

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Lagt inn [elektronisk i høyringsportal](#) på regjeringen.no

Dykkar ref.: 19/2594

Vår ref.: 2019/14702-6

Bergen, 15.12.2019

Høyringsuttale – NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementet sitt høyringsbrev av 19. juni 2019. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus har diskutert utgreiinga og lovforslaget i ei tverrfagleg arbeidsgruppe med fagfolk frå dei mest relevante fagområda; psykisk helsevern for barn, psykisk helsevern for vaksne, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslingar (TSB), akutt- og mottaksmedisin, habilitering og rehabilitering. Føretaksleiinga har handsama saka og gitt innspel til denne høyringsuttalen.

Samandrag av dei viktigaste innspela frå Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus

Dette er ei omfattande utgreiing med eit komplisert lovforslag som det er vanskeleg å få fullstendig oversikt over.

Ei lov for all bruk av tvang i helse- og omsorgstenesta bør strukturast betre, slik at helsepersonell, pasientar og brukarar, pårørande og kontrollinstansar kan lese, tolke, forstå og praktisere lova.

Namnet på lova bør være nøytralt – «tvangslova». Lova må legge vekt på rett bruk av tvang og at bruken av bistandsteam og spesialistar i vurderingane blir framheva som tiltak for å sikre rett bruk.

Bruk av viktige omgrep bør forberast og klargjerast slik at den tener føremålet. Nokre omgrep i utgreiinga er for vide, nokre er uklart definert og nokre viktige omgrep er brukt feil.

Nullvisjonen er urealistisk. Det er ikkje realistisk å ha ein «nullvisjon» for bruk av tvang. Vårt utgangspunkt er at bruk av tvang må vere godt fagleg, etisk og juridisk grunngjeve, og skje så sjeldan som råd, så kortvarig som råd, og med minst mogleg inngripande metodar.

«Kraftfulle nasjonale initiativer» må konkretiserast. Dersom bruken av tvang i helse- og omsorgstenesta skal reduserast kraftig utan at det går ut over helsa til pasientar og brukarar, eller tryggleiken for andre personar og helsepersonell, vil det vere trong for konkrete tiltak for kompetanseheving, utvikling av tenestene, sannsynleg styrking av bemanninga og betre fysisk tilrettelegging av sjukehus og andre institusjonar.

Iverksettinga må førebuast grundig for å unngå ein lang periode der utryggleik og vilkårlegheit dominerer i tolking og praktisering, som igjen gjev risiko for helsa til pasientar og brukarar, men òg alvorlig skade på desse og andre sitt liv og helse.

Omtalen av bruk av antipsykotiske legemiddel må utviklast og forbetrast. Bruk og effekt av antipsykotiske legemiddel har ein viktig plass i utgreiinga. Vurdering av kva betring som kan påreknast og kva biverknader som kan risikerast ved behandling med desse legemidla er viktige premisser for å vurdere grunnlaget for å bruke dei som tvangstiltak. Det er betydeleg kontrovers omkring bruken av antipsykotiske legemiddel, ikkje minst utanfor det medisinske fagfeltet. Det er difor avgjerande at litteraturgjennomgangen som ligg til grunn for det nye lovverket er grundig, presis og objektiv. Vi kan ikkje sjå at dette er tilfellet i denne utgreiinga, og har ei rekkje eksemplar på dette i teksten.

Heimelen for bruk av mekaniske tvangsmiddel bør ikkje avskaffast. Ein konsekvens av mindre eller ingen bruk av mekaniske tvangsmiddel kan vere meir bruk av dempende legemiddel og meir bruk av fasthalding. Dette kan vere vel så inngripande, både for pasientar og brukarar og helsepersonell. Vi kan altså ikkje sjå at det generelt vil være slik at mekaniske tvangsmiddel alltid vil være verre enn andre tvangstiltak.

Innleiande kommentarar

Dette er ei omfattande utgreiing med eit komplisert lovforslag

Høyringsutkastet er svært omfattande, og språket i og oppbygginga av teksten er ofte vanskeleg tilgjengeleg. Sentrale omgrep og vilkår verkar uklare. Det er vanskeleg å få oversikt, forstå argumentasjonsrekkene og konklusjonane. Dette fører til at det er vanskeleg å vurdere konsekvensane av forslaga både for pasientar og brukarar, helsetenestene og samfunnet.

Forslaget til ny lov er om lag dobbelt så langt som lovteksten i dei fire lovene som omtalar bruk av tvang i helse- og omsorgstenesta i dag. Vidare er det utstrekt bruk av kryssreferansar og unntak. Dei færraste høyringsinstansane kan faktisk sette seg inn i heilskapen av forslaget og dermed komme med konstruktive innspel.

Dersom departementet skal legge fram eit framlegg om ny lov på dette grunnlaget, må det gjerast eit omfattande utviklings- og forbetringsarbeid.

Ei lov for all bruk av tvang i helse- og omsorgstenesta bør strukturereast betre

Haukeland universitetssjukehus støttar i utgangspunktet at reglar som gjeld bruk av tvang i helse- og omsorgstenesta samlast i ei lov og får eitt felles kontrollorgan. Dette kan bidra til ein meir heilskapleg praksis. Dagens ordning med at ein og same person kan vere underlagt fleire tvangsvedtak på same tid i ulike «sektorar» er uheldig. Ei samling av regelverket vil kunne gje betre oversikt og rettstryggleik for pasientar og deira pårørande, og betre rettleiing for helsepersonell. Men for å få denne gevinsten, må lovteksten strukturereast og utformast meir pedagogisk og forståeleg.

Samtidig inneber det å samle regelverket i ei lov at tilstandsvurderingar og tvangstiltak i utgangspunktet må beskrivast generelt og ikkje slik at dei kan knytast til særlege symptom, behandlingar og/eller tiltak. Lovverket blir då omfattande og vanskelegere å forstå og ta i bruk. Vi er mellom anna bekymra for at ei ny felles lov kan gjere det lettare å bruke ulovleg tvang og makt mot nokre personar med utviklingshemming.

Vi er positive til forslaget om at pasientar kan leggjast inn med tvang i TSB på same måte som innan psykisk helsevern. Det er på høg tid at pasientar med rusmiddelavhengigheit får

same rettar til tvangsinnlegging som pasientar med psykisk sjukdom, etter undersøking av lege.

Under alle omstende må eit nytt lovverk gjerast enklare, tydelegare og føreseieleg å praktiserast slik at det gir tryggleik for at pasientar og brukarar får riktig og nødvendig helsehjelp med bruk av tvang når dette er rett. Dersom pasienten eller brukaren det gjeld ikkje er til fare for andre og dersom dei har ein forståing for sin situasjon, skal det være særskilt høyt terskel for å bruke tvang. Utfordringa er å finne den rette balansen slik at pasientar og brukarar som er til fare for andre eller ikkje har forståing til å treffe gode val blir sikra nødvendig helsehjelp.

For at ei ny, felles lov skal kunne praktiserast på ein føreseieleg og sikker måte, må ho bli mindre komplisert enn framlegget og fagfolk og pasient- og brukargruppene må lett kunne finne «sine» reglar. Vi foreslår difor å strukturere lova med generelle kapittel som omtalar føremål, omgrep og felles vilkår, og med spesielle kapittel som omtalar dei ulike gruppene av pasientar og brukargrupper. Vidare bør eit forbetra lovutkast ta opp i seg føringane i «Lovteknikk og lovforberedelse» frå Justisdepartementet. Endeleg bør Språkrådet få lovteksten til gjennomgang før den blir sendt til Stortinget. Ei felles lov skal bli nytta av mange, og det er avgjerande at ho blir lett å forstå og finne fram i for helsepersonell, pasientar, brukarar, pårørande og kontrollorgan.

Namnet på lova bør være nøytralt – «tvangslova»

Lova skal legge til rette for bruk av tvang mot pasientar og brukarar som har behov for nødvendige helse- og omsorgstenester. Den skal syte for balanse mellom omsyn til pasientar/brukarar, pårørande og andre personar, og omsyn til personell og styremakter, og gje tydelige retningslinjer for når tvang vil være rett og galt.

Vi meiner at lova må legge vekt på rett bruk av tvang og at bruken av bistandsteam og spesialistar i vurderingane blir framheva som tiltak for å sikre rett bruk. Helsetenesta og helsepersonellet skal ikkje gjere noko som forverrar helsa til pasientar og brukarar. Men det kan ofte være fare for forverring, i verste fall død, ved å unnlate å fatte tvangsvedtak og gjennomføre tvangstiltak.

Vi meiner difor at «tvangslova» vil være eit betre og meir tenleg namn på lova. Dei same argumenta gjeld namnet på dei føreslåtte kontrollinstansane. Nemndene si oppgave er ikkje å «begrense» bruk av tvang, men å kontrollere at tvang er lovleg brukt ved korrekte vedtak slik at retten til helsehjelp blir sikra. Nemndene bør difor heller heite «tvangsnemndene».

Bruk av viktige omgrep bør forbeholdast og klargjerast

Vi nyttar omgrepa «pasient» og «brukar» i denne høyringsfråsegna, fordi det er desse omgrepa som er nytta i pasient- og brukarrettslova, og som er dekkjande når vi omtalar menneske som får helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. Vi synest omgrepet «person» er for generelt i denne samanhengen, og vil tilrå at «person» erstattast med «pasient og brukar» i ei framtidig ny tvangslov.

Omgrepet «alvorlig helseskade» ved psykoseliding er uklart og diskutabelt. Eit vesentlig diskusjonstema vil eksempelvis være prognosetap på sikt, samtidig somatisk sjukdom eller rusliding mv. Omgrepet «psykiske helseproblemer» gir rom for ei utgliding jamført med dagens vel etablerte omgrep «alvorlig sinnslidelse». «Sterkt behov» gir òg større rom for tolking, og difor blir lova vanskelegare å nytte.

Omgrepa «rusmisbruk», «rusproblemer» og «rusfeltet» bør ikkje nyttast i offentlege utgreiingar eller regelverk. «Rusmiddel»- bør erstatte «rus» som prefiks. «Misbruk» blir ikkje lenger nytta fagleg, og «rusproblemer» fangar for bredt og omtalar ei langt større gruppe enn pasientar som blir innlagde i TSB. Det siste er særst uheldig, fordi det tilslører alvorlet og kompleksiteten i sjukdomsbildet hos pasientar som blir innlagde på tvang i TSB. «Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengigheit (TSB)» er eit betre omgrep enn «rusfeltet» når pasienten er i TSB. Omgrepet «tvangsbehandling» er vanlegvis ikke eigna innen TSB. Vi kan i dag ikkje «behandle» avhengighet med tvang, men fjerne tilgangen på rusmiddel for å gi pasienten rammer til å bli i stand til å ta betre/helsefremjande val.

Nullvisjonen er urealistisk

Bruk av tvang er i mange tilfelle riktig og nødvendig for å sikre at pasientar og brukarar med redusert evne til å gjere gode val for seg sjølv, får nødvendig helsehjelp og slik hindrar liding, prognosetap, funksjonsfall og alvorlig skade. Vurderingane er vanskelege og utvalet har gjort omfattande greie for dette. Vi er likevel ueinige i at det – slik utvalet hevdar – er realistisk å ha ein «nullvisjon» for bruk av tvang. Vi meiner det er eit urealistisk utgangspunkt.

Vårt utgangspunkt er at bruk av tvang må vere godt fagleg, etisk og juridisk grunngjeve, og skje så sjeldan som råd, så kortvarig som råd, og med minst mogleg inngripande metodar.

Arbeidet for å halde bruken av tvang nede må skje med utgangspunkt i ønske om god fagleg praksis. Det gjeld både haldningar og kultur, kompetanse-heving og alternative tilnærmingar, samt etterprøving av regelverk og dokumentasjon. Særleg innan psykiatriske sjukehus vil det vere nødvendig med utvikling og tilpassing av areal i gamle bygg.

Forsking og vår røynsle tilseier at tvang innan TSB hjelper og reddar liv. Ved Haukeland universitetssjukehus opplever vi at fleirtalet av pasientane vi har hatt innlagt på tvang i TSB takkar for hjelpa ved utskrivning og ofte fortel oss at dei trur dei ville ha vore døde utan tvangsinnlegging. Mange finn i løpet av tvangsinnlegginga motivasjon og evne til å gjennomføre frivillig behandling etter tvangsinnlegginga. Lovforslaget bærer preg av at pasientane i større grad enn i dag skal ha rett til «å gå til grunne», og at vi dermed i mindre grad enn i dag vil få høve til å hjelpe dei sjukaste, som har ein skadeleg og livstruande bruk av rusmiddel. Det er difor fare for ytterligere auka dødelegheit for desse dersom vilkåra for å bruke tvang forsvinn.

Når det gjeld tenester til personar med utviklingshemming, meiner vi det er ekstra viktig med trykk på opplæring, kompetansebygging og rettleiing, og formaliserte kompetansekrav til blant helsepersonellet.

For at vi skal lukkast med rett bruk av tvang i alle delar av helse- og omsorgstenesta, er det viktig at det blir lagt opp til styrking av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenesta, og at det blir utarbeidd nasjonale kompetansekrav med godt rettleiingsmateriell og opplæringstiltak.

Det er likevel utenkeleg at ein nullvisjon vil kunne la seg realisere, uansett organisering av og ressursbruk i helse- og omsorgstenesta.

«Kraftfulle nasjonale initiativer» må konkretiserast

Vi merkar oss at utvalet føreset «kraftfulle nasjonale initiativer» for sitt lovforslag. Dette reiser fleire spørsmål. Etter vårt skjønn er dei konkrete føresetnadene for at lova kan setjast i verk

lite drøfta i utgreiinga. Vi er bekymra over situasjonen dersom eit omfattande nytt lovverk bli vedtatt utan at føresetnadene for forslaget òg blir sett i verk.

Dersom bruken av tvang i helse- og omsorgstenesta skal reduserast kraftig utan at det går ut over helsa til pasientar og brukarar, eller tryggleiken for andre personar og helsepersonell, vil det vere trong for konkrete tiltak for kompetanseheving, utvikling av tenestene, sannsynleg styrking av bemanninga og betre fysisk tilrettelegging av sjukehus og andre institusjonar.

Iverksettinga må førebuast grundig

Det er viktig allereie no å erkjenne at iverksetting av eit nytt tvangslovverk vil krevje omfattande førebuing for å unngå ein lang periode der utryggleik og vilkårlegheit dominerer i tolking og praktisering, som igjen gjev risiko for helsa til pasientar og brukarar, men òg alvorlig skade på desse og andre sitt liv og helse. Tiltaka vil måtte innebere både utarbeiding av forskrift, instruksar, vedtaksformular mv., samt nasjonale kompetansekrav, opplæringstiltak, etterutdanning og rekruttering av fagfolk med relevant kompetanse i kontrollorgana.

Omtalen av bruk av antipsykotiske legemiddel må utvidast og forbeholdt.

Bruk og effekt av antipsykotiske legemiddel har ein viktig plass i utgreiinga. Vurdering av kva betring som kan påreknast og kva biverknader som kan risikerast ved behandling med desse legemidla er viktige premiss for å vurdere grunnlaget for å bruke dei som tvangstiltak.

Det er betydeleg kontrovers omkring bruken av antipsykotiske legemiddel, ikkje minst utanfor det medisinske fagfeltet. Det er difor avgjerande at litteraturgjennomgangen som ligg til grunn for det nye lovverket er grundig, presis og objektiv.

Vi kan ikkje sjå at dette er tilfellet i denne utgreiinga. Teksten er til dels utdatert, og sentrale publikasjonar ikkje tekne med. Vidare har teksten eit upresist, munnleg preg, omgrep som «effektstørrelse» og «sannsynlighet for effekt» er ikkje brukt korrekt, og det er feil i kjeldebruken. Konsekvensen kan være at denne delen av utgreiinga ikkje har nødvendig legitimitet, og eit viktig grunnlag for deler av lovforslaget blir misvisande. Til dømes er omtalen av verknader av antipsykotiske legemiddel er ikkje oppdatert, og passer betre som omtale av eldre, enn av nyare antipsykotika. Metodologiske svakheiter ved dei store effekt meta-analysane er korrekt påpeikt, mens studiar som utfordrar legemidla sin positive verknad eller tar opp moglege skadelege effektar blir referert langt mindre kritisk. Til dømes blir dopaminerg supersensivering omtala som «En hypotese som har mye for seg ...», og refererer til ein eldre artikkel med ti deltakarar, samt til Robin Murrays usystematiske oversikt med utgangspunkt i hans eigen karriere. Ei rekkje nyare studiar som ikkje finn haldepunkt for at supersensiverings-psykose er eit vesentlig klinisk fenomen, er ikkje nemnt. I omtalen av nedtrappingshastighet av antipsykotika er det vist til eit av utvalsmedlemene si bok utan vidare referansar. Wunderink-studien er beskrive som «En nyere studie må omtales separat fordi den var enestående i sitt slag og funnene var overraskende». Viktige metodologiske svakheiter som vi meiner å kunne ha stor betydning for funna blir ikkje nemnt. Referanse 6 på side 241 (Wolf mfl., 2017) omhandlar ein meta-analyse med spørsmål om antipsykotika fører til kognitiv svekking ved demens. Vi legg til grunn at korrekt referanse skulle vært Leuch mfl., 2017. I omtalen av meta-analysen fra Zhu mfl., er det korrekt påpeikt at ingen av studiane var placebo-kontrollerte. Utvalet skriv vidare «Det er dermed umulig å vite hvor stor bedring pasientene hadde opplevd uten medisiner.». Dette er ei unøyaktig slutning, ettersom heller ikke inklusjon av kontrollgrupper som fekk placebo kan seie noko om betring utan

legemiddel. Eit slik oppsett kan derimot seie noko om legemiddelet sitt spesifikke bidrag til betring utover placeboeffekten, noko som ofte blir uttrykt som ein «effektstørrelse».

Heimelen for bruk av mekaniske tvangsmiddel bør ikkje avskaffast

Utvalet går inn for, på litt sikt, å fjerne heimelen for bruk av mekaniske tvangsmiddel slik som belteseng og transportbelte. Generelt har utforminga av lukka psykiatriske avdelingar mykje å seie for bruk av mekaniske tvangsmiddel. Avdelingar med breie korridorar, store pasientrom, rommelige fellesområde og lett tilgang til uteområde, har mindre bruk av mekaniske tvangsmiddel. Lukka psykiatriske avdelingar med liten plass og høgt belegg vil ha meir uro og vil oftare måtte bruke mekaniske tvangsmiddel for å kontrollere åtferd prega av psykotisk fungering.

Etter vårt skjønn må det være den faglige utviklinga (rammer og retningsliner) og utviklinga i den fysiske utforminga av lukka sengeavdelingar i psykiatriske sjukehus som må føre til at behovet for bruk av mekaniske tvangsmiddel kan minimerast.

Ein konsekvens av mindre eller ingen bruk av mekaniske tvangsmiddel kan vere meir bruk av dempende legemiddel og meir bruk av fasthalding over kortare eller lengre tid. Dette kan vere vel så inngripande, både for pasientar og brukarar og helsepersonell. Vi kan altså ikkje sjå at det generelt vil være slik at mekaniske tvangsmiddel alltid vil være verre enn andre tvangstiltak. Dette er kompliserte faglige spørsmål som ikkje rettferdiggjør fjerning av heimelen for mekaniske tvangsmiddel.

Merknader til nokre av forslaga

§ 1-1 Lovens formål

Vi meiner eit hovudføremål med lova må vere å sikre at pasientar og brukarar får forsvarlege tenester, ikkje berre å «hindre vesentlig helseskade». I tillegg må bruken av tvang vere rett. Dette bør gå klart fram av føremålsparagrafen.

§ 1-3 Motstand, tvang og likestilt med tvang

Vi oppfattar det som nyttig å forsøke å klargjøre disse omgrepa, men meiner dei kan definerast endå klårare og mindre skjønnsprega, slik at dei blir enklare å nytte i praksis.

Det er gjort forsøk på ein objektiv definisjon av tvang, som blant anna skal verne personar med utviklingshemming. Eit snevrare tvangsomgrep (overvinne/omgå motstand), vil føre til at det enklare kan nyttast tvang mot personar som ikkje viser motstand, og som manglar «beslutningskompetanse». Dette vil særlig kunne ramme personar med utviklingshemming.

Utvalet fremmer gode forslag om at behovet for vedtak blir unødvendig i enkelte situasjonar der personar ikkje gjer motstand, og vi oppfattar presiseringane knytt til motstand og tvang som gode og viktige. Nokre av omgrepa som er nytta kan likevel verke negativt sett frå eit pasient- og brukarperspektiv. Ordet «omgåelse» og frasen «... vesentlig informasjon bevisst holdes skjult» i forslaget gjev ikkje tillit.

Utvalet foreslår styrka rettstryggleik for barn når tiltaket er «særleg inngripende». I merknaden er det lista opp kva som er meint med «særleg inngripende tiltak». Desse eksempla kunne like gjerne ha vært tatt inn i lovteksten for at lova skal bli enklare, tydelegare

og meir føreseieleg å praktisere. Vi saknar òg rettleiing på kva som er meint med «barn under 12 år som viser en særlig modenhet i situasjonen».

Generelt får vi inntrykk at dei formelle krava til vedtak blir langt meir omfattande enn i dag, og at dette i seg sjølv skal være eit verkemiddel til å få ned tvangsbruken. At fagpersonar skal la være å fatte vedtak om tvangstiltak på grunn av at det er omstendelig og tidkrevjande vil være svært uheldig. Det er viktig at krava til å fatte vedtak om tvang blir strenge og tydelege, men lovverket må ikkje setje opp byråkratiske stengsler for korrekt bruk av tvang.

§ 1-4 Enkelte andre definisjoner m.m.

Utvalet foreslår at definisjonen av «person» skal vere den same som for «pasient» og «bruker» i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3](#) punkt a og f. Vi er usikre på om det er klokt å innføre eit anna ord enn «pasient» eller «brukar» når det er desse orda som er nytta gjennomgåande i anna lovverk. «Person» er dessutan eit svært vidt omgrep, som omfatter alle typar menneske i alle situasjonar.

Utvalet foreslår at vurdering av «beslutningskompetanse» skal vere den same som for vurdering av «samtykkekompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, 3. ledd.

Vi støttar innføring av omgrepet «beslutningskompetanse» i staden for «samtykkekompetanse». «Beslutningskompetanse» viser klart at det er tale om pasienten eller brukaren sitt val og dette omgrepet er klarare. Det er etter vårt syn meir riktig å si at pasienten eller brukaren «beslutter» at vedkommande vil ha helsehjelp, og ikkje at vedkommande berre «samtykker» til helsehjelp.

Vi stiller oss likevel tvilande til om omgrepet «beslutningskompetanse» er godt nok definert for pasientar som blir innlagde i TSB. Vi meiner pasientar ikkje kan vere «beslutningskompetente» dersom vedkommande har ein rusmiddelavhengigheit som er av ein så sterk grad at personen over tid ikkje har vært i stand til å ta rasjonelle val for å unngå alvorlig skade på sin fysiske eller psykiske helse.

Det er lite konkret omtalt kven som skal gjere vurderinga om manglande «beslutningskompetanse», korleis den skal gjennomførast, kor ofte den skal gjennomførast eller om den kan etterprøvast.

Vi meiner det er avgjerande at nye regler om «beslutningskompetanse» blir tydelege. Vi ser framleis usemje om korleis dagens reglar om «samtykkekompetanse» skal nyttast. Kontrollkommisjonar og fylkesmenn har ulike tolkingar av om det er nødvendig å fatte tvangsvedtak om behandling for alle pasientar som er under tvungent psykisk helsevern, eller om det er mogleg å prøve å samarbeide om frivillig behandling. Eit nytt lovverk må gi helsepersonell klar rettleiing om dette i arbeidssituasjonen.

Når det gjeld bortfall av «beslutningskompetanse», meiner vi at beviskravet «åpenbart» er for strengt. Vi trur beviskravet må senkast samtidig som innhaldet i omgrepet «beslutningskompetanse» må klargjerast betre, sjå over. Då vil faren for utgliding, som utvalet er uroa for, bli langt mindre.

§ 2-3 Tilbud om veiledning av foreldre

Vi ser det som positivt at barn sin rettstryggleik er løfta fram i forslag til ny lov. Det er relativt få barn som får vedtak om tvang etter dagens lovgiving. Barn under 16 år er i stor grad prisgitt foreldre ved tiltak som er særleg inngripande. I lovforslaget er grunnlaget til å berre

basere seg på samtykke til foreldre svekka, og det betyr i praksis at tvangsbruk overfor barn skal registrerast og sakshandsamast på same måte som tvangsbruk overfor vaksne.

Barn sin rett til å nekte vil kunne føre til at foreldre får ei vanskelegere oppgåve med å ivareta foreldrerolla. Dersom foreldre kjem i ein slik «umogleg» situasjon fordi barnet sin grunnleggjande rettstryggleik blir ivaretatt, bør det utløyse rett for foreldre å få hjelp, slik at foreldrerolla kan ivaretakast.

§ 3-2 Utprøving av nye modeller for beslutningsstøtte

Her foreslår utvalet at Stortinget i lov skal pålegge departementet ein spesifikk måte å gjennomføre sitt samfunnsoppdrag på. Vi stiller oss undrande til ein slik styringspraksis, sjølv om intensjonen bak forslaget er god.

§ 3-3 Hvem som kan utøve pårønderrettigheter

Alle personar med utviklingshemming med vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har oppnemnd verge som skal ivareta personen sin interesse under saksførebuing, gjennomføring og evaluering av tiltak. I mange tilfelle er pårørande samtidig verge.

Vi meiner foreldre bør kunne reservere seg mot å delta i prosessen som angår tvangsbruk mot eigne, vaksne born. Det vil då bli behov for at profesjonelle verger kan utøve pårønderrettar.

Kapittel 4 Tiltak i nødssituasjoner

Utvalet sin behandling av nødssituasjonar, og å skilje desse tydelig frå andre tvangstiltak i kapittel 6, oppfattast som viktig og riktig. Den føreslåtte nye heimelen for tilbakehald ved akutt sjølvmondsfare (§ 4-3 første ledd pkt. 5) er ein forbetring som vil førebyggje feil bruk av «nødrett».

§ 4-4 Særlige grense for bruk av mekaniske innretningar som skadeverging

Vi finn det uklart kva som er tenkt med at mekaniske innretningar ikkje skal «oppbevares i umiddelbar nærhet» til aktuell avdeling når ikkje i bruk.

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

Dette er ein av dei viktigaste paragrafane i lovforslaget.

Når det gjeld psykisk helsevern, viser problemet ved å ha et diagnosenøytralt lovverk seg her ved at kriteria for innlegging under tvang i psykiatrisk institusjon blir «sterkt behov» for behandling for «psykiske helseproblemer» for at ikkje det skal påførast ein «vesentlig helseskade».

Vi er i tvil om dette er tydeleg nok og gir nødvendig rettleiing til helsepersonell som må gjere desse vurderingane ved behandlinga av pasientar med psykisk sjukdom. Omgrepet «alvorlig helseskade» ved psykoseliding er uklart og diskutabelt. Eit vesentlig diskusjonstema vil eksempelvis være prognosetap på sikt, komorbid somatisk sjukdom, samtidig rusliding mv. Omgrepet «psykiske helseproblemer» gir rom for ei utgliding jamført med dagens vel etablerte omgrep «alvorlig sinnslidelse». «Sterkt behov» gir òg rom for tolking. Sjå våre kommentarar til bruken av omgrep generelt.

Utvalet foreslår å fjerne behandlingsvilkåret si positive side, eller «betringskriteriet», for bruk av tvang. Dette er vi usamde i. Å hindre «helseskade» er vanskeleg å bruke om psykotiske lidingar. Vi ønskjer at tid med ubehandla psykose skal vere kortast råd for flest mogleg pasientar, sjølv om det å ha ein psykose utan plager eller vesentleg funksjonstap ikkje treng

tvangsbehandling. Men vi må ikkje risikere at pasientar som på sikt vil få eit prognosetap heilt unngår å få nødvendig helsehjelp jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1.

Utvalet har ikkje gitt nokon god rettleiing for korleis «beslutningskompetanse» skal vurderast her. FARV-kriteria (forstå, anerkjenne, resonnere, velje) vil ikkje gje mykje hjelp, noko utvalet òg har kommentert. Vi spør oss om det her er fare for at dette vil ramme dei dårlegaste pasientane ved at dei ikkje får nødvendig helsehjelp.

Ved tvangsinnlegging i TSB er inngangen òg som oftast akutt basert på vurderingar av risiko for liv og helse, og det er vanlegvis behov for ein lengre periode utan rusmiddelpåverknad og abstinenssymptom før pasienten kan få tilstrekkelig beslutningskompetanse. Vi meiner difor det som regel bør gå minimum 4-6 veker før pasienten sin beslutningskompetanse blir vurdert på nytt.

Dersom «beslutningskompetanse» skal vere synonymt med «samtykkekompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven, vil det som regel vil være faglig uforsvarlig å avslutte tvangen før det. Ofte vil sjølve avrusinga ta mange veker dersom den skal gjerast på ein god og forsvarlig måte. Ein kortvarig tvungen avrusing vil kunne føre til betydeleg auka fare for overdose og dødsfall ved utskriving. I tillegg er pasientane ofte meir psykisk ustabile og sårbare i abstinensfasen. Det kan ta tid før pasienten ikkje lenger er styrt av rusmiddelavhengigheit, og kan ta reelle val rundt vidare handlingar. Nok tid til utgreiing og eventuelt behandling av samtidig psykisk sjukdom kan være avgjerande for å gi pasienten motivasjon til et liv med redusert eller ingen av rusmiddelbruk.

Rusmiddelavhengige med størst behov for utgreiing av psykisk sjukdom er ikkje i stand til å ta imot slik utgreiing utan dei rammene som tvangsopphald gir. Vi vil òg hevde at det kan være uetisk å legge inn en pasient på tvang dersom ein ikke har tid nok til å sikre god oppfølging etter utskriving. Dei fleste pasienter innlagt på tvang i TSB har ikkje eigna bustad, og har brotne relasjonar med hjelpeapparat, vennar og pårørande. Pasientane som blir innlagt på tvang i TSB har difor ofte behov for ivaretaking over en lengre periode enn i psykisk helsevern. Dette må det takast omsyn til i den nye lova.

Utvalet foreslår å fjerne kravet om uavhengig legeundersøking ved enkelte tilfelle av re-innleggingar. Dette meiner vi er ei fornuftig endring.

§ 5-7 Utgangsbegrensende tiltak om natten utenfor helseinstitusjon

Det er i lovforslaget gitt heimel for avgrensing av utgang i tidsrommet fra kl. 23:00 til 06:00, ikkje i det tidsrommet personen faktisk er «gått til ro». Vi meiner det er behov for ein meir fleksibel eller individuell utgangskontroll.

§ 6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler

Vi meiner det er avgjerande at heimelen for tvangsbehandling av psykiske lidningar med legemiddel blir vidareført i ein ny tvangslov.

Vi støttar ikkje framlegget om at indikasjonen for bruk av ulike legemiddel skal bli strengt knytt opp mot diagnose, noko som vi meiner vil innskrenke handlingsrommet for god klinisk praksis. Det er vanleg, og i tråd med nasjonale faglege retningslinjer, å bruke det legemiddelet som er best for pasienten i den gitte situasjonen, sjølv om legemiddelet ikkje har den spesifikke kliniske diagnosen som indikasjon i omtala i Felleskatalogen.

Felleskatalogteksten er ofte snever og avspeglar berre kva legemiddelindustrien har lagt ned av økonomi for å dokumentere effektar og biverknader. Om lova no blir endra som føreslått,

vil det kunne få svært uheldige konsekvensar for pasientar under tvangsbehandling. Eksempelvis vil det kunne føre til at ein i større grad må bruke gamle legemiddel med meir uheldige biverknadsprofilar fordi dei nyare legemidla ikkje har fått den same diagnostiske godkjenninga. Mange nyare legemiddel er berre godkjende for schizofreni og ikkje for andre psykosar. Det betyr at pasientar med andre psykosar ikkje får den helsehjelpa som, ut frå ei medisinsk fagleg vurdering, er best. Dette gjeld særleg med omsyn til barn, sidan det er færre antipsykotiske legemiddel som er godkjent for barn. Det er berre eit fåtal depotpreparat som er godkjende for vedlikehaldsbehandling av bipolar lidning. Det vil gjere det vanskelegare å gi god behandling til og vil føre til større biverknader hos pasienter med bipolar lidning. Haloperidol er til dømes det einaste legemiddelet som er godkjent for schizo-afektiv lidning. Dette legemiddelet har mange biverknader. At legen berre kan føreskrive haloperidol som tvangsbehandling, gjer at pasientar med schizo-afektiv lidning i mange tilfelle ikkje får god tilpassa behandling.

Vi meiner såleis at det vil vere betre om det må gå fram at valet av legemiddel må kunne vere klart forankra i nasjonale faglige retningslinjer for at kriteriet om «godkjent for behandling» er oppfylt. Uansett skal kriteriet for forventa nytte ved tvangsbehandling vere oppfylt.

§ 6-12 Behandling av spiseforstyrrelser med ernæring

Utvalet synest å sjå ei utgliding i bruk av tvungen ernæring, der tiltaket òg blir brukt overfor personar som «berre» set helsa på spel. Utvalet foreslår at bruken av tvungen ernæring må grunnjievast i «særleg omfattende vrangforestillinger om egen kropp».

Vi er redde for at «særleg omfattende vrangforestillinger om egen kropp» blir for snevert. Årsaka til næringsvegning kan òg ligge i paranoide idear om maten. Kva gjer vi om ein person som er innlagt med tvang ikkje følger behandlinga, går ytterlegere ned i vekt, men som ikkje kan seiast å ha «særleg omfattende vrangforestillinger om egen kropp»? Må ein då vente til tilstanden er livstruande før ein kan setje i gang sonderernæring, eller må pasienten utskrivast, då ein ikkje kan gje pasienten forsvarleg helsehjelp?

I rapporten kapittel 25, side 558 er det uttalt: «Personar som er aktuelle for tvungen ernæring har ofte omfattende personlighetsproblematikk der underernæringen best forstås som symptom på relasjonelle vansker.» Vi finn denne uttalen er for snever. Det er òg andre forhold som gjev grunnlag for vedtak om tvangsernæring. Mellom anna kan det handle om at personen har sterk angst. Det aller vanligaste er elles at sjølv om vedtaket fattast, kjem ein ikkje så langt som til å gjennomføre sondeernæringa, då pasienten begynner å ete sjølv.

§ 6-13 Elektrokonvulsiv behandling

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) er i mange tilfelle avgjerande behandling ved eksempelvis djupe depresjonar. Nokre gonger er behandlinga livreddande. Dagens praksis er at dette i enkelte tilfelle skjer «på nødrett» dersom legane vurderer situasjonen slik at pasienten er i livsfare.

Utvalet fortener honnør for at ein har tatt fatt i dette problemet og gitt en heimel for ECT utan samtykke i enkelte situasjonar. Kravet om livsfare «i løpet av få uker» er strengt, samtidig er «ikke motsette seg» òg uklart. Vi er difor usikre på om dette vil fjerne behovet helt for nødrettslege vurderingar. Her må det altså komme adekvat rettleiing i form av forskrift og/eller rundskriv.

Ved katatone tilstandar kan det være behov for behandling på nødrett lengre enn to veker før pasienten har vært i stand til å samtykke. Ved ei psykotisk grunnliding er det heller ikkje gitt at pasienten vil bli «beslutningskompetent» sjølv etter at behandlinga har vart ei tid. Vi stiller oss difor undrande til den absolutte grensa på to veker.

§ 6-14 Rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler og § 6-15 Rett til å reservere seg mot elektrokonvulsivbehandling

Hovudregelen i norsk rett er at behandling i psykisk helsevern er frivillig. Så har ein eit unntak gjennom paragrafen om behandling utan samtykke. Her foreslår ein eit unntak frå dette unntaket – som igjen må inkludere unntak. Dette er ikkje god lovteknikk. Vi er òg sterkt ueinige i det materielle i dette forslaget.

For kontrollinstansane som skal godkjenne slike førehandsreservasjonar, blir det svært vanskeleg å gjere ei konkret vurdering av pasienten sin beslutningskompetanse. Spørsmålet om ein pasient som har blitt behandla med antipsykotiske legemiddel og etter dette har blitt symptomfri eller –fattig, har rett forståing av årsak, effekt og verknad, kan være vanskelig. Det er risiko for at ein godtek ein førehandserklæring på feil grunnlag, slik at ein pasient som elles oppfyller kriteria for behandling utan samtykke, går glipp av sjansen for vesentleg symptomlette, lindring og betring.

Vi antar at omsynet som reservasjonsretten er meint å ivareta, kan handterast like godt gjennom at ei førehandserklæring ikkje er eit absolutt hinder for behandling utan samtykke, men kan vere ei erklæring om at vedtaket automatisk blir påklaga, slik at kontrollinstansen i alle tilfelle går gjennom saka og gjer ei konkret overprøving.

Det er òg vanskelig å forstå at det skal være råd å reservere seg mot ECT utan at pasienten har hatt røynsle med djupe depresjonar eller tidligare behandling med ECT. Ein risikerer då at ein pasient som oppfyller vilkåra i § 6-13, dvs. står i fare for å døy i løpet av få veker, går glipp av sjansen for livreddande behandling på grunn av ei førehandserklæring som kan være gitt ureflektert.

§ 6-16 Forbud mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern

Forbodet etter § 6-16 vil kunne skape situasjonar der alvorleg psykisk sjuke, som kanskje òg er sterkt rusa, utgjer ein alvorleg fare for seg sjølv og andre. Sjå òg innleiande kommentarar.

§ 8-3 Særlige krav ved gjennomføring av kroppslige inngrep med tvang

Vår røynsle er at det er mindre bruk av tvang mot personar med psykisk utviklingshemming i kommunale helse- og omsorgstenester der det er høg del høgskuleutdanna personell. Vi meiner difor det bør inn formelle kompetansekrav for at helsepersonell skal kunne gjere kroppslige inngrep, slik kravet er i [helse- og omsorgstenestelova § 9-9](#), 3. ledd.

§ 9-7 Bistandsplikt for spesialisthelsetenesta

Det må definerast kva som meinast med «store formidlingsproblemer» slik at spesialisthelsetenesta si plikt til å bistå blir avklara. Vår røynsle er at for enkelte personar med utviklingshemming er det i nokre tilfelle ikkje opplagt «store formidlingsproblemer» (godt verbalspråk), men likevel omfattande vanskar med å forstå (eksempelvis ved autismespekterforstyrrelsar). Desse personane er svært sårbare for overvurdering og det oppstår situasjonar der krava til helsefaglig forståing blir for store.

Vi meiner spesialisthelsetenesta bør bistå i alle saker som handlar om tvang mot pasientar/brukarar med manglande «beslutningskompetanse», uavhengig om dei har psykisk utviklingshemming eller ikkje.

§ 9-14 Midlertidig vedtak ved tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold

Tidsramma for «tvungen observasjon» i institusjon er føreslått redusert frå ti til sju dagar. Det er vanskeleg å sjå at dette representerer ei gunstig endring. Utan tidsmessige og faglege rammer for eit godt avgjerdsgrunnlag, eksempelvis i situasjonar der pasienten har skadeleg rusmiddelbruk, vil ein kunne fatte feile avgjerder som kan få stor betydning for vedkomande.

Kapittel 10 Kontrollinstansane

Vi vurderer det som positivt med betre sakshandsaming og betre rammevilkår for faglig bistand til kontrollinstansane enn det vi har i dag. Rekruttering av fagfolk med rett kompetanse til instansane kan bli krevjande, og må førebuast godt. Nemndene bør ha minst ein fagperson med kjennskap til kvar aktuelle pasient- og brukargruppe, eller kvart fagområde som medlem.

Namnet på nemndene bør endrast til eit nøytralt omgrep – til dømes «tvangsnemnd», sjå innleiande kommentarar.

Kapittel 15 Regionale sikkerhetsavdelinger

Lovforslaget gir enkelte utvida heimlar for regionale sikkerhetsavdelingar. Vi meiner det vil være fleire pasientgrupper en dei omtalte som vil trenge tilsvarande heimel for behandling. Dette gjeld særleg pasientar ved dei lokale sikkerhetsavdelingane som ikkje sjeldan kan samanliknast med pasientar ved dei regionale. Behovet for å kunne rehabilitere og utprøve lågare sikkerheitsnivå for pasientar ved dei regionale avdelingane, tilseier og at nokre av desse heimlane òg bør kunne gjelde for pasientar ved dei lokale avdelingane.

Eivind Hansen (sign.)
Administrerande direktør



Marta Ebbing
Fagdirektør