

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202100185

Dato: 05-11-2021

Høring: Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Legeforeningen viser til høringsbrev av 6.juli 2021. Høringsbrevet har vært på organisasjonsmessig høring i Legeforeningen, og dette høringssvaret er behandlet av foreningens sentralstyre.

Departementet ber om innspill til hva som må til for å kunne innføre et nytt regelverk for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Legeforeningen benytter anledningen til å kommentere på noen av de konkrete forslagene i tillegg.

Vår høringsuttalelse baserer seg på innspill fra flere ulike medisinske fagmiljøer. Vi vil innledningsvis understreke at høringssvarene fra disse miljøene er preget av stor bekymring for hva de foreslåtte endringene vil innebære for pasientene, tjenestene og samfunnet, og en skepsis til om det lar seg gjennomføre i den virkeligheten de erfarer. Det er en grunnleggende bekymring for at alvorlig syke personer ikke skal få den helsehjelpen de behøver, og hva det vil medføre for den enkelte, de pårørende, tjenestene og samfunnet ellers. Vi vil her særlig trekke frem bekymring knyttet til reservasjon mot antipsykotika og forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler.

Legeforeningen var i vår høringsuttalelse 13.12.2019 tydelige på at en forutsetning for å lykkes med en felles tvangslov, var å involvere fagmiljøene. Vi ser positivt på at departementet gjennomfører denne høringsrunden man nå er i gang med, men understreker at dette ikke er tilstrekkelig. Legeforeningen vil understreke at det er svært krevende å forstå hva de foreslåtte endringene går ut på, og hvilke konsekvenser det vil ha. Alle som har befattning med dette lovarbeidet innser det store omfanget og kompleksiteten i materien. Loven må favne om alle de situasjonene som kan oppstå, må gi rom til å gi nødvendig helsehjelp og må være praktisk anvendelig i en klinisk hverdag. Legeforeningen mener man ikke på langt nær er i mål med dette arbeidet på langt nær ennå. Særlig når det gjelder de konkrete forslagene knyttet til skjerming, mekaniske tvangsmidler og reservasjon mot tvangsmedisinering mener Legeforeningen de faglige stemmene må bli hørt.

Legeforeningen vil derfor gjenta at for å kunne lykkes med lovendringene må ulike fagmiljøers klinikere involveres i arbeidet. Det var ikke slik representasjon i tvangslovsutvalget, og det er ikke tilstrekkelig med skriftlige høringsrunder nå i etterkant. Lovforslaget er fortsatt for dårlig faglig utredet. Legeforeningen vil understreke viktigheten av at endringer som griper inn i behandlingsopplegg må være i tråd med forskningsbasert kunnskap om hva som virker ved de aktuelle lidelser eller tilstander. Man må også se hen til evaluering av både implementeringen av samtykkekompetansebegrepet, medikamentfrie behandlingstilbud, Riksrevisjonens nylige undersøkelse om psykiske helsetjenester og SINTEFs evaluering av pakkeforløpene innen psykisk helse og rus.



Legeforeningen foreslår at man i det videre arbeidet nedsetter arbeidsgrupper innen ulike fagområder, eventuelt én bredt sammensatt arbeidsgruppe. På den måten vil man kunne sikre at det endelige lovforslaget rommer alle situasjoner den skal dekke og at man i størst mulig grad får adressert uklarheter i forkant. Mange av spørsmålene som departementet stiller i dette høringsnotatet er så komplekse og omfattende at Legeforeningen mener det må slike arbeidsgrupper til for å kunne besvare dem utfyllende. Legeforeningen ser med bekymring at departementet skriver at man "tar sikte på å legge fram en lovproposisjon for Stortinget så snart det lar seg gjøre etter at høringen er gjennomført". Det fremstår etter vår mening som prematurt.

Forslag og endringer Legeforeningen gir sin støtte til

Legeforeningen er i utgangspunktet positive til en samordning av regelverket for bruk av tvang i helse og omsorgstjenesten. På sikt vil det være positivt både for pasienter, pårørende og tjenesteyterne at det er de samme vilkår, vurderinger og rettssikkerhetsmekanismer som gjelder uavhengig av diagnose og omsorgsnivå.

Legeforeningen ser også positivt på at utkastet til lovtekst ser ut til å følge alminnelig norsk lovgivningstradisjon innen helselovgivning, og er enklere å forstå enn forslaget fra Tvangslovsutvalget. Når det gjelder selve lovteksten fremstår bestemmelsene likevel som svært omfattende og vil ikke være mulig å anvende i en klinisk hverdag, og enhver forenkling vil være kjærkommen.

Legeforeningen ser positivt på at man går bort fra vilkåret om "antatt samtykke" som vilkår for bruk av tvang. Vi støtter forslaget til lovendring vedrørende ECT. Når det gjelder tvangsmedisinering ser Legeforeningen positivt på forslaget om å ikke utvide observasjonstiden og at det åpnes for bruk utenfor diagnoser legemiddelet er godkjent for. Legeforeningen er enig med departementet i at det er tilstrekkelig å kreve at behandlingen skal være faglig forsvarlig og i tråd med faglig anerkjente metoder, slik man gjør i dag. Legeforeningen støtter også at nødssituasjoner defineres og reguleres uttømmende i den nye tvangsloven.

Til de konkrete spørsmålene i høringsnotatet:

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

Det er påfallende at en så massiv og ressurskrevende regelverksreform planlegges innført i et psykisk helsevern som både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene kan sies å være i en ressursmessig krise. Legeforeningen mener det ikke lar seg gjøre å innføre et så omfattende nytt regelverk i dagens situasjon i helsetjenesten uten at det samtidig foretas en formidabel styrking av ressursene. Den foreslåtte lovendringen vil påvirke alle ledd i tjenestene; fra kommunale tjenester, fastleger og legevakt til spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen vil understreke at mange av disse tjenestene allerede har så store utfordringer i dag at det vanskeliggjør en innføring av nytt regelverk. Det er også

alle dager. Det trengs et tilgjengelig henvisningsmottak/vurderingsteam med spesialist i rus- og avhengighetsmedisin for å gi råd og veiledning i mulige tvangssaker, tilgjengelig spesialistkompetanse i vakttid, tilbud om ambulante tjenester, og at det er etablert gode og forpliktende samarbeidsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og pasientens kommune i forbindelse med tvangsoppholdet og etterfølgende utskrivelse, herunder bruk av kriseplan og oppfølging fra begge nivåer. Det er åpenbart at dette vil kreve en styrking av ressursene i disse tjenestene. Kostnadene knyttet til dette må utredes og det må sikres at dette er på plass fordi det er avgjørende for om reglene kan implementeres på en god måte.

Kommunale tjenester, kommuneoverleger, fastleger og legevakt

Legeforeningen vil påpeke at trygge, forutsigbare og stabile helsetjenester i det daglige er en sentral forutsetning for å begrense sykdomsforverring og behov for bruk av tvang. Lovendringene vil ikke være mulige å gjennomføre uten en stabil og fungerende fastlegeordning og legevaktstjeneste.

I mange kommuner er det i dag kommuneoverleger i stillinger som ikke strekker til, en prekær mangel på fastleger² og en legevaktstjeneste der legebemanning er en stor utfordring. Det er en skjørhet i dette som ikke må undervurderes. Det er en klar bekymring for at flere og sykere pasienter i kommunene vil innebære et økt press på både kommuneoverleger, fastleger og legevakter. Det er en økende tendens til at kommunene opplever at leger sier opp sine fastlegehjemler eller stillinger og en samtidig rekrutteringssvikt. Legeforeningen har en bekymring for at innføringen av ny tvangslov vil forsterke denne tendensen dersom reglene er slik at det innebærer flere og mer alvorlig psykisk syke pasienter. Det er helt nødvendig at det derfor settes av tilstrekkelig med ressurser i kommunene til at dette lar seg gjennomføre. Vi vil her særlig peke på at fastlegene må ha en finansieringsmodell som muliggjør omfattende samarbeid med spesialisthelsetjenesten om de mest ressurskrevende pasientene, og at de må ha kostnadsfri opplæring i nytt lovverk. Det må også settes av større ressurser til kommuneoverlege, i tillegg til at juridisk og psykiatrisk rådgivning i kommunene må styrkes.

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?

Legeforeningen mener forslagene om å forby bruk av mekaniske tvangsmidler, kravene til skjermingsrom og reservasjon mot tvangsmedisinering vanskelig kan implementeres i dagens tjenester. Sett i sammenheng vil de gi et for dårlig tilbud til de sykeste pasientene og kunne skape utrygge situasjoner både i og utenfor institusjonene. Vi viser til våre konkrete innspill knyttet til disse tre ulike forslagene under.

For å kunne redusere behovet for mekaniske tvangsmidler under innleggelse er det et behov for en kraftig styrking av personell og kompetanse i alle ledd. Det må sikres et forpliktende, godt samarbeid

² [LEGEBAROMETERET: Rekrutteringskrise blant både fastleger og psykiatere \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/legobarometeret)

med politi der det oppstår fare for alvorlige utageringssituasjoner og helsevesenet ikke har myndighet til å bruke tvang for å hindre slik fare.

For å redusere tvangsinnleggelse i spesialisthelsetjenesten er det behov for flere boliger med døgnbemanning i primærhelsetjenesten, å bygge ut ordningen med FACT-team, godt samarbeid og veiledning mellom psykisk helsevern og fastlegen/kommunale team.

Når det gjelder frivillige tilbud generelt vil Legeforeningen påpeke at dette nok vil ha liten betydning for de aller sykeste pasientene. Det er disse Legeforeningen har en bekymring for at vil lide under de foreslåtte endringene.

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

Situasjoner der det er behov for bruk av tvang har ofte preg av å være akutte. Det vil ofte ikke være tid til å finne ut av regelverket når situasjonen oppstår. Det må derfor være et mål at mye skal være gjennomtenkt og vurdert allerede ved innføringen av den nye loven. Dette mener vi arbeidsgruppen(e) vi har foreslått vil kunne bidra til. Det må også sikres at alt relevant personell har fått nødvendig opplæring i nytt regelverk før det trer i kraft.

Nytt lovverk vil kreve omfattende opplæring på alle nivåer i tjenestene. Dette må sikres gjennom kvalitetssikrede opplæringspakker og et nasjonalt kompetansehevingsprogram. Det er viktig at alle nivåer og ledd lærer det samme slik at ikke det oppstår usikkerhet rundt forståelsen av regelverket. Det må derfor være en samkjøring av opplæringsmateriellet. Vi vil understreke viktigheten av å ha kostnadsfrie kurs for næringsdrivende fastleger og avtalespesialister.

Legeforeningen er bekymret for at usikkerhet knyttet til fortolkning av regelverket vil kunne skape ulik praksis. For å avhjelpe dette bør det vurderes om man i en oppstartsfasen kunne hatt en nasjonal telefonvaktjeneste som kunne besvare konkrete spørsmål fra tjenestene. En slik ordning ville kunne skape trygghet i en tid som ellers vil kunne bli preget av usikkerhet, og ville kunne sikre en mer lik praksis.

Innen psykiatrien ser man at det, uavhengig av lovendring, er et behov for bedre tilgjengelig kompetanse i pasientenes nærmiljø, på forebygging og tidlig oppdagelse av alvorlig sykdomsutvikling. Også uavhengig av lovendring må alle instanser jobbe med tvangsreduserende og behandlingsmessige bedre tiltak. En så vidt omfattende lovendring vil likevel kreve at man både fremskynder og øker omfanget av slik opplæring. Når det gjelder opplæring som vil være nødvendig for å kunne redusere bruken av tvang dreier det seg om tiltak og teknikker for deeskalering av utagering og lignende, men også generell økt kompetanse som gjelder de utfordringer og funksjonsbegrensninger mennesker med alvorlig psykisk lidelse har. Slik kunnskap danner utgangspunkt for optimal tilnærming og redusert behov for tvang. Å få på plass et slikt kompetanseløft vil muliggjøre en redusert bruk av tvang.

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

Forbudet mot bruk av ECT som tvangsbehandling kan innføres uten vesentlige endringer.

Det er uklart om endringene i reglene for bruk av tvang reelt sett innebærer en endring av terskelen for å bruke tvang. Særlig innen psykisk helsevern, der man har mye erfaring med tvangsbruk, er det uklart hvor stor endringen egentlig blir når det gjelder hvilke pasienter som kan innlegges og behandles ved bruk av tvang. Vurderingstema blir endret, og det tydeliggjøres at det må ha vært forsøkt alternative tiltak, men det fremstår for Legeforeningen som at den generelle terskelen for bruk av tvang i realiteten blir nokså lik den man har i dag. Et spørsmål er imidlertid hvor mye som kreves for å kunne dokumentere at alternative tiltak er forsøkt, og hvilke typer tiltak dette skal være.

Vår vurdering er at en del innleggelses og behandlinger med grunnlag i tvangsvedtak i dag ikke lenger vil defineres som tvang etter de nye reglene fordi pasienten ikke motsetter seg tiltaket.

Legeforeningen støtter dette fordi det vil gjøre det enklere å hjelpe personer uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg hjelpen de behøver, slik man allerede kan for somatiske pasienter.

Samtidig som den generelle terskelen for tvangsbruk etter vårt syn er omtrent som før, vil reglene om reservasjon mot tvangsmedisinering kunne føre til en økt belastning for kommunene, som da vil måtte håndtere sykere pasienter. Som vi har vært inne på over er Legeforeningen svært bekymret for om kommunene vil kunne håndtere dette.

Vi vil også understreke at særlig når det gjelder pasienter med psykiske lidelser, der man har mye erfaring med bruk av tvang og er opplært i systemet for vedtak som gjelder i dag, vil dette fremstå som en enorm omlegging. Personell både i primær- og spesialisthelsetjenesten er opplært i det gjeldende systemet og kjenner vilkår og vurderingstemaer godt. Det er usikkerhet i tjenestene knyttet til hvordan det nye systemet blir, og vi gjentar behovet for omfattende opplæring og kompetanseheving.

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

Legeforeningen har en bekymring for at dersom det ikke er tilført nok ressurser og kompetanse når lovendring gjennomføres vil mange syke ikke få tilfredsstillende hjelp og ytterligere belaste pårørende. Legeforeningen er bekymret for at innføring av loven slik den nå er utformet, vil føre til at en del av de sykeste pasientene ikke vil ha noe reelt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten og vil måtte tas vare på i kommunen og hjemme. Det er en særlig bekymring for hvilken effekt reglene om reservasjon mot tvangsmedisinering vil ha, der man ikke vil ha gode alternativer til behandling. En reservasjonsrett vil innebære at pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan miste mulighet til anbefalt behandling og oppfølging. Dette kan gi økt risiko for at pasienter vil kunne begå alvorlige voldshandlinger og gi uante økonomiske og personlige tap for enkeltmennesker og pårørende, for eksempel hvis maniske pasienter ikke får adekvat medikamentell behandling. Det er risiko for en vridning mot at pasienter må vurderes som farlige før de kan få nødvendig helsehjelp.

Det er kjent kunnskap at pårørende/familier for mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk i dag har store belastninger og ofte opplever å stå alene i sin situasjon. Legeforeningen er bekymret

for at de foreslåtte reglene vil medføre store utfordringer for pårørende, inkludert barn og ungdom som pårørende. Man må bygge opp rådgivings- og avlastningstilbud som sørger for at pårørende vil få nødvendig støtte og hjelp både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Det betyr opprettelse av nye tilbud, og videreutvikling av de tilbud som finnes i dag.

Slik Legeforeningen tolker forslaget til nytt lovverk, vil pasientens rett til å ikke involvere pårørende styrkes noe. Legeforeningen vil understreke at det er viktig at pårørendes rettigheter ikke svekkes med ny lovgivning, og at retten til et minimum av informasjon og rett til å klage på tvangsvedtak betyr mye for nærmeste pårørendes mulighet til å utøve sin rolle som pårørende på en god måte.

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

Vi gjentar her vårt forslag om å etablere arbeidsgrupper innen ulike berørte fagfelt. Alle nevnte instanser må involveres i å beskrive behov for opplæring og i utvikling av nye måter å tilnærme seg problematikken på. Det må settes av tilstrekkelig med tid, informasjon og involvering i dette arbeidet, også før loven vedtas og før implementering. Legeforeningen opplever at forslaget til lovendring har svakheter, og at somatikken og forhold som befinner seg i krysningspunktet mellom somatikk og psykiatri i for liten grad er omtalt. Vi vil også være tydelige på at det er svært krevende for fagmiljøene å sette seg inn i og forstå hva lovforslaget vil innebære i deres hverdag, noe som også begrunner behovet for arbeidsgruppe(r). Vi vil her nevne et konkret eksempel fra demensomsorgen:

Slik Legeforeningen forstår det vil all tvangsmessig bruk av antipsykotika regnes som et inngripende tiltak. Det medfører at bruk av alle former for antipsykotika til en pasient uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg behandlingen, må besluttet av en vedtaksansvarlig lege under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern. Det vil i praksis medføre at legevaktsleger ikke lenger kan ordinere lavdose haloperidol eller kvetiapin til en urolig institusjonspasient uten samtykkekompetanse som ikke yter motstand, selv om behandlingen vurderes faglig indisert og forsvarlig og er til stor nytte for pasienten. Dette er praksis i dag. Legeforeningen deler ikke Tvangsutvalgets presumpsjon om at all bruk av antipsykotika er et alvorlig og inngripende tiltak, og mener dette er et eksempel på en situasjon som løses godt etter dagens lovverk, men som blir unødvendig vanskelig etter lovendringsforslaget.

Som et annet eksempel på en type pasienter som ikke er omtalt i høringsnotatet, og der de foreslåtte reglene vil være vanskelige, er for eldre pasienter med delir. Disse pasientene vil ofte ha et sykdomsbilde som endres raskt. Pasienten vil kunne samtykke til en behandling som de så motsetter seg. Det vil kunne være vanskelig å følge de melderutinene som er beskrevet. Det beste for pasienten vil være om vedtak om tvangstiltak kunne overføres til ny institusjon ved en eventuell overflytting – som ved innleggelse i sykehus og overflytting fra sykehus til sykehjem.

Fagmiljøene var i liten grad representert i Tvangslovsutvalget, og de faglig begrunnede innvendingene som har kommet, har i liten grad blitt tatt med i høringsnotatet og departementets lovforslag. Legeforeningen opplever på den måten en manglende lydhørhet for dem som reelt og juridisk har behandlingsansvaret. Som nevnt innledningsvis mener Legeforeningen at lovendringene i større grad må være forankret i evidensbasert medisin. Det bør derfor legges til rette for forskning,

nasjonale register og evalueringspunkter. Det bør videre rapporteres inn nasjonalt de erfaringene man etter hvert får. Man bør etterstrebe at fagfolk landet rundt håndterer og bruker loven i praksis mer likt enn hva som er gjeldende for dagens håndtering av psykisk helsevernloven. Dette vil kunne sikres gjennom en slik midlertidig nasjonal telefonvaktteneste som foreslått over.

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

Gitt den situasjonen vi har beskrevet i kommunene, er det en forutsetning at det tilføres økte ressurser. For å sikre samhandling vil vi særlig peke på at fastlegene må ha en finansieringsmodell som muliggjør omfattende samarbeid med spesialisthelsetjenesten om de mest ressurskrevende pasientene. Legeforeningen vil også nevne at vi anbefaler en romsligere adgang til fritak for egenandel i hele tjenesten basert på sosial forhold, også når undersøkelsen er frivillig.

Legeforeningen vil også peke på at man i de nevnte tjenester ofte finner praktisk gode løsninger for den enkelte pasient eller bruker. Det må derfor ikke være byråkratiske hindringer for individtilpassede løsninger og samhandling mellom nivåene. I tillegg til behov for ressurser på alle nivåer må også administrativ ledelse i de ulike enheter være bevisst at man må legge til rette for at de som jobber nærmest pasienten eller brukeren får tilstrekkelig myndighet til samhandling.

Legeforeningen mener det i dagens lovverk mangler et nivå mellom frivillige tiltak og tvangsinnleggelse ute i kommunene, og at det trengs en lovlig mulighet til å handle mot pasientens vilje i den hensikt å unngå en tvangsinnleggelse. Dette kan for eksempel gjøres ved at fastlegen drøfter navngitt sak med spesialisthelsetjenesten eller setter i gang tiltak som hjemmebesøk fra team eller personell fra spesialisthelsetjenesten selv om pasienten ikke samtykker til dette. Dette kan gjøres ved å gi fastlegen eller annet helsepersonell en mulighet til å på faglig grunnlag handle uten samtykke, eller å handle etter en fremtidsfullmakt avgitt av pasienten. Legeforeningen er usikker på hvorvidt en slik fremgangsmåte vil være innenfor det foreslåtte regelverket. Legeforeningen mener det er behov for en tydeliggjøring av om en fastlege eller andre i kommunen vil kunne kontakte spesialisthelsetjenesten og iverksette slike tiltak som vi har beskrevet.

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?

Det er uklart hvorvidt endringene vil føre til at sykere personer oppholder seg utenfor institusjoner. Som nevnt fremstår det for Legeforeningen som at terskelen for bruk av tvang ikke endres i særlig grad, slik at en pasient uten samtykkekompetanse med stort behov for helsehjelp, men som motsetter seg tiltaket, også etter de foreslåtte reglene i de fleste tilfeller vil få den nødvendige hjelpen.

Den store bekymringen her er knyttet til reservasjonsretten, og for de som benytter seg av denne. Unntaket for når disse likevel kan medisineres er snevert (fare for andre) og man risikerer at tyngre psykisk syke personer blir gående ubehandlet. Dersom mange benytter anledningen til å reservere



seg er det grunn til å tro at dette vil kunne medføre mer arbeid for politiet, og en økt risiko for alvorlige hendelser for disse personene selv, deres pårørende og i samfunnet. Flere vil kunne bli dømt til behandling, som følge av handlinger de gjør på grunn av manglende medisiner. Det vil kunne tilkomme flere voldstiltfeller så vel som økt dødelighet blant mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Det vil også være mulig at politi må involveres hvor sykehuset ikke kan hjelpe, herunder kan det være at personer som utagerer voldelig i psykotisk tilstand eller i annen tilstand av psykisk ubalanse nå må håndteres på lik linje med personer uten sykdom/tilstand som utagerer voldelig, nemlig av politiet, og i enkelte tilfeller i politiarrest. Dersom reservasjonsrett innføres vil det antagelig være et behov for samarbeidsavtaler mellom politi og helsetjenesten for disse pasientene. Som det fremgår av våre konkrete innspill til reservasjonsretten mener Legeforeningen dette ikke bør innføres.

Reservasjonsrett

Forslaget om reservasjonsrett er et av forslagene som Legeforeningen ser på med mest bekymring. Slik forslaget ligger nå vil pasienter som gjenvinner sin beslutningskompetanse, grunnet god og effektiv behandling med antipsykotika, kunne reservere seg mot den samme effektive behandlingen. Det er vår bekymring at pårørende og hjelpeapparat vil bli passive observatører av sykdomsutvikling en ikke kan forhindre. Reservasjonsrett over tid vil være problematisk, fordi man ofte ikke kan vite hvordan sykdomsforløp vil utvikle seg. De akutte psykotiske tilstandene kan fremstå forskjellige, selv om man har vært syk tidligere. Ubehandlete psykoser vil kunne gi risiko for mer kroniske forløp med tilhørende funksjonsfall, og antall alvorlige hendelser (suicid/alvorlige voldshandlinger) vil sannsynligvis øke. Det vil derfor være nesten umulig for pasienten selv å overskue konsekvensen av at man reserverer seg.

Hvis reservasjonsrett blir innført, mener Legeforeningen at den ikke bør kunne ha så lang varighet som fem år, men begrenses til f. eks. to år. Det er særlig viktig med kort varighet for de yngste pasientene med kort sykdomshistorie og/eller få psykose-episoder.

Det er også viktig at en reservasjonsrett begrenses til medikamenter pasienten selv har forsøkt over noe tid, slik at man så godt som mulig sikrer at pasienten kjenner virkning og bivirkninger av medikamentet/medikamentene pasienten reserverer seg mot.

Vi vil bemerke at pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett er noe som alltid skal tillegges stor vekt. Frivillighet må alltid forsøkes først. Tvangsmedisinering skal alltid kun være siste utvei. Pasientens tidligere positive og negative erfaringer med tvangsmedisinering må alltid dokumenteres i journal og brukes aktivt i en helhetlig vurdering av om tvangsmedisinering er aktuelt. Legeforeningen mener man heller bør øke fokuset på dette, og med det sikre en reell høy terskel for tvangsmedisinering, i stedet for å innføre en reservasjonsrett.

Forslaget om unntak fra reservasjonsretten for kortvarige nødsituasjoner vil kunne redde de mest akutte situasjonene. Slik vi forstår det dreier det seg om en situasjon der psykotiske og maniske pasienter gis injeksjoner med korttidsvirkende antipsykotiske medisiner. Dette roer den akutte situasjonen, men gjør ikke noe med grunnlidelsen. Ved nødsituasjoner der man ser seg nødt til å medisinere en pasient som har reservert seg mot bruk av antipsykotika, bør det ikke være noen



tidsbegrensning på bruk av legemidler. Bruk av legemidler bør da kunne brukes så lenge nødssituasjonen er tilstede. Det bør være den faglige ansvarlige som gjør denne vurderingen. Legeforeningen mener uansett at denne formen for behandling vil medføre lange u håndterlige pasientforløp som vil kunne være uverdige både for pasient og pårørende. Dette vil også kunne oppleves svært krevende for personale og behandlere.

Dersom reservasjonsrett innføres mener Legeforeningen det også bør gis anledning til å tvangsmedisinere ved akutte psykotiske tilstander der en person er til alvorlig fare for seg selv, i tillegg til det unntaket som nå er foreslått i akutte nødssituasjoner. Legeforeningen er bekymret for at innføring av reservasjonsrett vil kunne føre til økt lidelse og funksjonstap blant de aller sykeste pasientene. Det vil da være etisk utfordrende for leger å unnlate å behandle. Slik Legeforeningen vurderer det vil det også kunne være i strid med den enkelte pasients rett til liv og helse. Et eksempel som ikke er helt uvanlig er psykiatriske pasienter som får vrangforestillinger knyttet til mat og derfor nekter å spise. Det kan dreie seg om forestillinger knyttet til at maten er forgiftet eller farlig å spise av andre grunner, eller at pasienten ikke fortjener å spise. Erfaringen er at disse pasientene ofte har god effekt av antipsykotika. Det fremstår som lite hensiktsmessig at disse på grunn av en reservasjon skal måtte lide under det å ikke ta til seg mat på grunn av en vrangforestilling som kan behandles effektivt.

Det vil kunne oppleves som dypt problematisk for helsepersonell å være vitne til pasienter som på grunn av alvorlig psykisk lidelse, som i mange tilfeller ikke er samtykkekompetente, utsetter seg for livsfare, uten å kunne gi dokumentert og virksom behandling. Vi vil her understreke at det ikke fins evidensbasert alternative behandlingsformer for alvorlig psykisk syke i akutfase. Medikamentfri behandling for de aller sykeste psykosepasientene har ikke dokumentert effekt i akuttbehandling.

Skillet mellom det å være til fare for seg selv og det å være til fare for andre vil i mange tilfeller ikke være lett å gjøre. I en akutt psykotisk tilstand der en person er i stand til å utføre dramatiske handlinger overfor seg selv, vil det kunne være vanskelig å utelukke at vedkommende ikke også er en fare for andre. Dersom det kun er anledning til å gjøre unntak fra reservasjonsretten når det er fare for andre, vil man kunne se en dreining til at flere vedtak fattes med grunnlag i at man er farlig for andre.

Departementet åpner opp for muligheten for flere vilkår knyttet til en eventuell reservasjonsrett, i tillegg til fare og omsorg for barn som utvalget foreslo. Departementet foreslår blant annet at reservasjonsretten ikke skal gjøres gjeldende når tungtveiende hensyn til de personer personen bor sammen med tilsier det. Det finnes svært mange personer/pårørende/bekjente/naboer som lider når noen i nærmiljøet blir alvorlig psykisk syk, og ikke får adekvat behandling for dette. Legeforeningen er enig i at det er riktig å ta hensyn til disse når det skal vurderes om en person skal kunne reservere seg mot tvangsmedisinering, og mener blant annet derfor som utgangspunkt at reservasjonsrett ikke bør innføres. Det er vanskelig å avgjøre hvor grensen skal gå for hvem det skal tas hensyn til i lovverket, og hvordan disse vurderingene skal avgjøres. Legeforeningen stiller seg også spørrende til hvordan det er tenkt gjennomført at hensynet til disse gruppene skal vurderes. Skal de pårørende selv måtte tale sin sak for tvangsbegrensningsnemndene? Dette kan sette pårørende i en svært vanskelig situasjon i sin relasjon til pasienten. Legeforeningen forslår at departementet vurderer å

også åpne for at en ev. reservasjonsrett kan oppheves hvis en pasients sykdomsforløp forverres betydelig med tanke på symptomer, lidelse eller sikkerhetsrisiko.

I det foreslåtte lovutkastet er godkjenningen av reservasjonsrettdokumentene lagt til tvangsbegrensningsnemdene, og det er videre oppstilt et vilkår om at pasienten må være beslutningskompetent for å reservere seg. Det framstår noe uklart hvem som skal vurdere pasientens beslutningskompetanse. Beslutningskompetanse fordrer en klinisk undersøkelse og kjennskap til pasienten og sykehistorien. Det må sikres at de som ønsker å reserverer seg har fått tilfredsstillende informasjon til å ta et slikt valg, og beslutningskompetansen må henge sammen med at personen forstår denne informasjonen. Et system for slik informasjonsutveksling bør etableres. Det må likevel bemerkes at en vurdering av beslutningskompetansen her vil kunne være svært krevende all den tid det skal vurderes om pasienten forstår omfanget frem i tid og hvilken risiko man utsetter seg for.

Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være?

og

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?

Av mekaniske tvangsmidler er det mest utbredte i dag belteseng. Legeforeningen mener det er mulig å redusere bruk av belteseng betydelig ved å sikre nok kompetanse, personell og samarbeid rundt pasientene. Legeforeningen er helt enig i at en slik reduksjon bør være et mål, og noe som det bør jobbes systematisk og målrettet mot. Når vi likevel ikke støtter et absolutt forbud mot mekaniske tvangsmidler dreier dette seg om en frykt for flere skader på helsepersonell og medpasienter som følge av at man da vil mangle en slags siste utvei. Det er vanskelig å se for seg hvordan man skal kunne sikre ansatte og medpasienter til en person med akutt utagerende adferd dersom man aldri kan benytte belter. Reservasjonsrett mot antipsykotika vil også kunne gi enkeltpersoner en langvarig økt risiko for utagerende atferd.

Legeforeningen mener det bør vurderes om "transportbelter" skal kunne tillates. Dette er belter som holder hendene samlet og føttene samlet. Det må kunne antas at opplevelsen for personen som blir påsatt slike belter er svært ulik fra det å bli spent fast i en belteseng, der hender og føtter spres ut og holdes fast i en utstrakt posisjon. Vi kan ikke se at departementet omtaler transportbelter særskilt, og vil påpeke at disse må kunne anses som mindre inngripende overfor den enkelte samtidig som det kan bidra til å ivareta tryggheten til pasienter og ansatte i de situasjoner der alternativet er å holde personen fast. Det må her bemerkes at det ikke alltid vil være fysisk mulig å holde en person fast, og at det for en del vil være mer traumatiserende å bli holdt fast av en annen person enn det å bli påsatt transportbelter.

Vi vil påpeke at det virker ulogisk at det skal være tillatt å bruke mekanisk tvang for omsorgsformål, ved gjennomføring av tvangsernæring og ved behandling av somatiske lidelser, men at det skal



innføres et absolutt forbud mot mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern. En av intensjonen med å utarbeide en felles tvangslov er nettopp å harmonisere de ulike lovverkene og unngå stigmatiserende særlovverk. Slik forslaget nå ligger, fremstår dette nettopp som et særlovverk for psykiatri der slike tvangsmidler ikke skal være lov. Legeforeningen støtter altså ikke det å innføre et absolutt forbud mot mekaniske tvangsmidler. Vi frykter økt omfang av skade på helsepersonell og pasienter. I tillegg vil vi bemerke at dette kan bidra negativt med tanke på å rekruttere personale i en allerede presset helsetjeneste.

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?

Legeforeningen tror de foreslåtte endringene vil kunne la seg gjennomføre innen psykiatrien, men at det her nok vil være store kulturforskjeller og ulik praksis ved ulike avdelinger, og mange steder vil man være i behov av et holdningsarbeid og opplæring før endringene kan iverksettes. Mange steder vil forslaget også innebære behov for større ombygginger, noe det må gjøres kostnadsanalyser av. Vi vil også påpeke at på dette punktet er lovutkastet unødvendig komplisert, og bør forenkles slik at det kan forvaltes av travle klinikere i akutte situasjoner.

Det at begrepet "skjerming" nå endrer betydning, er av de punktene som vil kunne skape både usikkerhet og forvirring i tjenestene. Tidligere har man skilt mellom isolasjon og skjerming. Slik Legeforeningen forstår det skal dette nå kun omtales som skjerming. Her er det viktig at departementet i det videre arbeidet er svært tydelige for å unngå misforståelser. Det fremlagte forslaget skaper usikkerhet knyttet til hvorvidt det vil være anledning til å holde en person låst inne på et rom uten ansatt til stede; det man nå omtaler som isolasjon.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien er det usikkerhet knyttet til om det vil være anledning til å ha låst dør dersom en ansatt er til stede sammen med personen som skal skjermes. Mange steder vil det være helt nødvendig å kunne låse døren fordi skjermingsrommet ligger rett inntil fellesområde. Alternativet vil da være at en ansatt fysisk stenger for at personen kommer seg ut i fellesområdene, noe som ofte vil oppfattes som mer inngripende og ikke skape den roen som skjermingen er ment å gi.

Innen geriatrien er det behov for å fortsatt kunne benytte skjerming som behandlingshjelpemiddel, slik som man gjør i dag. Det er uklart om den praksisen man har i dag vil være tillatt etter nye regler.

Lokaler til skjerming

Det fremgår av notatet punkt 6.14.7 at departementet vil lovfeste krav til lokaler som skal brukes til skjerming. Legeforeningen er positiv til at det skal stilles krav til lokaler som skal kunne brukes til skjerming, men er bekymret for om slike krav innføres uten at det samtidig bevilges tilstrekkelige midler til at dette kan bli realisert. Vi kan ikke se at endrede krav til skjermingsrom er nevnt i punkt 6.15 om økonomiske og administrative konsekvenser. Legeforeningen vil understreke at det å innføre konkrete krav til enkeltrom ved institusjoner vil kunne medføre store kostnader, noe som må beregnes før man kan lovfeste kravene.

Særlig innen barne- og ungdomspsykiatri har man ikke lokaler som er egnet og det er vanskelig å se for seg at man skal kunne oppfylle lovens krav uten omfattende ombygging og økt areal.

Hvorvidt det vil være forsvarlig å innrede et slikt rom som et alminnelig beboelsesrom avhenger av om man vedtar reglene om forbud mot mekaniske tvangsmidler og reservasjonsrett mot tvangsmedisinering slik de nå er foreslått. I en situasjon med en akutt psykotisk og suicidal pasient der man ikke kan benytte mekaniske tvangsmidler, vil et alminnelig innredet beboelsesrom kunne være farlig for pasienten selv.

Andre kommentarer

I forslag til § 5-4 fremstår det som at det ikke lengre vil være krav om å være relevant spesialist for å kunne fatte vedtak om inngripende tiltak som innleggelse i psykisk helsevern. Slik vi forstår det kommer først kravet om spesialist ved vedtak om medisiner. Dette er i så fall en endring fra dagens regler som sterkt frarådes, både medisinsk faglig og rettssikkerhetsmessig.

Det er uklart om lovendringene vil gjelde for pasienter som er dømt til behandling etter straffelovens bestemmelser. Denne gruppen bør omfattes av lovendring all den tid disse pasientene har samme sykdommer og samme behov for behandling som pasienter som behandles i det sivile psykiske helsevernet. Denne forskjellsbehandlingen kan oppleves diskriminerende. Mange pasienter som behandles i psykisk helsevern har like høyt symptomtrykk og voldsrisiko som sikkerhetspasienter, og i noen tilfeller det er bare tilfeldig at de ikke er underlagt dom.

Det er et problem at tvangsbegrensningsnemd både skal vurdere forhåndsgodkjenning, samtykkekompetanse og klagesakene. Dette vil kunne gi utfordringer knyttet til habilitet.

Barn og unge

Det bør vurderes om reglene for barn og unge skal plasseres i en egen bestemmelse eller et eget kapittel i loven. Kanskje vil det skape rom for å tydeliggjøre reglene. Det oppfattes i dag som uklart og uoversiktlig.

Legeforeningen savner en mer utfyllende vurdering av hvordan reglene skal benyttes for unge mellom 16 og 18 år. Høringsnotatet er svært kortfattet på dette punktet og slår nærmest bare fast at 16 år er den helserettslige myndighetsalderen og at reglene derfor gjelder fullt ut for denne aldersgruppen. Her vil vi innvende at foreldreansvaret gjelder opp til 18 år og at dette må adresseres i det videre arbeidet slik at det er klart hvordan man rettslig sett skal forholde seg til pasienter i denne aldersgruppen.

Når det gjelder barn under 12 år fremgår det at loven skal gjelde for de som viser "særlig modenhet for alderen". Legeforeningen vil her bemerke at denne vurderingen ofte vil måtte gjøres av helsepersonell som ikke kjenner barnet fra før, og mens barnet er akutt syk på en slik måte at bruk av tvang vurderes. Det vil være en nærmest umulig oppgave å skulle vurdere barnets modenhet i en slik situasjon.

Praktiske eksempler på usikkerhet i tjenestene knyttet til lovforslaget

Mange akuttinnleggelser i psykisk helsevern gjelder selvmordsforsøk eller selvmordsfare. Med grunnlag i dagens regelverk blir mange av disse pasientene lagt inn til tvungen observasjon på grunn av stor ambivalens hos pasientene. Vi savner en beskrivelse av hvordan disse pasientene skal håndteres med nytt regelverk. Slik Legeforeningen forstår det nye lovforslaget, åpner det opp for at pasienter uten det som etter dagens lovverk forstås som alvorlig sinnslidelse, men som oppfattes som selvmordstruet, kan innlegges med tvang.

Når det gjelder tvangsmedisinering er det uklart hvordan dette skal håndteres i kommunene. I mange kommuner har alle legene samme leder. Hvem skal da dekke funksjonen som uavhengig lege, og hvilke kompetanse skal denne personen ha? Det er også uklart om adgang til tvangsmedisinering kun skal gjelde antipsykotika (slik det foreligger nå) eller også andre psykofarmaka.

Oppsummering

Det er behov for betydelig videre utredningsprosess med klinikerinvolvering, samt konkret ressurstilførsel, før det kan fremmes lovforslag til implementering i tjenestene.

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør

Saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygaard Haavardsholm, Spesialrådgiver/jurist

Dokumentet er godkjent elektronisk