak (eks. gjennomføring av tvangsmedisinering) og bør anses som en del av gjennomføringen av dette tiltaket. Slik sett er dette bra. Men det er også situasjoner der en fastholding er et tiltak alene, og ikke å jamføre med en «fysisk nedleggelse», og kan like fullt oppleves som tvang både av den som tvangen brukes ovenfor og av de som utfører tiltaket. Det kan være en rettsikkerhet for alle parter at dette er å anse som tvang der det må brukes makt, personen viser motstand mot tiltaket, og at dette må vedtaksføres og slik kunne være gjenstand for rettslig

prøving. Vi ser at det forsøkes å innføre et begrep som på ett vis gir klarere føring når tiltaket er særlig inngripende, men kan gi rom for en utglidning og bruk av uformell tvang.

Når det gjelder pkt 5 Tilbakehold ved akutt selvmordsfare, så kan tiltaket kun opprettholdes inntil tiltak etter § 5-4 er vurdert og eventuelt iverksatt. Et vilkår vil da være at personen ikke er beslutningskompetent (jf. § 5-4, pkt 4.) I dagens lovverk vil kravet om alvorlig sinnslidelse være en utfordring i noen situasjoner, men det er ikke et krav om beslutningskompetanse (samtykkekompetanse) når personen er til fare for eget liv eller andres liv og helse. Forslaget er bra på den måten at det løser innen helselovgivning en praksis som i dag håndteres av strafferettslig nødrett for kortvarig tilbakehold. Det er imidlertid egne og andre vilkår i lovutkastets § 5-5 innleggelse og tilbakehold i psykisk helsevern ved fare for andre som da henviser til at et vilkår skal være at personen har en alvorlig sinnslidelse. Det kan være utfordrende å navigere i et lovverk som setter opp ulike vilkår for tilstander som kan ha stor grad av overlapp.

Kapittel 5 Innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon m.m.

Adgang til å forhåndssamtykke til tvang: dette støttes ikke ut fra den betraktning at det ikke skal legges opp til at personen kan be om tvang fra tjenestene.

Det er regler i forslaget som kan synes uklare, eks. § 5-2 Innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang: «Dersom en person ikke motsetter seg innleggelse og opphold i helseinstitusjon, men det er sannsynlig at vedkommende vil forsøke å forlate institusjonen i løpet av ti dager uten lov til det, gjelder...». Denne hjemmelen i lovutkastet senker terskelen for tilbud om helsehjelp når personen ikke yter motstand, og det kan fattes et vedtak som sikrer tilbakehold på inntil 10 dager. Midlertidig tvangsinnleggelse kan iht. § 9-14 ha en varighet på inntil 7 dager med eventuell forlengelse på 5 dager. Det er uklart hvilke situasjoner som vil falle inn under den foreslåtte regelen i § 5-2, og siden vilkårene er generelle, kan det medføre en «for-sikkerhets-skyld» bruk av denne regelen.

§ 5-4 alminnelige vilkår for innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg:

Pkt 1 : bra, tillitsskapende og alternativer til tvang skal være prøvd.

Pkt. 2. Personen har et sterkt behov for behandling: Hva som er et sterkt behov skal ta utgangspunkt i alminnelig akseptert praksis. Det er i utgangspunktet en positiv endring at fokus fra diagnosegrupper fjernes til mer å fokus på individet, personens behov og funksjon. Når det gjelder å fjerne diagnosenære vilkår i tvangshjemlene, stiller vi likevel spørsmål ved om dette blir en for vag formulering og således kan bidra til økt bruk av tvang. Det nye begrepet «person med sterkt behov for behandling» fremstår som utydelig, og som sannsynlig vil omfatte vesentlig flere enn de som faller inn under tvang etter dagens lovverk. Vi mener at diagnosenære vilkår vil være å foretrekke. Forslaget å fjerne begrepet «alvorlig sinnslidelse» og erstatte med begrepet «person med sterkt behov for behandling» støttes ikke.

Vilkåret om vesentlig helseskade støttes.

Pkt 4 om manglende beslutningskompetanse er forståelig, men også krevende å operasjonalisere slik som vilkåret i dagens psykisk helsevernlov om samtykkekompetanse. Det er en utfordring å vurdere når det er fravær av beslutningskompetanse. Erfaringsmessig kan vurderingen av en persons beslutningskompetanse vurderes ulikt av helsepersonell – dette er en generell utfordring.

Personen skal som i dag være undersøkt av uavhengig lege, dvs som hovedregel bli henvist fra primærhelsetjenesten, mens spesialist vurderer om vilkårene er innfridd. Det vil være utfordrende frem til rettspraksis er etablert å definere personer inn eller ut av tvang da svært mange vil bli vurdert å ha et sterkt behov for behandling som i dag faller utenfor begrepet alvorlig sinnslidelse. Vi ser derfor en risiko for øket bruk av tvang ved foreslått lovutkast og ikke redusert bruk av tvang.

§ 5-5 viderefører at pasienter kan innlegges eller underlegges tvang av hensyn til samfunnsvernet, og her gjelder fremdeles begrepet fra dagens psykisk helsevernlov, «alvorlig sinnslidelse». Også med nytt lovverk vil man derfor måtte ha med seg rettspraksis fra dagens lov. Samlet sett fremstår dette derfor uferdig og gi grunnlag for å skape forvirring.

Kapittel 6 Individuelle behandlings- og omsorgstiltak

§ 6-8 Mekaniske innretninger med omsorgsformål: Å regulere tvangstiltak for ulike personer/pasientgrupper og med ulikt formål i samme lovverk kan skape uklarheter for hvilke situasjoner regelen egentlig er ment.

§ 6-10. Behandling av psykiske lidelser med legemidler:

§ 6-10 beskriver legemiddelbehandling uten pasientens samtykke. Det er positivt at sannsynlighetskravet ved førstegangsbehandling er senket til alminnelig sannsynlighetsovervekt for effekt av legemiddelet. Tiden frivillige behandlingstiltak skal være forsøkt er i lovutkastet øket fra 5 dager i dagens lovverk til minst én uke, med unntak som kan gjøres ved fare for vesentlig helseskade. Personer med schizofrene psykoser har ofte et stort lidelsestrykk og kan plages sterkt av sin psykotiske angst. Å øke observasjonstiden, jf. forslagetts ordlyd i punkt 6 at tiltak vedkommende ikke motsetter seg i minst én uke, støttes ikke.

Det er betenkelig om lovutkastet gir for sterke føringer som hindrer anbefalt behandling av personer med alvorlige psykoselidelser. Vi vurderer at anledningen til å gi alvorlig syke psykosepasienter adekvat medikamentell behandling reduseres.

Punkt 5: Svært bra at det i andre setning gis anledning til å bruke legemidler med akseptert virkestoff for den aktuelle tilstanden. Dette punktet fjerner uklarheter og ulik tolkning som vi har i dag.

Punkt 7 sier at personen skal undersøkes av en lege som er uavhengig av den vedtaksansvarlige. Vi har vanskelig for å se at dette er noen reell styrking av pasientens rettssikkerhet, men vil være vesentlig byråkrati. Her burde man se til nåværende lov som henviser til å innhente oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell (jf. phvl § 4-4a. pkt. 10). Uklart om dette gjelder i eller utenfor institusjon hvor den vedtaksansvarlige er.

§ 6-13 Elektrokonvulsiv behandling

Lovutkastet foreslår å gi en snever mulighet for å gi elektrokonvulsiv behandling der personens liv uten behandling kan stå i fare og vedkommende ikke motsetter seg tiltaket. Dette er positivt og vil gjøre at nødrett etter straffeloven er unødvendig i disse tilfellene. ECT gitt som nødrett skjer ytterst sjelden i dag, slik at dette vil være i tråd med praksis og heller øke rettssikkerheten i disse tilfellene. Forslaget støttes.

§ 6-14 Rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler
Rett til å reservere seg mot tvang støttes ikke. Det fremstår svært usikkert hvordan dette kan gi seg utslag i klinisk praksis. Det kan oppstå situasjoner som faglig og etisk vil være svært problematisk om en person i aktiv sykdomsfase og uten beslutningskompetanse ikke kan gis adekvat behandling med virksomme legemidler. Det kan medføre en fare for øket bruk av tiltak vurdert som nødssituasjoner. Lovutkastet gir mange gode og forpliktende krav til forebyggende arbeid. Derfor mener vi at dette forslaget ikke skal være nødvendig. Det bør heller vektlegges å innhente personens erfaring med tvang og retten til medvirkning.

§ 6-15 Rett til å reservere seg mot elektrokonvulsiv behandling:

Støttes ikke. Å skulle ha en egen hjemmel for dette er med på å stigmatisere enkelte behandlingstiltak i psykiatrien som uetiske. Det bør heller legges til rette for at ECT kun gis med

personens uttrykte samtykke, fortrinnsvis skriftlig. Regelen foreslått i § 6-13 vil sikre at en person ikke kan gis ECT om vedkommende motsetter seg tiltaket.

§ 6-16 Forbud mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern
Støttes at det tydeliggjøres at mekaniske innretninger kan brukes ved gjennomføringen av behandling for spiseforstyrrelser med ernæring, men ikke i andre tilfeller.

§ 6-17 Arenamessige begrensninger for bruk av tvang i psykisk helsevern:

Dette støttes meget! Det vil være en stor fordel både for den enkelte person og for samfunnets ressursbruk at tvangsbehandling kan skje utenfor institusjonen, dog ikke på rom og lokaler i personens daglig liv.

§ 6-19 Kortvarig skjerming i psykisk helsevern som gjennomføringstiltak:

Det hjemles skjerming inntil 72 timer i psykisk helsevern. Bruk av skjerming er hjemlet i flere paragrafer, eks. § 6-11 der det gis hjemmel for inntil 2 uker ved behandling som ledd i behandling av psykiske helseproblemer i psykisk helsevern. Utkastets § 7-5 hjemler skjerming av hensyn til medpasienter i psykisk helsevern. I § 8-2 er det satt opp særlige krav ved gjennomføring av skjermingstiltak m.m.. Denne oppstykkningen av reglene for ett tiltak er utfordrende. Intensjonen er i utgangspunktet prisverdig, en ser at man har tenkt en oppbygning der det skilles på behandling, nødsituasjoner og skadeavvergende tiltak for andre, men regelverkets oppbygning utfordrer etterlevelse i praksis. Foreslått reguleringsmodell for skjerming støttes ikke.

Forhåndssamtykke til tvang: støttes ikke utfra den betraktning at det ikke skal legges opp til at en person skal kunne be om tvang fra tjenesten.

Det er uklart om et eventuelt forhåndssamtykke gjør vedtak om tvang overflødige og om det gir en rett til pasienten og en plikt for helsetjenesten å gjennomføre det personen har ønsket. Loveutkastet legger opp til å begrense tvang og derfor fremstår det noe underlig at det skal kunne gis forhåndssamtykke til bruk av tvang. Det er andre måter helsetjenesten bør sikre gode behandlingsløp for personer med risiko for alvorlige tilbakefall gjennom aktivt å bruke kriseplaner og nedtegne personens ønske og erfaring med tidligere tiltak og behandling.

Kapittel 7 Rettighetsbegrensende tiltak og tvang i institusjon eller bolig:

Igjen uheldig at tiltaket skjerming er hjemlet flere steder i lovutkastet. Tiltak som gjelder en avgrenset gruppe pasienter, i dette tilfellet i psykisk helsevern, viser også utfordringen med et felles lovutkast da det må lages særregler i felles lov. Spørsmål om det kunne gis adgang til skjerming ved utagerende atferd hos personer i andre typer institusjoner, eks. kommunale sykehjem? Forutsatt at institusjonen er materielt istand til å gjennomføre et slikt tiltak på en skånsom og forsvarlig måte.

Kapittel 8 Gjennomføring av tiltak

§ 8-6 Bistandsplikt for spesialisthelsetjenesten under gjennomføringen av vedtak og § 9-7

Bistandsplikt for spesialisthelsetjenesten før det treffes vedtak må sees i sammenheng med andre steder i lovteksten. Likevel uklart hvilke konkrete situasjoner det henvises til og om det er en sterkere plikt enn den gjensidige veiledningsplikten som finnes for både kommunen og spesialisthelsetjenesten i dag.

Skille mellom vedtaksansvarlig og beslutningsansvarlig støttes.

Kapittel 9 Vedtaks- og beslutningsansvarlig

§ 9-14 angir at tiden for observasjon reduseres fra 10 til 7 dager med mulighet for forlengelse inntil ytterligere 5 dgr, i dag mulighet til forlengelse ytterligere 10 dager. Dette støttes da klinisk erfaring tilsier at dette vil være tilstrekkelig observasjonstid.

Kravet om sannsynlighet er redusert fra nåværende lov om «overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern» til i utkastet «sannsynlig at lovens vilkår er oppfylt».

Dette støttes, da man i dag ser at terskelen kan synes å ligge for høyt. Det er situasjoner der det ikke fattes vedtak, mens det i ettertid synes klart å ha foreligget et behov for tvungent tilbakehold.

Kapittel 10 Kontrollinstansene

Det støttes at kontrollinstansene styrkes og at det er en felles instans. Likevel synes det som det vil kreve omfattende kompetanseoppbygging for å ha tilstrekkelig forståelse av de ulike tjenesters oppgaver. Sammensetningen av nemndene vil være tilsvarende dagens kontrollkommisjoner med en leder som er jurist med dommerkompetanse, en lege og en leg-person. Dette er en reduksjon i nemndas sammensetning på en person på bekostning av leg-medlemmet. Der kontrollkommisjonene i dag får spisskompetanse på vurdering av tiltak etter psykisk helsevernloven skal den enkelte tvangsbegrensningsnemnd prøve å ha tilsyn med tvangstiltak i alle deler av helsevesenet og kompetansen i det enkelte området vil bli redusert på bekostning av breddekompetansen. Omfanget av arbeid i psykisk helsevern vil bli omtrent som i dagens kontrollkommisjoner, mens det i øvrige deler av helsevesenet klart synes å styrke rettssikkerheten for personer som er underlagt tvang etter dagens helse- og omsorgstjenestelov kapittel 9 eller 10.

Kommentarer vedr TSB pasienter

Kriteriene for å iverksette tvang endres til at «fravær av beslutningskompetanse» og «sterkt behov» for aktuelt tiltak skal danne grunnlag for tvangstiltak.

Ut fra de eksemplene som framkommer i høringsutkastet (s. 518), vil de fleste av pasientene som innlegges frivillig på avrusningsenhetene omfattes av kriteriene. Dette kan medføre fare for flere innleggelser etter tvangskriteriene.

§ 5-4 punkt 10 kan tolkes som at fastlege/legevakt kan legge pasienter inn på tvang, uten at kommunen har iverksatt tvangsførebyggende tiltak. En utstrakt slik praksis vil undergrave hensikten med Tvangsbegrensningsloven – å hindre bruk av tvang. Dette kan medføre at antall innleggelser på tvang av pasienter med akutte rusproblemer kan øke. Dette kan føre til samme utglidning som dagens praksis i forhold til bruk av KHoL § 10-2 fjerde ledd (midlertidig tvang) framfor § 10-2 første ledd (ordinær tvang).

Når det gjelder personer med behandlingskrevende komorbide somatiske tilstander inkludert langvarige rusproblemer (sterkt behov for tiltak), kan det oppstå usikkerhet om hva som er grunnlaget for tvang i TSB – rus eller somatikk.

Personer med rusproblemer vil periodevis ha fravær av beslutningskompetanse. I høringsutkastet (s. 446) gis det eksempler på hva som kan være grunnlag for å vurdere fravær av beslutningskompetanse. Deler av arbeidsgruppen deler ikke konklusjonene i forhold til hvem som har/ikke har beslutningskompetanse ut fra eksemplene. Dette tilsier at enkelte personer med rusproblemer vil være vanskelig å vurdere. En konsekvens av dette kan være at flere blir vurdert til ikke å ha beslutningskompetanse – for sikkerhets skyld, altså fare for utglidning.

Ut fra konklusjonene om beslutningskompetanse (s. 446) – vil de fleste av pasientene på avrusningsenhetene ha fravær av beslutningskompetanse som kan medføre flere tvangsinnleggelser. I forhold til gravide med rusproblemer er det ingen vesentlige endringer i det nye lovforslaget, noe som arbeidsgruppen slutter seg til.

Vedtak om tilbakehold som en person med rusmiddelproblemer motsetter seg skal fattes av den institusjonen som skal gjennomføre vedtaket. Dette gjør at saksbehandlingen flyttes fra kommunen til TSB. Å utarbeide vedtaket vil være en spesialistoppgave (lege og psykolog). Driftsmessig vil dette skaper utfordringer i forhold til ressursbruk og forutsetter økt tilgang på spesialister, uten at dette skal gå på bekostning av behandlingsoppgaver – dvs. økt antall spesialister. Denne oppgaveforskyvningen, og konsekvensene av den bør synliggjøres bedre i høringsutkastet.