



25.mai 2021

Høring - Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne

Legeforeningen har fra Helsedirektoratet mottatt høring om *nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne*.

Helsedirektoratet opplyser at nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne begrunnes i hovedsak i den juridiske reguleringen, men også i pasient- og pårørendekompetanse, klinisk erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap. Seks kunnskapsbaserte kjernestrategier, som er implementert i flere andre land, utgjør de overordnede prinsippene for et helhetlig og langsiktig arbeid med forebygging av bruk tvang i de psykiske helsetjenestene. Strategiene omhandler:

1. Ledelse
2. Aktiv bruk av data om bruk av tvang
3. Utvikling av personalets kompetanse og faglighet
4. Bruk av forebyggende verktøy
5. Pasientens rolle
6. Oppfølgingsmøter med gjennomgang av tvangsbruk

Helsedirektoratet ber om tilbakemelding på om rådene kan bli et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med forebygging av tvangsinnleggelse, og forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne.

Kapittel 5 Forebygging av tvangsinnleggelse (systemnivå)

Norsk forening for allmenmedisin (NFA) finner at kapittel 5 om forebygging av tvangsinnleggelse er mest relevant å drøfte fra et allmenmedisinsk perspektiv. Vi tok i

arbeidet med å vurdere rådene direkte kontakt med Helsedirektoratet for å høre deres oppfatning, og de pekte også på kapittel 5 hvor de kommunale tiltak drøftes. Fastlegen er nevnt i dette kapittelet en gang ved et kulepunkt som sier at fastlegen alltid skal kontaktes, om mulig, når det vurderes bruk av tvang. Kapittelet har ingen ytterligere drøfting av fastlegens rolle og funksjon i disse situasjonene eller i forebyggingen av dem, ei heller i oppfølging av pårørende. Dette er en betydelig svakhet ved rådene. Det har ikke deltatt fastleger i styrings- eller arbeidsgruppen. Helsedirektoratet mener likevel at perspektivet er dekket ved at en bydelsoverlege og en representant for Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har deltatt. Vi er ikke enig i denne vurderingen. Rådene lider under fraværet av lege med perspektiv fra fastlegerollen.

Vi synes mange av rådene som gis til spesialisthelsetjenesten og sykehusavdelingene er gode og relevante mhp det lovverk vi har i dag. Slik vi forstår det vil det komme endringer i lovverket om psykisk helsevern og tvang innen relativt kort tid (saksbehandler i Helsedirektoratet forteller at det trolig kommer en høring sommer 2021 med endringsforslag), så man kan drøfte hensiktsmessigheten av å lage råd på dette tidspunktet.

Kapittel 5 har som ingress følgende utsagn:

«Kommunen bør, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ha fleksible, lett tilgjengelige og proaktive tiltak som styrker mulighetene for tidlig hjelp og forebygging av tvangsinnleggelse». Kapittelet og rådene peker på mange gode muligheter som kommunale psykiatritjenester, oppfølgingstiltak, forløpskoordinator, DPS akuttvurderinger og ACT/FACT team. Det legges også vekt på legevaktens rolle.

Rådene bygger i sin helhet på frivillige tiltak:

«Psykisk helsevernloven stiller som krav at frivillighet skal være forsøkt før bruk av tvang, og det er nødvendig med et bredt sett av tiltak for å forebygge tvangsinnleggelse. Tiltakene vil delvis være forankret i kommunen og delvis i spesialisthelsetjenesten, og det er derfor viktig med et strukturert samarbeid mellom nivåene. Tjenestene bør organisere tilbudet slik at det er mulig for helsepersonell å følge pasienten over tid, eksempelvis gjennom faste kontaktpersoner som pasienten har en god relasjon til. Evaluering av tidligere tvangsinnleggelse bør danne grunnlag for tilbud om relevante, frivillige tilbud for den enkelte pasient.»

NFA stiller spørsmål ved hvordan dette skal gjennomføres. Helsedirektoratet ser først på «det store bildet»: en trygg bosituasjon, ordnet økonomi, utdanning/arbeid eller meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet. Deretter forsøker de å operasjonalisere rådene om frivillighet. Her nevnes fastlegen i et kulepunkt, før en drøfter forskjellige former for fleksible og lett tilgjengelige tilbud i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det legges vekt på legevaktens funksjon og styrking av legevaktens kompetanse og kunnskap om alternative tilbud til tvangsinnleggelse.

Vi tror mange fastleger ikke vil kjenne igjen det rikholdige tilbudet som beskrives i kommunen eller i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Når slike råd utgis burde man sikre seg at tiltakene som foreslås er utbredt og tilgjengelig, alternativt forslå at alle kommuner oppretter eller utvikler en konkret liste av tiltak. Så vidt oss bekjent er ikke det gjort. Det er en selvfølge at risikopasienter skal ha proaktiv oppfølging og at frivillighet alltid skal være utgangspunktet for behandling og oppfølging.

Likevel vet vi at det kommer situasjoner hvor frivilligheten svikter. Hadde ikke det skjedd ville vi ikke trengt disse rådene. Den største svakheten i rådene er derfor at det mangler et nivå mellom frivillige tiltak og tvangsinnleggelsen. Rådene bygger helt og fullt på frivillighet, eller forteller spesialisthelsetjenesten hva de skal gjøre når tvangsinnleggelsen har skjedd. Dette er nok en naturlig følge av gjeldende lovverk og pasientrettighetsperspektivet. Med dette perspektivet fraskriver man paradoksalt nok pasienten gode tiltak som kunne bidratt til å hindre en tvangsinnleggelse.

Vi trenger en legal mulighet til å handle mot pasientens vilje i den hensikt å unngå en tvangsinnleggelse. Vi ser to muligheter for dette. Å gi fastlegen eller annet helsepersonell en mulighet på faglig grunnlag til å handle uten samtykke eller å handle etter en fremtidsfullmalt avgitt av pasienten.

Mange fastleger har stått i situasjoner med alvorlig psykisk syke pasienter som ikke ønsker bistand av noen art og dermed ikke gir samtykke til at fastlegen konsulterer eller samarbeider med eksempelvis spesialisthelsetjenesten om tiltak for å unngå tvangsinnleggelse. I bestefall kan rådgivning skje anonymt og uten at spesialisthelsetjenesten dokumenterer råd som er gitt og uten at de besøker pasienten.

Hvis forutsetningen for rådene er at en tvangsinnleggelse er et så sterkt inngrep i pasientens autonomi og verdighet at det må lages egne råd for å forebygge tvang, så burde dette åpne for et større handlingsrom i fasen før en eventuell tvangsinnleggelse. Pasientens samtykke burde ikke være nødvendig for kommunikasjon om pasienten ved hans/hennes rette navn, ei heller at alle nødvendige fagressurser kan kobles på i kontakt med pasienten i et arbeid for å finne løsninger uten tvangs innleggelse. Vi forstår at dette vil kreve en lovendring, og vil sterkt anbefale at en slik endring vurderes.

Mange pasienter er i ettertid takknemlige for at legen grep inn og stoppet en uholdbar situasjon ved en tvangsinnleggelse. Etter at psykosen og eventuell utagering er over blir det for mange tydelig at dette ikke kunne fortsette. Flere av oss fastleger har fått spørsmål om hvorfor vi ikke gjorde noe tidligere? Det blir enda vanskeligere å stå som fagperson og juridisk ansvarlig i dette «vakumet» mellom frivillighet og økte terskler for tvangsinnleggelse. Vil tilsynsmyndighetene forsvare en lege som har forsøkt å unngå tvang og utsatt innleggelsen uten å ha særlige tiltak å sette i verk fordi pasienten ikke samtykker?

Vi burde ha mulighet til å handle på imperativt samtykke til beste for pasienten.

Pasienter som har opplevd en tvangsinnleggelse, eller er redde for at de kan komme i en slik situasjon, burde få mulighet til å gi en slags fremtidsfullmakt til samarbeid og behandling i den hensikt å unngå tvangsinnleggelse. Den kunne avgis til fastlege eksempelvis slik:

Hvis min sykdom skulle utvikle seg slik at jeg igjen kommer i en situasjon hvor jeg blir alvorlig syk og ikke er i stand til å gjøre vurderinger til mitt eget beste hva angår medisiner og behandling gir jeg herved fastlege XY en fullmakt til å gjøre nødvendige tiltak i den hensikt å redusere sjansen for tvangsinnleggelse. Jeg ønsker ikke anonymitet i samarbeidet mellom instanser som kan hjelpe meg og jeg ber om at alle tiltak som kan redusere sjansen for tvangsinnleggelse vurderes og eventuelt gjennomføres. Det innebærer eksempelvis hjemmebesøk fra team eller personell fra spesialisthelsetjenesten. Mitt navn og min sykehistorie kan deles og nødvendige hjemmebesøk kan foretas

Vi forstår at forslaget ikke kan bli en del av råd knyttet til dagens lovverk, men vil allerede på dette tidspunktet kaste lys på problemstillingen og be Legeforeningen proaktivt overfor HOD

arbeide for at nytt lovverk møter rommet mellom frivillighet og tvangsinnleggelse på en annen og mer hensiktsmessig måte.

I forebygging av tvangsinnleggelse kunne man ha benyttet inndelingen primær- sekundær og tertiærforebyggende tiltak:

- **Primærforebyggende tiltak** – f.eks en trygg bosituasjon, ordnet økonomi, utdanning/arbeid eller meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet.
- **Sekundærforebyggende tiltak** – f eks proaktiv oppfølging hos fastlege, kommunal psykiatritjeneste og eller spesialisthelsetjeneste. Fleksible frivillige tiltak og handlingsplaner ved forverring bygget på frivillighet.
- **Tertiærforebyggende tiltak** – eksisterer ikke for pasienten som ikke gir samtykke (unntak; tvungen undersøkelse). Her må det gis rom for et bredt utvalg av tiltak etter faglige vurderinger eller fremtidsfullmakt

NFAs kommentarer til Kapittel 4 «Pårørendes rettigheter»:

Dette kapittelet inneholder også mange gode poenger, men drøfter dessverre ikke komparentrollen i datainnsamlingen for å vurdere bruk av tvang. Dette er en svært utfordrende rolle som legger store belastninger på de pårørende. Trolig kan denne rollen oppleves forverret etter det sterke fokus som er rettet mot det å unngå tvangsbruk. Informasjon om pasienten som peker mot tvangsbruk kan føles mer belastende å avgi og risikoen ved å gjøre det kan oppleves større. I et stadig sterkere pasientrettighetsperspektiv kan det tenkes at informasjon avgitt av pårørende lettere kan komme tilbake til pasienten. Nye teknologiske løsninger vil også øke risikoen. Eksempelvis legges henvisninger ut til pasientens innsyn over HelseNorge i flere RHF. Det finnes mulighet til å skjerme eller blokkere opplysninger, men dette avhenger av mottagende avdeling, at de faktisk tenker på det og blokker innsyn.

Kapittelet ser altså ut til å mangle drøfting av den «ubehagelige» rollen pårørende kan komme i ved å fortelle om forhold som kan føre til handlinger pasienten ikke ønsker eks tvang. Dette vil ved første øyekast kunne se ut til å stå i motstrid til pasientens helsetjeneste. Det er kanskje derfor forholdet er drøftet i så liten grad? Også her kunne en fremtidsfullmakt løse noen utfordringer. Eksempelvis ved at pasienten gir NN i familien fullmakt til å kommunisere med

helsepersonell om situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til å gjøre vurderinger til sitt eget beste.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder

Kjartan Olafsson
styremedlem