

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

[Sendes kun elektronisk](#)

Deres ref.:

Vår ref: HSAK201900453

Dato: 13-12-2019

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

Overordnede innspill

Legeforeningen er i utgangspunktet positive til at det gjøres et arbeid med å samordne regelverk for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten, og mener det er viktig at regelverket forenkles med tanke på bruk i en klinisk hverdag. Lovforslaget som legges frem i NOU 2019:14 er imidlertid så omfattende og vanskelig skrevet at Legeforeningen mener det vil føre til usikkerhet blant helsepersonell og dårligere rettsikkerhet for pasientene. Dersom dette lovarbeidet skal videreføres må foreliggende forslag bearbeides betydelig og sendes på ny høring før det fremmes som en lovproposisjon. Det må i en slik videre prosess sikres at fagpersoner med bred og relevant klinisk erfaring bidrar for å gjøre lovteksten forståelig i klinikken, og at det juridiske håndverket følger alminnelig norsk lovgivingstradisjon innen helselovgivning.

Legeforeningen mener det er viktig å sørge for at tvang ikke brukes oftere eller i større omfang enn nødvendig, men at utvalgets ensidige fokus på *tvangsbegrensning* fører til en underkommunisering av at tvang noen ganger er den beste løsningen for pasienten, og at det da må gjøres på en god måte. Legeforeningen er ikke uten videre enig i premisset at det er for mye bruk av tvang i norsk helsevesen. Det finnes ingen dokumentasjon på hva som er riktig nivå av tvang, og geografisk variasjon kan også skyldes at det enkelte steder brukes for lite tvang. Vi vil her understreke at dersom tvang benyttes *for lite* vil det kunne ha svært alvorlige konsekvenser for pasient og pårørende. Manglende bruk av tvang kan innebære at pasienter ikke får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp, og dermed også innebære brudd på internasjonale menneskerettigheter. Tvang er i en del tilfeller livreddende behandling. Bruk av tvang redder personer fra å gjøre alvorlig skade på seg selv eller andre. Legeforeningen er bekymret for hvilke konsekvenser det vil ha for pasienter, pårørende og samfunnet dersom terskelen for bruk av tvang heves ytterligere.

Innledningsvis vil vi også bemerke at det er et gjennomgående trekk at utredningen ikke viser til forskningsbasert vitenskap i sin argumentasjon, men faller tilbake på en slags ideologisk overbevisning om at mindre tvang i seg selv er et gode. Legeforeningen vil understreke at når det skal gjøres regelverksendringer som griper inn i fagmiljøenes arbeidsmetoder, må endringene være understøttet av forskning som viser at tiltakene vil ha den effekten man ønsker.

Etter vår mening bærer også utredningen og en del av forslagene preg av å ikke forholde seg til virkeligheten slik den oppleves av klinikere i norsk helsevesen. Dette gjelder både med tanke på alle de ulike prekære situasjonene som kan oppstå i helsetjenesten, men også den manglende beskrivelsen av hvilke ressurser forslagene vil kreve.

Legeforeningen vil påpeke at det fremstår som svært risikabelt å skulle gjennomføre en omfattende reform på et slik grunnlag som dette. Selv små endringer i tvangslovgivningen har tidligere ført til usikkerhet rundt hvordan reglene skulle praktiseres. Det må ikke undervurderes hvor mye usikkerhet dette kan føre med seg. Det er stor risiko for at slik usikkerhet vil føre til både ulikheter i behandlingstilbud og svekket rettssikkerhet.

Disse åpenbare svakhetene ved utvalgets arbeid er så store at de gjør Legeforeningen svært kritisk til lovforslaget som helhet. Det er Legeforeningens mening at forslaget slik det foreligger ikke kan innføres som lov. Det vil ikke være tilstrekkelig med mindre endringer i forslaget, men vil kreves en total revisjon av den foreslåtte lovteksten, før den eventuelt vil kunne vedtas.

Vi vil under gå gjennom ulike aspekter i utredningen og knytte kommentarer til disse. Avslutningsvis vil vi kommentere konkrete deler av lovforslaget.

Våre kommentarer knytter seg i hovedsak til følgende punkter:

- Tvangsbegrensning som grunnleggende premis og formål med loven
- NOU-ens og lovutkastets omfang
- Fordeler og ulemper med felles tvangslov
- Utvalgets sammensetning
- Ny terminologi
- Fjerne mulighet for bruk av mekaniske tvangsmidler
- Innføre reservasjonsrett mot antipsykotika og ECT
- Hensynet til ressurser og administrasjon
- Tvang i ordinært somatisk helsevern
- Ruspasienter
- Barn

Tvangsbegrensning som grunnleggende premis og formål med loven

Legeforeningen mener navnet "Tvangsbegrensningsloven" er misvisende fordi det i realiteten er en lov som hjemler bruk av tvang. Altså; uten lovgivning som åpner for tvangsbruk i helsetjenesten ville det ikke vært tillatt. Legeforeningen mener derfor "lov om tvang i helse- og omsorgstjenesten" bør vurderes som mulig navn, noe som ville følge alminnelig navngivningstradisjon for lover i helsetjenesten.

Formålet med loven er altfor snevert angitt, og omhandler tilsynelatende bare begrensning av tvangsbruk. Et viktig hensyn bak denne reguleringen er å sikre nødvendig helsehjelp ved bruk av tvang til pasienter som ikke har evne/vilje til å ønske slik helsehjelp selv. Formålet

bør formuleres slik at det kommer tydelig frem at enhver skal kunne få forsvarlig helsehjelp uavhengig av evne til å samtykke.

Legeforeningen anerkjenner at det har vært avdekket overdreven bruk av tvang noen steder i helsetjenesten. Samtidig må det understrekes at dersom man skal gjennomføre denne store reformen med å legge om tvangslovgivningen i helsetjenesten, kan ikke fokus kun være rettet mot å minske tvangen. Noen ganger er tvang den beste løsningen for å gi en alvorlig syk pasient den hjelpen han trenger og har rett på. Dette må gjenspeiles i lovteksten, og bør også være et tydeligere premiss i forarbeidene til loven. Legeforeningen savner dette perspektivet i utredningen.

Utredningen behandler i liten grad problemstillingen knyttet til effekten av at det benyttes mindre tvang. Det vil kunne føre til at alvorlig syke pasienter ikke får tilgang til nødvendig helsehjelp fordi de ikke selv evner å samtykke til hjelpen. Tvang gir mulighet til å yte helsehjelp til personer som ikke evner å samtykke til nødvendig helsehjelp selv. Dersom terskelen for å benytte tvang heves risikerer helsepersonell å komme i situasjoner der man mener det er klar indikasjon for å yte helsehjelp, men hvor man ikke har anledning til det. Dette gjelder særlig muligheten til å bruke ECT som livreddende behandling overfor suicidale psykotiske pasienter som motsetter seg behandlingen og muligheten for tvangsmedisinering med antipsykotika til pasienter som i en bedre fase av sykdommen har reservert seg mot slik behandling.

Legeforeningen vil her også trekke frem at effekten av mindre bruk av tvang ikke dokumenteres i utredningen. Det legges til grunn at det vil ha en positiv effekt, og det fremstår som at utvalget har en overbevisning om at mindre tvang alltid er et gode. Legeforeningen mener helsefremmende effekt må være målsetningen av eventuelle endringer, og mener derfor det må dokumenteres at mindre bruk av tvang er helsefremmende. Legeforeningen vil også bemerke at det vises til at det brukes mindre tvang i andre land, uten at det fremgår tydelig hvordan befolkningens helse der er. Det at man vet at det er mulig å bruke mindre tvang betyr ikke automatisk at dette er et gode for befolkningen.

Forslagene bærer preg av å ikke ta hensyn til den faktiske situasjonen i helsetjenesten og ulike konsekvenser at dette forslaget. Det vurderes ikke hvordan dette forslaget vil påvirke befolkningens muligheter til å få nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov for dette, og hva som er faktiske utfordringer i dag. Det er nødvendig å både vurdere behovet for tvang ut fra faktiske omstendigheter, samt mulighetene for, og nødvendigheten av, å begrense bruk av tvang. Utredningen legger til grunn en ideell virkelighet uten begrensede ressurser og hensyn til at økt administrasjon får betydning for kapasiteten til å gi helsehjelp. Forsøket på å regulere nødretten viser at det er stor avstand mellom det å foreslå lover i en «ideell verden» der offentlig myndighet skal forvaltes, og det å gi lover som kan benyttes i et utall av faktiske situasjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Før man gjør de foreslåtte endringene bør konsekvensene av lovendringene i 2017 evalueres. Manglende samtykkekompetanse ble da innført som vilkår for tvungent psykisk

helsevern under behandlingskriteriet. Tilbakemeldinger fra både fagmiljøer og pårørendemiljøer går ut på at det er mye vanskeligere å legge inn pasienter på tvungen psykisk helsevern, og at pårørendes situasjon har blitt betraktelig forverret som følge av mer ansvar for syke pasienter. Legeforeningen erfarer at en del pasienter nå blir "svingdørspasienter" i den forstand at de blir lagt inn på tvang, men slippes raskt ut igjen fordi det oppstår tvil om hvorvidt de har samtykkekompetanse og de avslår behandlingstilbudet. Tilstanden forverres igjen og de legges igjen inn på tvang, og runden gjentas. Det er en bekymring knyttet til de pasientene som selv er for syke til å innse et behandlingsbehov, men som samtidig ikke er «syke nok» (etter lov om begrensning og bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten) til å kunne tvinges til slik behandling. Legeforeningen mener det er et stort behov for å vurdere konsekvensene av nevnte lovendring; både med tanke på pasientenes helse, forholdene for de pårørende og eventuelle andre samfunnsmessige virkninger som for eksempel voldsbruk.

NOU-ens og lovutkastets omfang

Utredningen som ligger til grunn for lovendringsforslagene er svært omfattende (813 sider). Det er Legeforeningens oppfatning at dokumentet er så omfattende at det er krevende å sette seg godt nok inn i forslaget til å kunne avgi en god høringsuttalelse. I tillegg vil det være utfordrende å i ettertid sette seg inn i dette som da blir forarbeidet og som da skal leses for å forstå lovteksten. Departementet kan derfor ikke forvente at høringsinstansene nå har oppdaget alle mulige konsekvenser og eventuelle utfordringer som ligger i forslaget.

Det vil i prosessen fremover være helt avgjørende at man involverer de relevante fagmiljøene i langt større grad enn man så langt har gjort gjennom utvalget. Kun ved involvering i arbeidet med å utvikle dette regelverket vil man kunne sikre forankring i fagmiljøene. Slik forankring er nødvendig både for å kunne lage regler som passer til den kliniske virkeligheten, og for å sikre at det brukes begreper som forstås av de som skal bruke loven.

Selve loven er også svært omfattende og kompleks, med mange krysshenvisninger, og vil med stor sannsynlighet føre til store ulikheter i hvordan den tolkes og anvendes. Utvalget har ikke lyktes i å holde tekstmengden nede hverken i premissene eller i lovteksten. Slike forslag som dette må kunne diskuteres offentlig, noe dette lovforslaget ikke er egnet for på grunn av sitt omfang. Konsekvensene er at lovregulering av tvang blir forbeholdt noen få å forstå, og ikke tjenesten og brukere. I henhold til norsk lovtradisjon og tradisjon innenfor helseretten, skal lovgivningen være godt kjent av de som berøres av den; helsepersonell som må kunne anvende loven og befolkningen og berørte pasienter som må kunne forstå loven. Forslaget slik det nå foreligger er ikke egnet til det.

Selve omfanget innebærer i seg selv at svært få vil ha inngående kjennskap til hvordan reglene skal forstås. Viktigheten av dette må ikke undervurderes. Man risikerer da store forskjeller i praktiseringen av reglene. Dette er svært alvorlig både med tanke på pasienters rettssikkerhet, og fagpersonenes trygghet i beslutninger de skal ta. Det må her også

understrekes at det innen helseområdet normalt ikke er ansatt jurister i kommunene, hvor mange av beslutningene vil måtte tas.

Fordeler og ulemper ved felles lovverk

Legeforeningen er i utgangspunktet positive til ideen med å samle all tvangslovgivning i helsetjenesten i en lov. Vi bemerker at det fremstår underlig at ikke smittevernloven også tas med dersom det skal gjennomføres en slik omfattende lovendring.

Til tross for Legeforeningens positive utgangspunkt er vi svært kritiske til det aktuelle forslaget. Utvalget legger til grunn at en sammenslåing i seg selv er en forenkling. Etter Legeforeningens syn er lovforslaget slik det nå foreligger mer en forvansking av lovverket. Lovforslaget består av 17 kapitler og 157 lovbestemmelser, mange svært omfattende. Lovbestemmelsene er inndelt kapittelvis og ikke fortløpende, noe som bør vurderes når det vedtas en omfattende lov. Til sammenligning har de fire aktuelle lovene som skal erstattes til sammen 90 bestemmelser. I lovforslaget er det forutsatt en omfattende regulering utenom denne loven med 40 forskriftshjemler, og mange må benyttes fordi lovteksten på flere punkter er vag eller ufullstendig. Det forventes også rundskriv som, slik det er omtalt, kan beskrives som «sekundærlovgivning».

Et hovedgrep i forslaget er at man fjerner de diagnosenære bestemmelsene. Innen psykiatrien skal man altså ikke lenger vurdere om pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Kriteriene for bruk av tvang forsøkes nå å gjøres mer overordnede for å kunne omfatte både pasienter innen psykisk helsevern, ruspasienter og alle andre der det vil kunne være aktuelt å bruke tvang i helsetjenesten. Ulempen med å skulle favne om så mange er at begrepene nødvendigvis blir vage. Igjen er det Legeforeningens bekymring at man i forsøket på å forenkle og sikre likebehandling risikerer å gjøre det motsatte. Dette gjelder kanskje særlig innen psykisk helsevern der tvangslovgivningen er godt innarbeidet. Det må også understrekes at det å innføre så mange nye begreper på dette området innebærer at det vil kreve svært store ressurser for innarbeidelse av begrepene.

Fordi det er så store ulikheter mellom de forskjellige pasientgruppene og de ulike situasjonene som skal reguleres er det behov for særlig regulering i mange tilfeller. Lovforslaget er skrevet på en slik måte av at man har laget generelle regler med unntak i andre bestemmelser. Måten dette er gjort på, der leser instrueres i å klippe ut og lime inn deler av bestemmelser, fremstår som svært lite leservennlig og helt uoversiktlig. Vi vil her eksemplifisere med § 5-2 der det fremgår at vilkårene i § 5-4 gjelder "med følgende særbestemmelser", hvorpå det listes opp fire unntak fra de generelle reglene i § 5-4 som da skal byttes ut med andre vilkår i disse § 5-2-tilfellene. Dels vises det her til vilkår i andre lover (pasient- og brukerrettighetsloven). Denne måten å skrive lovtekst på har man gjort flere steder i dette utkastet. Det er nærmest umulig å få med seg meningsinnholdet i en bestemmelse når man tvinges til å hoppe ut og inn av bestemmelsen for å finne ut hva som gjelder. Dette vil ikke kunne fungere i en klinisk hverdag.

Legeforeningen vil understreke at det å skulle innføre et samlet tvangsregelverk i helsetjenesten er en stor og omfattende reform. Dette må ikke tas lett på, og konsekvensene ved en slik omlegging må utredes nøye. Det er ikke gjort i foreliggende utredning. Dersom en slik reform skal gjennomføres må man være sikker på at de positive effektene er så store at de klart oppveier risiko, kostnad og ulemper.

Vi vil bemerke at erfaring fra tidligere endringer i regelverket har vært at helsepersonell opplever det som utfordrende å vite hvordan de skal forholde seg til det. De siste 20 årene har regelverksarbeidet på helsetjenestens område akselerert betydelig. Det har også vært en rekke eksempler på lovgivning som er vanskelig tilgjengelig for helsepersonell, dårlig forankret i den kliniske hverdagen eller ikke lar seg etterleve (for eksempel ordningen med pasientansvarlig lege). Det er en betydelig risiko for at dette over tid påvirker helsepersonells holdning til lovgivningen og at den betraktes mer som "veiledende" enn bindende. Risikoen for uønsket variasjon i behandlingstilbud til pasienter, og dermed svekket rettsikkerhet, på grunn av misforståelser og usikkerhet må tas med i vurderingen i den videre prosessen her. Dersom en samling av tvangslovgivningen skal gjennomføres vil det innebære at det må brukes ressurser på en omfattende opplæring i alle ledd av helsetjenesten hvor dette skal gjelde, samt at det gjøres tilgjengelig ressurser for bistand til å håndheve regelverket. Vi vil her særlig trekke frem kommunene, som jevnt over per i dag ikke har tilgjengelig juridiske ressurser på helsefeltet.

Utvalgets sammensetning

Legeforeningen stiller seg undrende til hvordan dette utvalget har vært satt sammen. Det er en helt grunnleggende mangel at det hverken er representert lege fra akutt- eller døgn psykiatrien (hvor det meste av tvangen i psykisk helsevern skjer), fastlegetjenesten eller kommunehelsetjenesten (med ansvar for legevakt, sykehjem og omsorgstjenester). Også leger innen somatiske spesialiteter, f.eks. indremedisinere og geriatere, samt barne- og ungdoms psykiatere bør involveres i den videre prosessen.

Den manglende involveringen av fagpersoner med bred og relevant klinisk erfaring har ført til at utredningen fremstår som virkelighetsfjern. Forslagene bærer også preg av å ikke ta hensyn til den faktiske situasjonen i helsetjenesten og ulike konsekvenser at dette forslaget. Det vurderes ikke hvordan dette forslaget vil påvirke befolkningens muligheter til å få nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov for dette, og hva som er faktiske utfordringer i dag. Det er nødvendig å både vurdere behovet for tvang ut fra faktiske omstendigheter, samt mulighetene for - nødvendigheten av - å begrense bruk av tvang. Den legger til grunn en ideell virkelighet der det er ubegrensede ressurser og der økt administrasjon ikke får betydning for kapasiteten til å gi helsehjelp. Forsøket på å regulere nødretten viser at det er stor avstand mellom det å foreslå lover i en «ideell verden» der offentlig myndighet skal forvaltes, og det å gi lover som kan benyttes i et utall av faktiske situasjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Det må understrekes at helsepersonell daglig står i svært krevende situasjoner der bruk av tvang er eneste mulighet til å hjelpe et menneske som behøver det. Utvalget tar i for liten

grad hensyn til de krevende og nærmest umulige situasjonene man står overfor i helsetjenesten, der det er fare for liv og helse. Dersom man skal lykkes i å lage et lovverk for bruk av tvang i helsetjenesten er det helt avgjørende at det i det videre arbeidet involveres fagpersoner som har førstehåndskjennskap til de situasjoner man står overfor i helsetjenesten og kan ta dette perspektivet inn i arbeidet med lovutviklingen.

Innføre forbud mot mekaniske tvangsmidler

Dette forslaget antas å komme som en respons på undersøkelser og medieoppslag som har vist at beltelegging har vært brukt i for stort omfang. Det må her bemerkes at det fremstår som at man kaster barnet ut med badevannet når det foreslås å forby bruken av mekaniske tvangsmidler. Utvalget åpner for at bruken kan fortsette i psykiatriske avdelinger med et særlig sikkerhetsbehov og for å gjennomføre vedtak om tvungen ernæring. Det er ingen klar grense mellom akutt- og sikkerhetsposter, og samme type pasienter kan finnes begge steder. Det virker også vilkårlig at mekanisk tvang skal kunne benyttes til tvungen ernæring, men ikke ved gjennomføring av tvungen behandling med legemidler eller ECT.

I noen tilfeller er bruk av belter nødvendig for å avverge farlige situasjoner og for å ta hånd om urolige pasienter for å unngå skade på pasienten selv, medpasienter, ansatte eller interiør. Legeforeningen mener det er riktig å begrense, og kvalitetssikre, bruken av slike tvangsmidler, men at målet må være å kun bruke det der det er nødvendig og det ikke er andre måter å avverge situasjonen på.

Det er påfallende at utredningen er blottet for analyse om hva alternativet til mekaniske tvangsmidler vil være. Det fremstår som utopisk at akutte situasjoner med behov for kortvarig tvangsbruk for å avverge skade ikke skal oppstå i fremtiden, selv med gode forebyggende tiltak og mer hensiktsmessige lokaler. Spørsmålet er da hvordan disse situasjonene skal håndteres. Alternativet med kortvarig fastholding vil ikke alltid være fysisk mulig, og for enkelte pasienter vil fastholding av personale kunne oppleves mer belastende enn fiksering i belteseng. Det må kunne stilles spørsmål ved om man da vil se økt bruk av vektere og politi i psykiatriske sengeposter. Alternativet kan også bli økt bruk av tvangsmedisinering.

Legeforeningen vil også bemerke at dette forslaget må ses i sammenheng med reservasjonsrett mot tvungen behandling med antipsykotika, forbud mot tvangsbehandling med ECT og innskrenking i muligheten for bruk av skjerming. Samlet fremstår det som at mulighetene for helsepersonell til å håndtere akutte og farlige situasjoner nå begrenses i alvorlig grad. Samtidig åpnes det for at disse reglene ikke skal gjelde ved sikkerhetspsykiatriske institusjoner. Legeforeningen vil til dette bemerke at begrepet sikkerhetspsykiatrisk institusjon ikke har lovmessig forankring. Det er derfor en bekymring at flere psykiatriske institusjoner vil definere seg som dette for å kunne være i stand til å håndtere akutte og farlige situasjoner. Det må understrekes at dette ikke er et ønskelig scenario for noen. Man må påse at de alminnelige reglene for bruk av tvang ikke blir så strenge at det tvinger frem alternative løsninger slik som dette.

I tillegg vil Legeforeningen understreke at dette også har en side mot de ansattes krav til et forsvarlig arbeidsmiljø. Det er viktig at de som jobber innen psykisk helsevern kan føle seg trygge på jobb. Når det i forslaget er skrevet at man vil "forby oppbevaring i umiddelbar nærhet av avdelingen når innretningene ikke er i aktiv bruk" vil vi påpeke viktigheten av å ha enkel tilgang på slike hjelpemidler slik at de kan benyttes i akutte situasjoner. Legeforeningen frykter for sikkerheten til de ansatte dersom disse forslagene blir gjennomført, og mener det vil kunne gå utover rekrutteringen.

Innføre reservasjonsrett mot antipsykotika og forbud mot tvangsbehandling med ECT

Det foreslås en reservasjonsrett mot antipsykotisk legemiddelbehandling, noe som begrunnes i det store antallet tvangsmedisineringsklager (1100) årlig. På dette punktet bør det vurderes nærmere på hvilket grunnlag det er mulig å reservere seg og virkningen av dette forslaget. Et generelt politisk mål om å begrense tvang i denne situasjonen kan med dette virkemiddelet føre til tilfeldige utslag, og at der det ikke finnes noen andre behandlingsformer vil denne gruppen få redusert sitt behandlingstilbud. Dette kan også forlenge pasientforløpet og øke behovet for opphold i institusjon.

Vi vil her bemerke at utvalget legger til grunn at en pasient som har erfart bedring i helsetilstand ved tvangsmedisinering sjelden vil ønske å reservere seg. Dette står i kontrast til det Legeforeningen mener er tilfellet. Hos psykotiske pasienter ligger det til sykdomstilstanden en realitetsbrist, og i denne bristen ofte også innsikten i at man selv er psykisk syk og trenger behandling. Man risikerer at pasienter man tidligere kunne behandle og som fungerte godt med antipsykotisk medisinering, nå ikke får den anbefalte behandlinga på grunn av manglende sykdomsinnsikt og reservasjonsrett.

Legeforeningen vil understreke at når disse foreslåtte innskrenkningene i mulighetene for bruk av tvang ses i sammenheng, fremstår det tydelig at det vil komme til å oppstå flere farlige situasjoner. Hva skal helsepersonell gjøre i en situasjon der en åpenbart psykotisk pasient har reservert seg mot tvungen behandling med antipsykotika, og det heller ikke er lov å bruke mekaniske tvangsmidler? Legeforeningen er som nevnt bekymret for at ansatte og andre pasienter, i tillegg til pasienten selv, i slike situasjoner vil bli skadelidende.

Når det gjelder muligheten for reservasjon vil Legeforeningen understreke at det er etisk betenkelig at en pasient skal kunne ta den typen fremtidige valg for seg selv. I det reservasjonen gjøres kan ikke pasienten selv vite hvilke situasjoner og hva slags helsetilstand han vil kunne komme i senere. Antipsykotika vil kunne være livreddende. Skal helsepersonell la pasienter som ikke er beslutningskompetente dø fordi de for flere år siden har reservert seg mot det som nå vil være livreddende behandling? Det er ikke bare etisk betenkelig, men vil kunne være i strid med helsepersonelloven § 4 om plikten til å yte forsvarlig behandling og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 om retten til nødvendig helsehjelp.

Pasienter med akutte psykoser (spesielt i kombinasjon med rus) har økt risiko for voldelige handlinger. Uten psykofarmaka som kan dempe voldsrisikoen, frykter Legeforeningen flere episoder med alvorlige voldelige hendelser, både innen psykisk helsevern og i samfunnet forøvrig. I tillegg til at vi altså har en reell bekymring for helsetap hos både pasienter,

pårørende og i samfunnet, vil vi også bemerke at manglende behandling av pasienter i slike situasjoner kan innebære brudd på Norges menneskerettslige forpliktelser gjennom FNs Konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12.

Det er videre etisk problematisk at det blir åpnet for bruk av tvangsmiddel for å gjennomføre tvungen ernæring av anorektiske pasienter, men ikke å bruke ECT på suicidale psykotiske pasienter. I begge tilfellene dreier det seg om livreddende behandling til mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Det at ulike tilstander her vurderes så ulikt er etisk utfordrende og står i skarp kontrast til hensynet og formålet om likeverdige tjenester i helse- og omsorgstjenesten.

Ny terminologi

Utvalget foreslår flere nye begreper, herunder "beslutningskompetanse". Dette innebærer en endring fra det innarbeidede "samtykkekompetanse" for å synliggjøre at det også dreier seg om evnen til å fravelge behandling. Legeforeningen mener dette begrepet er uheldig fordi "beslutningskompetanse" språklig sett fremstår som en kompetanse noen har til å fatte avgjørelser på vegne av andre, altså en formell myndighet til å ta avgjørelser. På den måten gir begrepet feil assosiasjoner og kan bidra til å forvirre. Et alternativ kunne være å endre til "beslutningsevne". Legeforeningen mener imidlertid at man bør være varsom med å endre innarbeidet begrepsbruk om ikke hensikten samtidig er å oppnå faktiske endringer – materielt eller prosessuelt. Etter vår oppfatning kan endringen fremstå som juridisk flisespikkeri. Samtykkekompetanse er et begrep som helsepersonell har hatt problemer med å forstå. Men det er godt innarbeidet og brukes i hele helsetjenesten. Etter vår erfaring synes problemene i hovedsak å knytte seg til forståelsen av selve vurderingen som skal gjøres og den "fluktuerende" statusen samtykkekompetansen har (situasjonsbetinget). Disse forholdene bedres neppe ved å endre begrepsbruken. Ved å gå over til å bruke det mer nøytrale begrepet "beslutning" svekkes en viktig dimensjon – at i prinsippet alle ledd i behandlingen krever en underliggende aktiv eller passiv "tillatelse" fra pasientens side.

Ordet "person" brukes i stedet for "pasient". Ordet "pasient" er definert i "pasient- og brukerrettighetsloven", og det fremstår som lite gjennomtenkt at man velger å ikke bruke dette begrepet. Det kan virke stigmatiserende og diskriminerende dersom det fører til uklarhet om hvorvidt "personer" etter denne lovgivningen skal ha tilsvarende rettigheter som "pasienter" i øvrig helselovgivning. En slik effekt antas å være det motsatte av det man har ønsket.

Legeforeningen vil generelt påpeke at flere av begrepene er uklare og også at mange av begrepene som er brukt er koblet sammen med adjektiver som gjør det utfordrende å vite hva som ligger i begrepene. Eksempler på dette er; "omfattende orienteringssvikt", "sterkt sosialt fornedrende" og "åpenbar forsømmelse", hentet fra § 4-1 annet ledd. Det fremstår som krevende å skulle avgjøre om disse vilkårene er innfridd. Alle slike nye begreper må innarbeides i helsetjenesten noe som vil kreve omfattende bruk av tid og ressurser.

"Kortvarig fastholding" er erstattet med begrepet "fysisk nedleggelse". Det siste begrepet blir assosiert med at pasienten blir lagt i bakken. Det kan neppe være intensjonen at en skal måtte legge alle pasienter i bakken når de blir holdt igjen med tvang. Dette fremstår som uhensiktsmessig og vilkårlig begrepsbruk.

Hensynet til ressurser og administrasjon

Utredningen er nærmest blottet for vurderinger av hvor store ressurser som skal til for å gjennomføre forslagene som presenteres. Det er alvorlig. En så omfattende reform som den foreslåtte vil innebære et behov for svært store ressurser til opplæring av fagpersonell, praktisk forvaltning og overprøving av vedtak, tilpasning av bygningsmasse, og økt døgnkapasitet som følge av redusert bruk av antipsykotika i behandlingen. Det må være et absolutt krav at det gjennomføres kostnadsanalyser og at ressursbehovet utredes nøye. Det må her understrekes at det fremstår som virkelighetsfjernt og underlig at et offentlig utvalg kan presentere denne typen omfattende omlegginger av viktige deler av helsetjenesten uten at det samtidig gjøres utredning av hva dette vil innebære av kostnader for samfunnet.

Legeforeningen vil her særlig trekke frem:

- Sikre opplæring og innføring i nye begreper
- Sikre at Fylkesmannen er i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter loven
- Endre struktur og øke volum i psykisk helsevern for å kunne oppfylle lovens krav
- Bygningsmessige tilpasninger mtp skjerming
- Ansette flere fagpersoner dersom mindre tvang skal benyttes
- Styrke politi og kriminalomsorg, som antas å måtte ta vare på flere som egentlig er syke
- Ivareta pasienter over lengre tid på døgninstitusjon dersom de ikke kan tvangsmediseres, for de vil da være syke lenger

For ordens skyld nevnes at konsekvensene av forslagene er uoverskuelige og at det derfor er svært krevende å angi mulige kostnader og ressursbehov. Vårt viktigste innspill på dette punktet er derfor at det må gjøres et ordentlig arbeid med dette.

Tvang i ordinært somatisk helsevern

Til tross for forutsetningen her om at utvalget skulle se på all bruk av tvang i helsetjenesten fremstår det som klart at fokuset er på psykisk helsevern. Dette er også det området der tvangsbruk har vært best regulert i dag og der det brukes mest tvang, så det er ikke overraskende. Det er likevel en klar svakhet ved utredningen at den ikke i tilstrekkelig grad beskriver tvang i ordinær somatisk helsetjeneste. Pasienter som grunnet somatisk sykdom er uten beslutningskompetanse må iblant utredes eller behandles mot sin vilje både i somatiske akuttmottak og poliklinikker. Det fremstår derfor som uklart hvordan reglene skal forstås og brukes i disse situasjonene. Særlig for kommunehelsetjenesten, som vil ha ansvaret i mange av disse tilfellene er dette alvorlig.

Ruspasienter

Legeforeningen mener at det foreslåtte kravet om fravær av beslutningskompetanse for bruk av tvang i realiteten vil fjerne muligheten til tvungen innleggelse av (ikke-gravide) pasienter med rusproblemer, såfremt de ikke samtidig er så psykisk syke at de kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Pasientgruppen som nå behandles etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 er som regel i stand til å fatte egne beslutninger, men de har et omfattende og ukontrollert forbruk av rusmidler som uten tiltak vil medføre alvorlig helseskade. Konsekvensen av utvalgets forslag vil for ruspasienter være at man i mange situasjoner ikke innledningsvis vil kunne benytte tvang for de sykeste pasientene for å komme i en posisjon til å yte frivillig behandling. Denne pasientgruppen risikerer dermed å stå uten et reelt hjelpetilbud. Det må igjen bemerkes at det fremstår som underlig at det her gjøres en annen vurdering av hvorvidt alvorlig syke ruspasienter skal ha rett til helsehjelp når de ikke er i stand til å følge opp dette selv. Igjen vil vi trekke frem at det her legges en annen list til grunn enn for eksempel pasienter med spiseforstyrrelse. Dette harmonerer dårlig med tanken om felles regler uavhengig av diagnose.

Barn

Det er prinsipielt uheldig at utvalget legger til grunn at tvangsbegrepet har et annet innhold avhengig av alder, det vil si for barn under 16 år. I utgangspunktet bør det ikke skilles på innholdet i tvangsbegrepet og vilkårene for tvang etter personens alder. Utvalget belyser ikke konsekvensene av at terskelen for tvang skal være høyere for personer under 16 år. Ved økt terskel for bruk av tvang øker også sjansen for at enkelte pasienter ikke får nødvendig helsehjelp.

Når det gjelder reservasjonsrett for tvungen behandling med antipsykotiske legemidler eller ECT vil vi bemerke at det fremstår som særlig lenge med 10 års reservasjon for unge pasienter.

Når det gjelder barn og unge vil vi bemerke at det er begrenset hvor mange legemidler i gruppen psykofarmaka som har indikasjon for bruk til barn og unge. Dette skyldes i hovedsak at det forskes svært lite på legemidler til de under 18 år, og ikke at barn og unge ikke har nytte/effekt av medikamentene. I praksis er det vanlig å forholde seg til erfaringer/godkjenninger preparatene har fra andre land. Noen av preparatalternativene som er godkjent for bruk til barn og unge, kan være dårligere alternativer enn preparater uten indikasjon for bruk til aldersgruppen. Ett eksempel er benzodiazepiner. Her noteres det at utvalget trolig tar utgangspunkt i voksenpsykiatrien som har et større utvalg av legemidler, og at en barnepsykiaters perspektiv mangler.

Vi vil i tillegg bemerke at barn av gravide alvorlig psykisk syke ikke er godt nok ivaretatt i lovutkastet. Forholdet mellom barn som får omsorg av barnevernet på grunn av omgivelser og barn som har egen sykdom er ikke skilt godt nok. Bruk av tvang overfor barn i somatikken er heller ikke godt nok behandlet.

Konkrete innspill på enkeltbestemmelser:

Legeforeningen vil under knytte konkrete kommentarer til enkelte av de foreslåtte bestemmelsene som ikke er dekket av våre mer generelle innspill over. Vi er av den klare oppfatning at lovforslaget som helhet må gjennomgå en total revisjon, og at den foreslåtte loven ikke under noen omstendigheter vil kunne fungere i en klinisk hverdag. Listen under kan ikke anses som uttømmende, men er eksempler på aspekter ved lovteksten som vi mener må endres.

§ 1-1: Etter vår oppfatning skal formålsparagrafen angi hva som skal oppnås, og de øvrige bestemmelsene i loven skal angi hvordan dette skal skje. Formålsbestemmelsen synes å blande disse «kortene». Videre angis det at formålet med loven er å «forebygge og begrense tvang». Det er legitimt å spørre om dette bør nyanseres til «forebygge og begrense unødig bruk av tvang».

Lovens formål er også særlig å hindre vesentlig helseskade. Hvordan skal dette forstås? Skal helseskaden begrenses ved bruk av tvang? Eller legger en til grunn at det er helseskadelig å bruke tvang og at tvangen derfor skal begrenses? Her bør det føyes til et punkt om at pasienter skal sikres nødvendig helse- og omsorgstjenester.

I NOU-en (s. 715) skriver utvalget at «[n]ummer 2 fastslår at det er et formål med loven å hindre vesentlig helseskade. Dette innebærer at skaden må ha et betydelig omfang og/ eller alvorlige konsekvenser.» Dette gir et inntrykk av at «del 2» av lovens tittel sier noe om nummer 2. Altså første del av tittelen peker på nummer 1 og andre del av tittelen («bruk av tvang») peker på nummer 2 i formålsparagrafen. Dette understøtter vårt poeng om at det blir feil å gi loven kortnavnet «tvangsbegrensningsloven» ettersom nummer 1 og 2 i formålsparagrafen er likestilte.

§ 1-2: I tredje ledd gis departementet adgang til å gi forskrift «om at også andre deler av loven skal gjelde for private institusjoner for personer med rusproblemer, som ikke har avtale med et foretak eller en kommune». For Legeforeningen er det uklart hvorfor man ønsker å begrense denne forskriftshjemmelen til private institusjoner for personer med «rusproblemer». Dette vil også kunne være aktuelt for personer med psykisk utviklingshemming, kognitiv svikt og somatiske tilstander hvor tvangstiltak kan være aktuelt. Bakgrunnen for dette er så langt vi kan se heller ikke kommentert av utvalget.

§ 1-4: I første ledd nr. 4 brukes ordet «enheter». Vi kan ikke se at dette tilfører bestemmelsen noe avgjørende og anbefaler at denne fjernes. Ordet vil i ytterste konsekvens bidra til misforståelser.

§ 1-5: I første ledd framgår følgende: «Ved mangel på sikre holdepunkt, kan det vektlegges hvordan personer med beslutningskompetansen intakt og i en sammenlignbar situasjon antas å ville stille seg.» Etter vår oppfatning er dette en uklar og vag formulering, og som i realiteten ikke tilfører bestemmelsen reelt innhold. Det er nærliggende å spørre om hvordan en slik vurdering skal gjøres og dokumenteres for å være i tråd med lovens intensjon?

§ 1-6: I andre ledd angis det at helsepersonell (gjennom sin varslingsplikt) skal gi opplysninger i samsvar med helsepersonelloven § 32 andre ledd. Vi kan ikke se at det er foreslått endringer i denne bestemmelsen. Legeforeningen foreslår at man angir at varslingsplikten innebærer at «opplysninger skal gis uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21».

I tredje ledd understrekes en varslingsplikt til barneverntjenesten. Selv om det er en viktig tydeliggjøring er Legeforeningen av den oppfatning at det bidrar til at loven blir unødvendig omfangsrik. Plikt til varsling av barneverntjenesten er etter vår oppfatning allerede dekket i annen lovgivning, herunder bl.a. helsepersonelloven, opplæringsloven, barnehageloven og politiloven.

§ 2-1: Første ledd i bestemmelsen er etter vår oppfatning unødvendig omfangsrik. Den gjentar i all hovedsak kravene som stilles i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Vi anbefaler følgelig at ordlyden fokuserer på virksomhetens plikt til å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang.

§ 2-2: Vi kan ikke se at bestemmelsen tilfører noe utover det som allerede er en rettighet etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3. Alternativt bør man heller gjøre endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er imidlertid ikke unaturlig at det presiseres at frivillighet som hovedregel skal forsøkes/tilstrebnes.

§ 3-1: Første ledd er etter vår oppfatning overflødig og gjentar rettigheter fra pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Slike gjentakelser bidrar til at lovteksten blir unødvendig omfangsrik.

§ 3-2: Legeforeningen anser at bestemmelsen ikke er relevant for loven og bør fjernes. I den grad dette er ønskelig bør det heller tydeliggjøres gjennom et oppdrag fra lovgiver til departementet. Bestemmelsen bidrar til at lovteksten blir unødvendig omfangsrik.

§ 3-5: I første ledd angis det at fylkesmannen "bør" kontaktes dersom personen ikke har nærmeste pårørende. Etter vår oppfatning er det uklart om dette reelt sett tilføyer noe. Fylkesmannens adgang til oppnevning av verge er svært begrenset, og kan i realiteten bare skje etter samtykke fra personen selv. Hva gjelder personer med antatt behov for vergemål er det allerede i dag en meldeplikt, jf. vergemålsloven § 55.

Legeforeningen legger til grunn at bruk av verge har som hensikt å sikre medvirkning. Denne "utvannes" imidlertid når det er verge som utøver medvirkningen. Spesielt gjelder dette ved en oppnevnt verge uten spesiell forhåndskunnskap om pasienten. Legeforeningen er av den oppfatning at dette gir økt byråkratisering og lite gevinst for pasienten. Vi mener man må ha tillit til at helsepersonellet utøver forsvarlig praksis og tar beslutninger til det beste for pasienten.

Etter vår vurdering bør bestemmelsen fjernes siden den bidrar til at lovteksten blir unødvendig omfangsrik.

§ 4-1: Andre ledd i bestemmelsen inneholder etter vår oppfatning flere uklare begrep. Eksempelvis brukes det formuleringer som «omfattende orienteringssvikt», «sterkt sosialt fornedrende» og «en åpenbar forsømmelse av samfunnets plikt». Bruken av adjektiver framstår som forvirrende og unødvendig. Slik ordlyden er synes andre ledd å omtale situasjoner uten vesentlig «hastpreg» eller å være en «nødsituasjon». Følgelig er det nærliggende å spørre om dette i realiteten heller er situasjoner som går over i vergemålslovens bestemmelser? Det er her grunn til å tro at denne lovteksten vil kunne motstride vergemålslovens bestemmelser og praksis.

§ 4-2: Bestemmelsen er nærmest en gjentakelse av § 4-1. Dette bidrar til at lovteksten blir unødvendig omfangsrik. Vi anbefaler at man slår sammen §§ 4-1 og 4-2.

Videre brukes begrepet «fysisk integritet». Dette framstår som et konstruert begrep. Vi foreslår at man bruker formuleringen «akutt fare for andres liv og helse». Dette er et begrep som er «gjenkjennbart» fra dagens lovtekst.

§ 4-4: Av første ledd framgår det at mekaniske innretninger kun kan brukes i psykisk helsevern. Ved innføringen av lov om begrensning og bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten vil pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A opphøre. Konsekvensen av denne bestemmelsen vil da være at mekaniske tvangsmidler vil være forbeholdt godkjente institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Følgelig vil kommunale institusjoner ikke ha adgang til bruk av slike tvangsmidler. Legeforeningen forstår ikke hvorfor man ønsker en slik «forskjellsbehandling» av den kommunale helse- og omsorgstjenesten i institusjoner og institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Av tredje ledd framgår det at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i «umiddelbar nærhet» når de ikke er i aktiv bruk. Vi kan ikke se at det er hensiktsmessig å bruke lovtekst til slike detaljerte begrensninger. Det er også vanskelig å se hvordan dette skal tolkes og ev. kontrolleres.

§ 4-6: Det angis at det kan benyttes legemidler med "korttidsvirkende beroligende effekt". Vi ser ikke hensikten med å begrense bruken av legemidler til de som har "beroligende" effekt. Det er videre uklart hva som legges i "beroligende". Menes det kun legemidler med sedativ effekt, eller gjelder det også legemidler som er angstdempende eller motorisk dempende – uten at de nødvendigvis er sederende?

I bestemmelsens andre ledd framgår det at bruk av legemidler til skadeavverging utenfor "institusjon for psykisk helsevern" skal være "det absolutt siste alternativet". Vi kan ikke se grunnlaget for denne ulike tilnærmingen av tjenesteytelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Det bør heller tydeliggjøres i forskrift, rundskriv eller kommentarer når tiltak som dette kan benyttes, uavhengig av hvor pasienten måtte befinne seg og hvor tjenestene ytes.

Hva gjelder bruken av ordet "absolutt" bør dette i alle tilfeller fjernes. Vi kan ikke se at dette tilfører lovteksten noe.

§ 4-9: Vi kan ikke se at denne bestemmelsen, herunder andre ledd, tilfører noe utover det som fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. I all hovedsak overlapper innholdet i bestemmelsen med § 3-1 og § 3-2 om rett til medvirkning og informasjon. Vi anbefaler at bestemmelsen fjernes.

§ 5-2: I nr. 2 benyttes begrepet "påført helseskade". Vi mener dette er en uheldig ordlyd, som kan indikere at noen "påfører" pasienten helseskade. Vi anbefaler at man reformulerer dette punktet til: "I stedet for § 5-4 nr. 3 gjelder: Det foreligger fare for personens eget liv eller fare for helseskade".

Det bemerkes at "påført" benyttes flere andre steder i lovteksten, bl.a. § 5-4, 6-3 og 6-5.

§ 5-3: I bestemmelsen brukes begrepet "helseinstitusjon". Slik det framstår nå gir dette en mulighet for tilbakeholdelse også i institusjoner utenfor psykisk helsevern. Dette vil etter vår oppfatning være hensiktsmessig. Vi er imidlertid i tvil om dette er utvalgets intensjon.

I bestemmelsens fjerde ledd angis det at personer som "aktivt ønsker" kan binde seg til en lengre periode for tilbakeholdelse i institusjon. Ordet "aktivt" kan etter vår oppfatning være forvirrende og skape uklarheter. Innebærer dette at pasienten selv må ta initiativ? Eller kan dette foreslås av helsepersonellet? Etter vår oppfatning bør "aktiv" strykes.

§ 5-4 pkt. 2 bokstav d lyder: "Personen har et sterkt behov for behandling for somatiske helseproblemer, pleie eller omsorg i helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten". For oss fremstår det som uklart hvorvidt lovteksten her ekskluderer "somatiske helseproblemer" i spesialisthelsetjenesten. Dersom dette er tilfellet vil det ikke være lovgrunnlag for tilbakeholdelse for behandling av somatiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten.

Punkt 5 angir et vilkår om at personen "må antas å ville ha samtykket til tiltaket". Dette fremstår som svært krevende å avgjøre og blir nærmest en hypotetisk vurdering, som det er vanskelig å se at har noen verdi.

Punkt 9 begrenser kravet om uavhengig legeundersøkelse til "psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet". Dette tilsvarer dagens regelverk. Vi kan imidlertid ikke se hvorfor dette kravet skal begrenses på en slik måte. Personens rettssikkerhet bør på samme måte sikres også ved innleggelse og tilbakeholdelse i andre institusjoner, eksempelvis i sykehjem eller i somatisk sykehusavdeling.

Punkt 10 angir et tilleggsvilkår ved tvang i TSB, der det stilles krav om inngått avtale mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om samarbeid og planlegging av tjenestetilbudet før, under og etter oppholdet. Det er uklart hvorfor slik avtale kun skal inngås ved tvungen behandling for ruslidelse, og ikke andre helseproblemer. Dessuten virker dette vilkåret

overflødig, da man som følge av samhandlingsreformen må anta at kommuner og sykehus har et forpliktende samarbeid rundt alle pasienter som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. I verste fall medfører dette vilkåret unødig byråkratisering rundt en enkelt gruppe pasienter, noe som gir inntrykk av at tvang ved rusmiddelproblemer har andre formål enn tvang ved andre helsetilstander.

§ 5-5: Det settes som vilkår for bruk av denne bestemmelsen at personen "har en alvorlig sinnslidelse". Hva med pasienter som grunnet akutt ruspåvirkning, hjerneskade, utviklingshemming, eller demens har en slik atferd at de må håndteres med tvang først og fremst for å unngå skade på andre, men ikke for å unngå skade på dem selv? Slike tiltak vil ikke hjemles av §5-4 (som stiller krav om "nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade") eller §5-5 (som stiller krav om "alvorlig sinnslidelse"). Vil slik bruk av tvang da kunne hjemles av §4-2 "Inngrep i nødssituasjoner av hensyn til andre (nødværge)"?

§ 5-6: Både uttrykket "misbruker rusmidler" i bestemmelsens første ledd nr. 1 og "nærliggende og alvorlig fare for at det ufødte barnet påføres helseskade" fremstår vagt og uklart. Hva ligger i «nærliggende»? Innebærer det skader før barnet blir født, eller også etter fødselen? Hva ligger i alvorlig fare? Vil abstinenser som følge av mors bruk av eksempelvis morfinholdige legemidler eller rusmidler være å regne som "helseskade"?

§ 6-4: Det angis i denne bestemmelsen at vedtak om behandling med antipsykotiske legemidler kan gjøres utenfor psykisk helsevern. Dette vil muliggjøre behandling av pasienter med eksempelvis kognitiv svikt og atferdsforstyrrelser som i dag i all hovedsak bor i eget hjem eller i kommunale helseinstitusjoner.

Det som imidlertid kan være en konsekvens av denne adgangen er en forventning om at pasienter som i dag ivaretas i psykisk helsevern kan/skal håndteres i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette vil også kunne få konsekvenser for terskelen for innleggelse i (og utskrivelse fra) psykisk helsevern.

Det kan også stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å forutsette at slik behandling skal skje under veiledning av spesialist i psykiatri i psykisk helsevern. Etter vår oppfatning vil det være tilstrekkelig om behandlingen skjer enten av, eller under veiledning av, relevant spesialist. Dvs. spesialist med nødvendig kompetanse. Dette vil eksempelvis kunne være spesialist i geriatri eller psykiatri.

Kravet om at det også skal være under veiledning av "spesialist i psykiatri i psykisk helsevern" er også etter vår oppfatning unødvendig begrensende. Etter vår oppfatning bør spesialist i psykiatri ansatt i kommunen eller andre deler av spesialisthelsetjenesten kunne gi veiledning eller være ansvarlig for slik behandling.

§ 6-10: I pkt. 7 angis det at før vedtak treffes skal det gjennomføres en uavhengig legeundersøkelse. Det er imidlertid et krav om at legen er uavhengig av den "vedtaksansvarlige", og ikke uavhengig av institusjonen hvor tiltaket skal gjennomføres. Hva

ligger i det å være uavhengig av "vedtaksansvarlig"? Er det noe annet enn å være uavhengig av institusjonen hvor tiltaket gjennomføres?

Slik vi oppfatter ordlyden vil dette kreve en undersøkelse av lege, vanligvis fastlege eller legevaktslege, før tvungen legemiddelbehandling igangsettes. Dette er i dag ikke et krav, og vil i så måte utgjøre en ekstra arbeidsoppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Alternativt vil dette kunne løses ved at legeundersøkelsen utføres av annen lege i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid avgjørende å få klarhet i om dette faktisk er utvalgets intensjon – ettersom det vil ha åpenbare konsekvenser for bruk av legeressurser i helse- og omsorgstjenesten.

§ 6-17: Det åpnes her opp for gjennomføring av tvangstiltak i regi av psykisk helsevern utenfor det psykiske helsevernet, herunder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I likhet med våre kommentarer til § 6-4 vil dette kunne skape en forskyvning av denne type helsehjelp ut i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det vil trolig også kunne gi en forventning i spesialisthelsetjenesten om at denne type pasienter skal håndteres i kommunen, uten innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

§ 8-1: Det angis at man skal få dekket sine behov for bl.a. mat og drikke. Dette er etter vår oppfatning overflødig og selvsagt. Denne bestemmelsen, og tilsvarende «selvsagte» formuleringer bør fjernes.

§ 8-7: Denne bestemmelsen er etter vår oppfatning overflødig. Den gjentar i all hovedsak bestemmelser i politiloven, herunder politiloven § 2 nr. 5.

§9-1 Vedtakskompetanse: Her må det presiseres at både lege og psykolog må være spesialist i aktuelle fagområde, for å kunne inneha vedtakskompetanse. Lege med relevant spesialistgodkjenning sidestilles med klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning. Betyr det at det ikke er krav om psykologspesialist?

Videre står det at "Vedtak om behandling med legemidler kan bare treffes av lege". Denne bestemmelsen bør utvides til også å gjelde elektrokonvulsiv behandling (ECT) og tvungen ernæring, der inngående kunnskap om somatiske forhold er en forutsetning for at behandlingen skal være faglig forsvarlig.

§ 9-4 Den vedtaks- eller beslutningsansvarlige skal alltid ha møtt personen. Dette vil kreve at avdelingene har langt flere spesialister enn det som er tilgjengelig i dag. Mange vedtak skjer på kveldstid/natt. Da er ikke spesialistene i forvakt/tilstedevakt. Ønsker man å gjennomføre dette, må hele vaktssystemet på sykehuset omlegges og rekruttering til faget psykiatri må bli betydelig større. Et stort ansvar pålegges vedtaksansvarlig.

§ 13-5: Møter, klagesaksbehandling osv. ved bruk av videokonsultasjonsløsninger bør omtales i bestemmelsen.

§ 13-6: Bestemmelsen gjentar i all hovedsak kravene som stilles i forvaltningsloven. Dette er etter vår oppfatning unødvendig. I den grad man anser det hensiktsmessig bør det heller henvises til aktuelle bestemmelser i forvaltningsloven.

§16-2: varsel til fornærmede er en gjentakelse av gjeldende lovtekst om at ansvarlig behandler skal varsle fornærmede. Legeforeningen vil påpeke at dette ikke alltid er praktisk hensiktsmessig. Blant annet innebærer det at helsevesenet må ha oversikt over fornærmede i straffesaker – noe som er unødvendig og har flere personverninnvendinger.

16-5: Det angis at man skal opprette en oversikt over tiltalte og domfelte til tvunget psykisk helsevern. Det er naturlig å ha en oversikt over domfelte slik man i dag har ved nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, men når det gjelder tiltalte er det uklart hva et register over dette skal tjene til og hvilken legitimitet det har. Det vil gjelde før skyldspørsmålet i en rettsak er avklart. Dette punktet synes ha uklar begrunnelse.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Ida Øygard Haavardsholm
Rådgiver/jurist

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)