

Høringssvar fra Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, til «Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget»

v/ Tonje Lossius Husum, Jørgen Dahlberg, Jacob Jorem, Carl Tollef Solberg og Reidar Pedersen, Oslo 8. nov. 2021

1. Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?

Svar: Det er behov for tilstrekkelige ressurser til implementering av det nye lovverket. En viktig del av dette er opplæring og veiledning til helsepersonell i alle deler av helsetjenestene. Det bør settes av ressurser/tid til ansatte som kan arbeide spesifikt med implementeringen av det nye tvangslovverket. Videre bør det forberedes kurs og undervisningsmateriell, for eksempel om vurdering av samtykkekompetanse og tvangsreduksjon til alle deler av helsetjenestene som anvender tvang. Om den nye lovgivningen legger stor vekt på samtykkekompetanse-vurderinger slik forslaget legger opp til, så bør verktøy for å vurdere samtykkekompetanse oversettes eller utvikles og valideres i en norsk kontekst for de mest aktuelle tjenesteområdene. Om dette ikke er mulig av tidshensyn bør det lages en plan for hvordan dette skal skje så fort som mulig. Det er videre vår erfaring at tjenestene ofte mangler kunnskap om metoder for implementering og opplæringsprogrammene bør derfor inkludere generisk kunnskap om implementering.

Erfaringene fra lovendringene i 2017 tyder på at mer fokus på pasientens selvbestemmelse og frivillige tjenester kan føre til økt behov for samhandling mellom psykisk helsevern og kommunale tjenester, og tettere oppfølging av pasienten der pasienten bor. Dette har trolig gitt økt belastning på kommunale tjenester og de pårørende (med pårørende mener vi alle som står pasienten nær - familie, venner og evt. andre). Det kan også føre til flere kortere innleggelses i psykisk helsevern, selv om det er mye vi ikke vet om konsekvenser av denne type lovendringer og reduksjon i antall tilgjengelige døgnplasser for pasienter uten dom på psykisks helsevern kan ha gitt lignende effekter.

Om regelverket som vedtas er mer komplisert å lære seg eller anvende enn dagens regelverk, eller fører til flere eller mer tidkrevende vedtak, uten tilførsel av tilstrekkelige ressurser, så vil det trolig også kunne redusere tiden til å yte god helsehjelp og eventuelt redusere kvaliteten på de tjenestene som får mindre tid og kunne føre til mer bruk av tvang.

Nok ressurser på alle nivåene – både til implementering, opplæring, samhandling, økt press på tjenestene og de pårørende, og vedtaksansvarlige - må sikres *før* eventuelt nytt regelverk kan iverksettes.

Vi savner også mer prinsipielle vurderinger knyttet til prioriteringer av ressurser i det nye lovforslaget. For eksempel hvordan tvangsreducerende tiltak skal prioriteres i forhold til annen helsehjelp. Vi ser at ressursspørsmål er omtalt flere steder, for eksempel under omtalen av krav til frivillige tiltak først og krav til faglig og materiell standard, men diskusjonene er i liten grad knyttet an til gjeldende prioriteringskriterier for helsetjenesten. En slik diskusjon burde også inkludere mulige tilsiktede og utilsiktede prioriteringseffekter av

både mindre og mer bruk av tvang for helse- og velferdstjenestene, politiet, og de pårørende.

Om det er stor usikkerhet knyttet til konsekvenser for ressursbruk og prioriteringseffekter bør det gjøres bedre utredninger før innføring av nytt lovverk.

Før innføring bør det også lages en plan for å evaluere konsekvensene av innføringen av nytt lovverk. Evaluering av et regelverk som er foreslått her er komplisert og krever solid kompetanse på alle relevante kliniske områder i tjenestene, i tillegg til kompetanse i helsetjenesteforskning, juss og etikk. På mange områder mangler vi også kunnskap om hva som er praksis i dag, for eksempel vet vi relativt lite om bruk av tvang når helse- og omsorgstjenester ytes til barn og personer med psykisk utviklingshemning. Slike kunnskapshull må tettes for å kunne evaluere konsekvensene på en god måte.

2. Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?

Svar: Dagens organisering av helsetjenestene er trolig ikke tilpasset det nye foreslåtte regelverket. Det er behov for betydelig økte ressurser i alle deler av tjenestene, inkludert personale, kompetanse og areal. Dette gjelder både for spesialist- og kommunehelsetjenestene i samhandlingen. Et godt samarbeid med politi for å håndtere fare i helsetjenestene er også avgjørende. Implementering av metoder som har tilstrekkelige evidens for å redusere bruk av tvang bør skje i alle deler av tjenestene og av alle profesjonene som skal anvende det nye lovverket. Samtidig bør det legges til rette for systematisk utprøving og evaluering av nye tvangsreduserende tiltak¹. Tiltak som innebærer styrking av samhandling, koordinering og tjenester nær der pasienten oppholder seg vil kunne være spesielt aktuelle, f.eks. videre utbyggingen av FACT (oppsøkende team som jobber på tvers av tjenestenivåene), fastlegetjenester, psykisk helsearbeid i kommunene, systematisk pårørendesamarbeid og individuell plan.

3. Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenestene som følge av nytt regelverk?

Svar: Det er et betydelig behov for opplæring i alle deler av helsetjenestene som følge av nytt regelverk, for eksempel vurdering av samtykkekompetanse, tvangsreduserende tiltak, forebyggende arbeid – ikke minst i kommunehelsetjenestene, samhandling omkring pasienter der det er stor usikkerhet rundt konsekvensene av å la være å bruke tvang, og samarbeid med pårørende.

4. Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?

Svar: Trolig vil samtlige av de viktigste foreslåtte lovendringene kreve endringer i alle tjenestene som skal ta dem i bruk, men i varierende grad. Eksempelvis er manglende samtykkekompetanse allerede innført som vilkår for tvangsbruk i både somatikken og psykisk helsevern, men det er fortsatt et stort opplæringsbehov og betydningen av disse vurderingene endres noe med det nye lovendringene.

5. Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?

Svar: Pårørende vil trolig være de som i størst grad får en merbelastning sammen med helse/sosialtjenester i pasientens nærmiljø. Pårørende bør involveres i så stor grad som mulig og bør tilbys hjelp og støtte for sin egen del. Kommunale tjenester kan støtte familien til de som sliter psykisk. Pårørende bør også få informasjon om hva vurdering av samtykkekompetanse innebærer, og om deres rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler samtykkekompetanse. Det er behov for tilstrekkelig med ressurser og kompetanse til å forhindre at enkelte pasienter påfører sine nærmeste en for stor merbelastning eller fare. Dette innebærer i sin tur at involvert helsepersonell tilføres kompetanse og ressurser til å lære opp, veilede og støtte de pårørende på en tilfredsstillende måte. Arbeidsmetoder som retter seg mot nettverk- og systemperspektiv favner dette, et eksempel er 'multisystemiske team'².

For pårørende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser finnes det evidensbaserte tilnærminger som også er anbefalt som en del av behandlingen, både for pasientens egen del og for de pårørendes del (for eksempel psykoedukativt familiesamarbeid, nettverksarbeid, multisystemiske team & FACT). Denne type tilnærminger er ekstra viktige med mer fokus på frivillighet og mindre døgnbasert behandling. Dette er i dag fortsatt tatt i bruk i begrenset grad helsetjenestene, til tross for at de er anbefalt i nasjonale veiledere og behandlingsretningslinjer.

Før en ny tvangslov trer i kraft bør det gjøres en konsekvensutredning for pårørende og lage en plan som sikrer pårørende nødvendig støtte, opplæring og veiledning.

6. Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?

Svar: Det er behov for å involvere alle deler av tjenestene i forbindelse med implementering av lovendringene. Dette er et omfattende arbeid som både krever tid og god informasjon. Ved å involvere lege- og psykologforeningen, slik at de kan arrangere kurs for sine medlemmer. Det samme med brukerorganisasjonene, og brukerinvolvering på alle nivå i tjenestene er av betydning. Godt tilrettelagt opplysningsmateriell og kurs. Bruke muligheter for e-kurs mm. Grundig opplæring vil også kunne gi et viktig bidrag til å redusere lokale variasjoner i forståelsen av lovverket. Det bør også lages en plan for å fase inn det nye lovverket i grunnutdanningene for helsepersonell, for utdanningen av leger i spesialisering (LIS) og tilsvarende for psykologer og annet helsepersonell. I tjenestene bør det lages planer

for implementering – nasjonalt, regionalt, organisatorisk og på enhetsnivå – sammen med RHFene og KS. De kliniske etikk-komiteene kan bidra med å spre informasjon om lovverket og drøfte etiske dilemmaer knyttet til anvendelsen av lovverket. De finnes i alle Helseforetak (lovpålagt) og i enkelte kommuner.

7. Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?

Svar: Kompetanseheving og tillit i ulike deler av helsetjenestene er avgjørende for å sikre god samhandling. Økt byråkratisering kan bidra til å forringe samhandlingen. I tillegg kan man bygge videre på allerede eksisterende metoder som etter-samtaler etter bruk av tvang hvor både spesialisthelsetjenesten og kommune er involvert. Bruke eksisterende metoder som krise-/mestringsplan, utskrivningssamtale etter innleggelser og individuell plan kan også være vesentlig for pasienter som trenger spesielt godt koordinerte tjenester over tid. Det bør lages spesielle tiltaksplaner for de pasienter der frivillige løsninger medfører betydelig risiko for pasientens egen helse eller andres helse, og der tett oppfølging er påkrevd for å unngå eller fange opp eventuell forverring.

8. Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?

Svar: For det første kan oppgaver forskyves fra spesialist- til kommunehelsetjenestene. Kommunale psykiske tjenester bør styrkes og videreutvikles. Vi tenker da særlig på metoder som «Housing first», «Individuell jobbstøtte» (IPS) og «Individuell plan», hvor brukere skal ha en koordinator. Her kan f.eks. NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene kan trolig bidra med å videreutvikle kommunenes psykiske tjenester. NAPHA har også et kommunikasjons- og informasjonsnettverk ut i de kommunale psykiske tjenestene som kan benyttes.. NAPHA har også informasjon om IPS på sine nettsider.³

For det andre forskyves oppgaver mellom helsetjenestene og politiet. Det er behov for en nærmere evaluering av ansvarsfordelingen for hvordan fare skal håndteres blant ulike pasientgrupper, og det er behov for å forenkle tilgang til bistand der det er behov.

9. Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.

Svar: Det er et betydelig behov for å styrke kompetanse og ressurser blant legevakter og fastleger ved innføring av nytt lovverk. De foreslåtte lovendringene kan medføre en betydelig økt arbeidsbelastning i primærhelsetjenestene. Arbeidsmodellen ved Oslo psykiatriske legevakt kan implementeres andre steder i landet, spesielt i de store byene. Kurs og opplæring bør rettes mot fastlegene og legene på legevakt. Fastlegene må, sammen med andre tjenester i kommunene, sikres tid og ressurser, til få følge pasienter som skal få

frivillig hjelp og bo hjemme i stedet for tvungent psykisk helsevern. Denne pasientgruppen er generelt sett er blant de mest ressurskrevende pasientene for i en tradisjonell fastlegepraksis.

10. Hva bør være på plass for å sikre at kommunen er i posisjon til å forebygge tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?

Svar: Kommunenes psykiske- og rustjenester bør samlokaliseres og styrkes. Man bør fortsette å stryke kompetansen om psykiske lidelser i kommunene, for eksempel med psykologer, psykiatere og annet helsepersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

11. Ulike alternativer for hvordan en eventuell adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler bør innrettes (se punkt 6.11)

Svar: Pasientens autonomi står sentralt i forslaget til ny tvangslov. Det er avgjørende at de som reserverer seg har fått tilfredsstillende informasjon og har en adekvat forståelse til å ta et slikt valg. En tidsbegrensning for bruk av legemidler i tilfeller av nødssituasjoner kan få dramatiske konsekvenser om legemiddelbruken må opphøre etter kort tid uten at situasjonen er bedret, med mindre det finnes mindre inngripende alternativ. Mangel på eksplisitte unntakshjemler her kan bidra til økt bruk av uhjemlet tvangsbruk som kan forringe rettssikkerheten til pasienten. Inngrepsterskelen bør imidlertid være høyere enn om en relevant reservasjon ikke forelår. Om pasienten i etterkant gjenvinner sin samtykkekompetanse og gjentar sin reservasjon bør dette heve inngrepsterskelen ytterligere om en lignende situasjon skulle oppstå.

12. Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være? (se punkt 6.13)

Svar: Det er lite hensiktsmessig med en gitt utfasingstid for bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner. Spørsmålet vil avhenge av løsningen på flere av problemstillinger er drøftet over. Eventuell utfasing bør følges av systematisk evaluering av virkninger/bivirkninger, med mulighet for å revidere foreslåtte endringer avhengig av hvilke effekter forslaget har.

13. Hvordan kan behov for å håndtere nødssituasjoner best balanseres mot ønsket om å øke terskelen for å bruke de mest inngripende tiltakene, jf. utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen? (se punkt 6.13)

Svar: Viser til det ovenstående. Dette bør også følges opp med systematisk evalueringsforskning og implementering av program og metodikk som har tilstrekkelig dokumentasjon for redusere bruk av tvangsmidler.⁴

14. Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall bør utformes? (se punkt 6.13)

Svar: Vi tenker det bør være åpning for dette der man enten har grunn til å tro at dette er et mindre ondt for pasienten enn andre alternativer (og øvrige vilkår for tvang er oppfylt), eller der pasienten selv har gitt uttrykk for at vedkommende ønsker dette fremfor andre tvangsmidler. Det bør imidlertid ikke være anledning til å bruke mekaniske tvangsmidler overfor barn & unge personer under 18 år med mindre det kan fremskaffes dokumentasjon på at dette er mer skånsomt enn alternativer som holding..

15. Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling eller vil den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene? (se punkt 6.15)

Svar: Lovutkastet skiller ikke mellom skjerming (på eget område eller enhet) og isolasjon (bak låst dør). Dette er uansett et felt der vi mangler mye kunnskap om virkninger og bivirkninger. Uansett forslag er det viktig at man før ikrafttredelse har en klar plan for å evaluere og har gode «før-målinger» for å ha et godt sammenligningsgrunnlag. I tillegg bør det være en åpning for å revidere og justere regelverket etter evaluering. En arbeidsmodell som kan vurderes å implementeres i Norge, som nå skal implementeres i hele Nederland er 'High and Intensive Care (HIC)'. Arbeidsmodellen er spesielt utviklet for å håndtere personer i akutt krise i akuttavdelinger. Modellen har blant annet utviklet en fasemodell for å håndtere personer i kriser, hvor de blant annet bruker en måte å roe personer med på som kalles 'rooming-in'. Det pågår mye god utvikling av psykiske helsetjenester, samt fagutvikling i kommunene. Det har ikke vært samme fokus på fagutvikling i akutt-psykiske tjenester. HIC modellen fra Nederland er en slik arbeidsmodell som muligens kan implementeres og evalueres også i Norge⁵.

¹Nyttige råd og veiledning kan finnes i følgende dokument fra hhv. WHO og Europarådet:
<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

<https://www.coe.int/en/web/bioethics/good-practices-for-reducing-and-preventing-coercion-in-mental-health-settings-in-the-council-of-europe>

²https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/multisystemisk_terapi_mst_behandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_med_alvorlige_atferdsvansker_et_alternativ_til_plassering_utenfor_hjemmet_12_18_ar/

³ <https://www.napha.no/content/20131/individuell-jobbstotte-ips>

⁴ For eksempler på aktuelle tiltak: https://www.helse-sorost.no/Documents/Fagomr%C3%A5der/Psykisk%20helsevern/RAPPORT_Redusert%20bruk%20av%20tvangs%20midler%20i%20HS%C3%98_endelig%20og%20godkjent.pdf
<https://sifer.no/map/>

⁵ For mer info om HIC:

<https://hic-psy.nl/about/>

file:///C:/Users/tonje/Downloads/High_and_Intensive_Care_in_Psychiatry_A_New_Model_.pdf

file:///C:/Users/tonje/OneDrive%20-%20Tonje%20Lossius%20Husum/Skrivebord/Tvangsforsk/PhD%20Thesis%20High%20and%20Intensive%20Care%20in%20psychiatry_Laura%20van%20Melle.pdf