



25.11.2019

**HØRINGSUTTALELSE VED NOU2019:14 TVANGSLOVSUTVALGET****Innledning**

Utgangspunktet om å lage et felles lovverk for tvang innen psykisk helsevern og somatisk medisin er bra. Det er også positivt at det er gjort et grundig arbeid for å forsøke å modernisere og samkjøre lovgivning som regulerer bruk av tvungen hjelp (helsehjelp / behandling / omsorg). Det er i tråd med situasjonen rundt mennesker som trenger hjelp samt utviklingen generelt at man har et ensartet lovverk som fasiliterer samhandling rundt pasienten og fokuserer på reell situasjon og behov. Dette hindrer kategorisering der noen settes under et bestemt regelverk på en måte som kan oppfattes som diskriminering. Når det er sagt er det mange og alvorlige mangler og problemer ved utkastet til Tvangsbegrensningslov.

Lovforslaget er på flere områder prematurt noe som vel delvis kommer av at å samkjøre eksisterende lovverk er ekstremt komplisert samt at tvang i relasjon til somatisk sykdom og psykisk lidelse er et vanskelig og mangefasettert felt, klinisk så vel som etisk og dermed også juridisk.

Npf vil også bemerke at sammensetningen av lovutvalget virker underlig når man skal lage en lov som omhandler både somatisk medisin og psykiatri. F.eks. mangler det biomedisinsk kompetanse hvilket medfører at noen påstander om farmakologi er underlige. Npf vil også bemerke at kunnskapen om tvangsaspekter ved somatisk sykdom synes å være svak. Det er ikke betryggende.

Npf anerkjenner verdien av brukererfaring. Men det må balanseres mot vitenskapelig forskning og klinisk erfaring.

### Riktig bruk av tvang versus tvangsreduksjon for enhver pris

- NOU2019:14 er omfangsrik og bærer preg av de store utfordringer dette arbeidet åpenbart er. Men Npf er spørrende til ordbruken en del steder i NOU'en, inkludert tittelen. Den indikerer at begrenset bruk av tvang synes være det overordnede. Npf vil påpeke at reduksjon av all form for tvang for enhver pris ikke kan være utgangspunktet. Utgangspunktet er at det finnes mennesker som i vårt samfunn har ulike utfordringer innen psykisk helse, rus og evnenivå. Man ønsker å hjelpe disse menneskene for å bedre deres helse og livskvalitet og hindre at de går til grunne og ødelegger sine liv. I denne sammenheng må man også ta hensyn til resten av samfunnets helse og livskvalitet. Når mennesker ikke frivillig vil eller klarer å ta imot den hjelpen flertallet mener er bra for dem, har så samfunnet (lovgiver Stortinget) vedtatt en lov som skal bidra til bedre hjelp. Det innebærer en lov må si noe om hvordan tvang av skal anvendes når det av og til må brukes for å ivareta et individs eller en samfunnets interesser.
- Npf er opptatt av at vi må søke å redusere og unngå urimelig tvangsbruk. Npf mener det er risiko for og historiske så vel som nåtidige eksempler på misbruk av slik tvang. Det er også klart at det andre anser som nødvendig og riktig tvangsbruk kan oppleves som overgrep for den som utsettes for det. Men lovutkastet synes å ha en nullvisjon i forhold til bruk av tvang. Det er neppe realistisk. Riktig bruk av tvang må være intensjonen. Npf foreslår derfor at man vurderer annen tittel og ordbruk, som for eksempel Lov om bruk av tvang innen helse og omsorg (f.eks. forkortet Tvangsreguleringsloven).
- I bakgrunnsdiskusjonen er det nesten bare demens som diskuteres i relasjon til tvangsproblematikk innen somatisk medisin. Tvangsproblematikk ved psykoser av ulik etiologi som forekommer i somatisk helsevern omtales kun overfladisk. Det til tross for at det daglig brukes tvang også i behandling av somatisk sykdom. En lov som tar sikte på å være felles for somatisk medisin og psykiske lidelser kan ikke ta så lett på denne type problemstillinger. Det kan virke som man argumenterer for en felles

lov for somatisk medisin og psykiske lidelser, men de facto kun er opptatt av psykiske lidelser.

- Det er også påfallende at lovforslaget nærmest øker adgangen til å bruke tvang ved spiseforstyrrelser og overfor personer innlagt i sikkerhetsavdelinger.
- Det angis gjentatte ganger at foreslåtte tiltak vil redusere bruk av tvang. Dette er en unyansert påstand som ikke dokumenteres. Det er en risiko for at de foreslått tiltak kan føre til økt bruk av tvang like gjerne som redusert.
- Videre veies utvalgets antagelser om at lovforslaget vil redusere bruk av tvang ikke tydelig opp mot mulige ulemper av mindre tvungen helsehjelp for pasienter og pårørende (som økt sykdomsbyrde, redusert levealder, dødsfall ved suicid eller rus, vold, drap, overgrep, økte kostnader i helsevesen og samfunn mm). Det kan virke som slike forhold ikke har hatt noen fremtredende plass når utvalget har utarbeidet sitt forslag.

#### **Innføring av «sterkt behov» i stedet for diagnoser**

- Begrepet «alvorlig sinnslidelse» skal ifølge lovutkast fjernes og delvis erstattes av «sterkt behov». I dagens lovgivning er bruk av tvang betydelig begrenset av at lovene bare kan brukes ved visse tilstander / diagnoser (ved alvorlig sinnslidelse som psykose, ved psykisk utviklingshemming ol). Dagens praksis er forstått relatert til anerkjente medisinske tilstander (i all hovedsak psykoselidelser med korrelater i WHO sin diagnoseklassifisering, med i alle fall delvis kjent årsak). Men begrepet «alvorlig sinnslidelse» og disse diagnosene alene har aldri vært tilstrekkelig for tvang. I forhold til dagens lovverk innebærer kriteriet «Sterkt behov» en større grad av subjektiv vurdering enn en diagnose fastsatt på grunnlag anerkjent metodikk. De få eksemplene i bakgrunnsdokumentet om hva som er sterkt behov eller ikke, er langt fra overbevisende. Ulike fagfolk så vel som byråkrater kan over tid fylle begrepet «Sterkt behov» med annet innhold enn hva intensjonen i forslaget vel er. I sin ytterste konsekvens risikerer man at «sterkt behov» går over i å omfatte kulturelt, religiøst eller politisk avvikende forhold som en konsekvens av at anerkjente diagnoser som grunnvilkår for tvang ikke lenger kreves. Dette er en meget farlig utvikling. Npf frykter derfor at lovforslaget ved å innføre «sterkt behov» kan medføre *mer* tvangsbruk og ikke mindre tvangsbruk.

## Bagatellisering av voldsrisiko

- Utvalget anfører at det ikke er øket risiko for vold ved psykiske lidelser. Det er bare korrekt hvis man ser på alle former for psykiske lidelser under ett. Men, ved visse former for alvorlige psykiske lidelser er faktisk risikoen øket<sup>1</sup>. Det gjelder spesielt yngre psykotiske pasienter som tidligere har vært voldelige, som har antisosiale personlighetsproblematikk, som samtidig misbruker rusmidler<sup>2</sup> og som ikke følger opp antipsykotisk medikasjon<sup>3,4</sup>. Også norske undersøkelser har funnet dette<sup>5</sup>. Den økede risiko for vold omtales også i Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» og i Helsedirektoratets pakkeforløp for psykoselidelser. I bakgrunnsdiskusjonen for lovutkastet bagatelliseres dette. Det påvirker i neste omgang lovforslaget som ikke synes å ta inn over seg hvor alvorlig voldsproblematikken er blant de sykeste. Ved å øke den sykes rett til å nekte voldsreducerende behandling, legger lovkastet i virkeligheten opp til at samfunnet må akseptere mere vold både utenfor og innenfor institusjoner. Det omtales heller ikke hvor ødeleggende det kan være for resten av livet til en pasient som i ettertid blir seg bevisst at han eller hun har utført alvorlige voldshandlinger i psykotisk tilstand.

## Barn

### *Barn som pårørende*

- Generelt er pårørende sine rettigheter godt sikret i nytt lovforslag. Når det gjelder barn som pårørende mener imidlertid Dnlf at lovforslaget ikke på en tidsriktig måte

---

<sup>1</sup> Fazel S, et al.: Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009; 6:e1000120.

<sup>2</sup> Lamsma J, et al. Use of illicit substances and violent behaviour in psychotic disorders: two nationwide case-control studies and meta-analyses. Psychol Med. 2019 Aug 29;1-6.

<sup>3</sup> Witt K, et al. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. PLoS One 2013; 8:e55942.

<sup>4</sup> Buchanan A, et al. Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. Am J Psychiatry. 2019 Sep 1;176(9):694-701

<sup>5</sup> Engelstad KN, et al. Increased prevalence of psychopathy and childhood trauma in homicide offenders with schizophrenia compared to nonviolent individuals with schizophrenia. Nord J Psychiatry. 2019 Nov;73(8):501-508.

ivaretar disse, jfr dagens praksis og pålegg så vel som forskning vedr betydningen av dette.

### *Foster og gravid mor*

- Barn sine behov og rettssikkerhet kommer også inn som en del av hvordan man gir omsorg – evt med tvang – til gravide rusbrukere så vel som alvorlig syke gravide. Når det gjelder gravide rusbrukere er dette delvis ivaretatt i lovforslaget, men det må vurderes om det behøves bedre omtale. Barn av gravide alvorlig psykisk syke mødre er heller ikke godt nok ivaretatt. Moderne medisin og forskning viser at dette er en svært sårbar gruppe og morens psykiske helsetilstand under graviditeten påvirker barnets nervesystem og har betydning for barnets senere utvikling og helse<sup>6,7,8,9</sup>. Dette er et utfordrende felt som må utdypes og bearbeides bedre i et lovforslag.

### *Barn som pasient versus i barnevern*

- Barn som pasienter med egen sykdom / lidelse synes i forslaget å være uklart skilt fra den omsorg barnevernet gir pga omgivelser med mere. Punkt 4.6.2.2. er uklart: mener man at dersom barnet har et psykisk helseproblem skal ikke barnevernet inn i saken? Dette må tydeliggjøres.

### **Aktører**

- Gjeldende lov om psykisk helsevern omhandler tydelig hvem (profesjon, spesialisering, sertifisering, stilling) som har ansvar for og myndighet til å fatte de ulike vedtak. Dette må tydeliggjøres i nytt lovforslag. Det er bl.a. nødvendig fordi man

---

<sup>6</sup> Glover V. The Effects of Prenatal Stress on Child Behavioural and Cognitive Outcomes Start at the Beginning. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Glover V, topic ed. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. <http://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child>.

<sup>7</sup> Van den Bergh BRH, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: the influence of maternal stress in pregnancy. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003

<sup>8</sup> Monk C, et al. Prenatal developmental origins of future psychopathology: mechanisms and pathways. Annual Review of Clinical Psychology. 2019. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095539. [Epub ahead of print]

<sup>9</sup> Khashan AS, et al. Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. Archives of General Psychiatry. 2008;65(2):146-152.

nå søker å samle lover som tidligere har hatt ulike krav til kompetanse og tilknytning for utøvelse.

### **Arenaer**

- Gjeldende lov om psykisk helsevern er tydelig på hvilke arenaer loven skal håndheves. Det er åpenbart at ny felles lov må ha større virkeområde enn hver av de nå gjeldende lovene. Men det må (for å ivareta pasienters rettssikkerhet) gjøres mer tydelig på hvilke arenaer ulike tiltak kan benyttes. I denne sammenheng er «virksomhet» et begrep som brukes. «Virksomhet» må defineres nærmere.

### **Lovforslaget mangler helhetssyn på mennesket**

- Generelt synes det i NOU2019:14 være et skille mellom psyke og soma som ikke er i tråd med moderne (samfunnsfaglig, etisk, filosofisk eller medisinsk) tenkning. Man vil redusere betydelig i bruk av tvungen hjelp til mennesker med psykisk lidelse, psykisk utviklingshemming og rus- og avhengighetsmedisin. For somatiske lidelser og somatiske forhold (ernæringssvikt ved spiseforstyrrelser) gjør man ikke den samme betydelige reduksjonen i det nye lovverket. Som påpekt over, behandler man kun overfladisk bruk av tvang innen somatisk medisin (som reguleres av bl.a. pasientrettighetsloven §4a). Med den kunnskapen vi i dag har om hvilke genetiske og biologisk miljømessige forhold som i større og mindre grad også ligger bak lidelser innen psykisk helse / psykiatri og rus- og avhengighetsmedisin samt psykisk utviklingshemming, kan ikke den overfladiske omtalen av tvangsproblematikk ved somatisk sykdom sees på som noe annet enn at lovforslaget de facto diskriminerer somatiske sykdom.

Dette kan medføre at mennesker med såkalt somatiske lidelser nå utsettes for mere tvang enn mennesker som heller har fått såkalte psykiske plager – da i disfavør av somatisk sykdom. Alternativt kan man si at mennesker med såkalt psykiske utfordringer får betydelig redusert vern mot å lide og gå til grunne mens mennesker med somatisk sykdom fortsatt får hjelp om de ikke selv greier ta imot hjelp. Dette er

et overordnet etisk problem som må adresseres bedre. Hvis man først skal ha en felles tvangslov, hvorfor skal ikke da alt inn der på samme vilkår?

### **Nødsituasjoner**

- Npf er positiv til at lovutkastet forslår å regulere inngrep i nødssituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett) og til andre (nødverge), og anerkjenner at straffeloven er lite egnet til å regulere bruk av nødrett og nødverge i helsevesenet.

### **Nye begreper**

Generelt innfører man en rekke nye begreper som overhodet ikke er operasjonalisert. Skal det lages en ny lov, må gjøres et grundig arbeid for å operasjonalisere nye begreper da disse vil være helt sentrale for bruk av tvang.

- «Alvorlig sinnslidelse» må operasjonaliseres. Jfr over.
- «Sterkt behov» må operasjonaliseres som kommentert ovenfor.
- «Motstand» som utgangspunkt for når tvang er aktuelt er grundig drøftet, men hvordan det skal operasjonaliseres og hvordan uønsket variasjon skal unngås, vil kreve omfattende arbeid med definisjon, avgrensning og samkjøring.
- At «beslutningskompetanse» er tilsvarende «samtykkekompetanse» er ikke selvsagt. Beslutningskompetanse må også defineres bedre og operasjonaliseres. Npf vil også påpeke at innføring av begrepet «beslutningskompetanse» ikke nødvendigvis i seg selv vil endre eller forbedre tvangsbruk – hverken når det kommer til hyppighet eller innhold. Det vil kreve omfattende arbeid for å finne hensiktsmessig, ønsket generell definisjon så vel som konkret løsning i enkeltsaker.
- «Tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB) nevnes mange ganger som om dette må være organisering av tjenesten i fremtiden. Her må man endre til et begrep som er uavhengig av organisasjonsform i helsevesenet.
- «Psykiske helseproblemer» er veldig vidt og uspesifikt. Tvang er neppe tenkt brukt på mennesker som ikke har et avvik som er så stort at det kan defineres inn under sykdom. Å bruke begrepet «psykisk helseproblem» kan sammen med forslaget til

bortfall av diagnoser i verste fall resultere i økt bruk av tvang og gir uansett lite mening i denne sammenheng.

- «Antatt samtykke» må operasjonaliseres som omtalt over.
- «Store formidlingsvansker» som grunnlag i vurderingen av om medisiner kan tas frivillig eller om det må fattes vedtak med alle tilhørende prosedyrer, er også et begrep som må defineres og operasjonaliseres.

## Enkeltelementer

### *Reservasjonsrett*

- Hvordan reservasjonsrett skal operasjonaliseres for praksis er uklart. Det er heller ikke tilfredsstillende diskutert følger av slik reservasjonsrett. Dette gjelder følger for individet / personen / pasienten, for dennes familie / nærmeste og for samfunnet. Kan det for eksempel medføre økt bruk av tvang fra politi?
- I tillegg til praktiske utfordringen med begrepet kommer etiske betenkeligheter som må svares bedre ut før det eventuelt kan vedtas. Det kan for enhver av oss – også for mennesker som har hatt alvorlig psykisk sykdom – være svært vanskelig å gjøre et valg som skal kunne være gjeldende i en fremtidig situasjon med omstendigheter man ikke på forhånd kan kjenne. Man forstår at lovforslaget på dette området er tenkt å gi øket rettssikkerhet. Men Npf vil påpeke muligheten for at forslaget også fører til redusert rettssikkerhet. Man kan i frisk fase ha reservert seg mot medisiner og så senere komme opp i en situasjon som er annerledes eller verre enn man ved beslutning kunne forestille seg. Skal da helsepersonell overprøve reservasjonen? Eller skal man med henvisning til forhåndssamtykke la være å gi behandling som absolutt synes indisert og som man kanskje tenker at personen, hvis han nå fikk velge fritt, ikke ville reservert seg mot?
- Det er også uklart hvordan man ved reservasjon mot helsehjelp skal forhold seg til mennesker som påfører seg selv ekstrem skade og fare. §6-14 sier at fare for *andres* helse skal trumfe reservasjon, men det kan da ikke være riktig at ekstrem fare for *egget* liv og helse ikke skal trumfe reservasjon?



### *Reservasjonsrett mot bruk av ulike typer medisin*

- Hvis en person reserverer seg mot medisiner som forskning og erfaring har vist at fungerer, kan man da samtidig forvente eller kreve å være innlagt i spesialisthelsetjenesten? Dette punktet er ikke tilstrekkelig adressert i lovutkastet.
- Npf vil også påpeke at det er lite konkrete data på for hvilke alvorlige syke psykotiske pasienter og under hvilke forutsetninger medikamentfrie tiltak<sup>10</sup> vil virke og være forsvarlig behandling.
- Npf mener da også at det ikke kan være riktig å lovfeste at en behandling som i dag mangler tilstrekkelig vitenskapelig og klinisk dokumentasjon («medisinfri behandling av alvorlige psykoselidelser») SKAL være forsøkt først når det er tale om alvorlige psykiske lidelser med fare for varig helseskade for seg selv og andre, psykisk så vel som fysisk. Man kan i det hele tatt sette spørsmålstegn ved om en lov skal inneholde spesifiserte krav til en bestemt behandling. Her må også et overordnet samfunnsperspektiv så vel som solidaritet med andre pasientgrupper / andre pasienter ivaretas.

### *Behandling uten eget samtykke (§6-10)*

- Dette punktet fremstår noe uklart og må tydeliggjøres betydelig. For det første innfører man her diagnoser som grunnlag heller enn tilstand. Dette synes i strid med intensjonen med loven så vel som status i faget. Videre er det i strid med praksis i helsefeltet der man først og fremst behandler / lindrer en pasient sine plager (f.eks. smerte, blødning, pustestans etc.) og der diagnose bare er en del av vurderingsgrunnlaget og et kommunikasjonsverktøy. Lovverket slik det nå skisseres innebærer at veldig syke, lidende mennesker enten ikke får behandling fordi de ennå ikke har fått diagnose – eller at diagnose raskt settes mere vilkårlig for å kunne behandle / lindre.

---

<sup>10</sup> Npf vil forøvrig påpeke at Lovutkastets bakgrunnskapitler synes å tro at «medisinfrie tilbud» i Norge i dag betyr at psykofarmaka ikke benyttes. Det er feil. Psykofarmaka, også antipsykotika, brukes ikke sjelden ved såkalte «medisinfrie enheter». Skal man evaluere «medisinfrie» behandlinger i bokstavelig forstand, må man derfor i tilfelle undersøke de som ikke får psykofarmaka adskilt fra de som får dette i tillegg. Slike undersøkelser finnes ikke.

- Et av de vanskeligste områdene innen tvangsproblematikken er tvangsbehandling med legemidler. Det er dette som kritikere av tvangsbehandling oftest vektlegger som det mest negative, selv om det også er pasienter og pårørende som i ettertid er glad for at de ble / pasienten ble behandlet på denne måten. Det må også tilføyes at tvangsmedisinering er også en behandlingsform som er psykologisk belastende for personalet å gjennomføre. Likevel kommer man ikke utenom at noen ganger vil tvangsmedisinering være nødvendig. Det er derfor både betimelig og riktig at kunnskapsfronten for behandling med psykofarmaka som brukes i relasjon til tvang gjennomgås i bakgrunns materialet for lovutkastet. Desto større er forbauselsen når man leser kapittel 10:

Man ville forvente en nøktern pro-et contra drøftelse av effekter og bivirkninger basert på gjennomgang av systematisk forskning hvor spesielt observasjonsstudier er viktig i all den stund randomiserte kliniske behandlingsforsøk i relasjon til tvang ikke lar seg gjennomføre av etiske grunner. Problemet med kapitlet er at en saklig pro-et contra fremstilling mangler. Det er derimot en systematisk skjevhet i gjennomgangen av kunnskapsfronten hvor vekten synes å være på argumenter med tilhørende referanser som underbygger påstanden om at antipsykotika ikke virker eller virker svært lite. Det er en overfladisk gjengivelse av forskningsresultater uten det analysenivå som kreves når man skal overføre resultater fra behandlingsstudier på psykosier generelt<sup>11</sup> til svært syke pasienter hvor tvangsbehandling dessverre av og til vil være uunngåelig.

Eksempler på andre skjevheter er mange: Det trekkes frem *hypoteser* med referanser som støtter forfatterens syn på utilstrekkelig effekt av antipsykotika over tid. «En hypotese som har mye for seg.....» (side 242). Men det mangler henvisning til ny forskning som ikke støtter hypotesen. Det er også betydelig omtale av negative bivirkninger av antipsykotika uten tilhørende informasjon om hvordan slike bivirkninger kan unngås eller minimaliseres.

Eksempel på tendensiøsiteten i kapittel 10 er også at man velger å gjengi utsagn fra en pasient som skal ha sagt at «rusmidler var den eneste effektive

---

<sup>11</sup> Det anføres kun antagelser om overføringsverdien til tvangsbehandling uten at man har gått inn i forskningen og bare sammenlignet med studier hvis pasientgrunnlag ligger nærmest opp til de kjennetegn som pasienter hvor tvangsbehandling kan bli aktuelt har. Dette er faglig overfladisk og lite tillitsvekkende.

motgiften mot den antipsykotiske medisinen» (som iflg pasienten medførte tap av «kontakt med frontallappen» og angst for å bli «sosiopat», side 253). Det er et underlig argument mot bruk av antipsykotika. Det skrives også at det er usikkert i betydningen kan ikke utelukkes, at behandling med antipsykotika kanskje kan være en forklaring på øket dødelighet ved alvorlige psykiske lidelser. Det tilføye bare at forskning som viser redusert dødelighet «er under debatt», uten å gå nærmere inn på studier som faktisk viser at antipsykotika reduserer dødelighet ved alvorlige former for psykoser.

Når man i dette kapitlet også velger å unngå henvisning til internasjonale behandlingsretningslinjer av psykoser som alle anbefaler antipsykotika, men i stedet henviser til en journalist<sup>12</sup> som sannhetsvitne på at antipsykotika har liten effekt og ikke bør brukes (side 244), sitter man igjen med en opplevelse av at fremstillingen er mer ideologisk preget enn en nøktern gjennomgang av kunnskapsfronten slik man ville forvente i en NOU. Det er en alvorlig innvending fordi kapittel 10 legger premissene for noen av lovforslagene.

- Npf bemerker også at lovteksten kun omtaler antipsykotika. Antipsykotika er i ATC-systemet<sup>13</sup> klassifisert under N05A. Dette er legemidler som har dopamin<sub>2</sub>-reseptorblokkade. Ensidig henvisning til N05A legemidler når man taler om legemidler mot psykoser er ikke faglig up to date. Både nå og i fremtiden bruker man<sup>14</sup>/ vil man bruke medikamenter med andre farmakologiske virkemekanismer enn dopamin<sub>2</sub>-reseptor blokkade for å behandle psykoser. Medisin er et fagområde i stadig utvikling og ikke statisk slik fremstillingen i kapittel 10 indirekte impliserer.
- Det er også en forunderlig formyndertendens i Lovforslaget når man eksplisitt anfører hvilke legemidler som kan brukes. Her må det ha skjedd en glipp. Se kommentarene til §6-4.
- Når det gjelder dosering, er dette omtalt under (§6-10).

---

<sup>12</sup>Robert Whitaker

<sup>13</sup> ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) er det internasjonale system for klassifisering av legemidler.

<sup>14</sup> Eksempler er ulike legemidler som anvendes ved tvangsmedisinering av forvirringspsykoser i somatiske sykehus. Disse er hverken formelt klassifisert under N05A eller har en dopamin<sub>2</sub>-reseptorblokkade.

- Pårørenderettighetene sikres godt (§3-3), det er bra. Som nevnt annet sted er imidlertid rettigheter for barn som pårørende og dette opp mot andre lovverk ikke tilfredsstillende ivaretatt.
- Tvangsmiddelbruk (§4-3, 4-4 jfr Phvl §4-8). Npf forstår det slik at disse fortsatt skal kunne brukes i akutt situasjon for å redde liv og hindre vesentlig skade. Samtidig skal midlene ikke kunne brukes planlagt som del av behandlingsgjennomføring. Dette er egentlig slik mange av oss har forstått det før.
- Man argumenterer med at beltelegging i nødsituasjoner er særdeles krenkende og må forbys ved behandling av psykiske lidelser. Samtidig argumenterer man for at det bør kunne opprettholdes som omsorgstiltak til «personer med omfattende orienteringssvikt, samt personer som har en alvorlig selvskadende atferd som ikke kan kontrolleres på annen måte». Å skrive at beltelegging må forbys og samtidig skrive at det kan opprettholdes i noen tilfeller, henger ikke sammen.

Man åpner også i stor grad for å planlegge beltelegging ved tvungen ernæring. Å planlegge slik bruk for å gjennomføre tvungen ernæring er betenkelig. Hvis man virkelig skal ta en stor renovering vedr loven og tvangsbruk: hvorfor beholdes / øker / presiseres da muligheten til å bruke tvangsmidler til å gjennomføre tvungen ernæring? Npf vil bemerke at dette kan sees som en diskriminering av pasienter med alvorlig realitetsbrist ved psykoser i forhold til pasienter med spiseforstyrrelse. Det er heller ikke åpenbart at spiseforstyrrelsen og eventuelle grunnlidelser så vel som «personer med omfattende orienteringssvikt, samt personer som har en alvorlig selvskadende atferd som ikke kan kontrolleres på annen måte» (personlighetsforstyrrelser?) har noen positiv effekt av slike tvangstiltak. Her synes man altså gå langt i å fjerne muligheten til å begrense mennesker med realitetsbrist som ikke greier la være skade seg selv eller andre – samtidig som tvang skal kunne brukes på mennesker med personlighetsforstyrrelser og lignende der forskning tilsier at tvang kan ha motsatt effekt. Dette er underlig.

- Npf vil også peke på at i diskusjonen om totalforbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler (for pasienter med psykose, men ikke for pasienter med personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse? evt utviklingshemming?), må man

også se grundig på situasjonen i land der slike innretninger ikke brukes. Slike land rapporterer gjerne at de ikke bruker mekaniske tvangsmidler. Dette er en sannhet med modifikasjoner. Ikke sjelden brukes i stedet medikamenter i høyere doser, hyppigere politi eller vakter<sup>15</sup>. Det er underlig at slike implikasjoner av lovforslaget ikke drøftes mer eksplisitt.

- Det er også uklart hva som menes med at «hjemmelen til bruk av mekaniske innretninger som begrenser bevegelsesfriheten er avgrenset til tre år» (§4-4). Dette må avklares.
- §4-6 åpner for bruk av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel også utenfor institusjon. Dette er nytt og diskusjon av hvorfor det innføres savnes. Innføringen synes noe vilkårlig. Dette må utredes eller forklares bedre.
- Situasjoner på somatiske sykehus og i forhold til somatisk behandling omtales heller ikke eksplisitt i denne paragrafen<sup>16</sup>. Det mener Npf er en mangel.

#### Adgang til visitering.

- Det diskuteres (s. 611) at hvis en avdeling rutinemessig skal visitere alle innlagte pasienter, må dette også inkludere besøkende, kontrollmyndigheter og ansatte. Denne type argumentasjon er ikke ukjent og har en viss logikk, men i denne sammenheng fremstår utsagnet påfallende. Det må stilles spørsmål ved om dette er en klok bruk av ressurser samt i hvilken grad dette er akseptabelt menneskelig og juridisk for mennesker som skal arbeide med å gi omsorg og helsetjenester for alvorlig syke mennesker. Dessuten, skal dette også gjelde ved avdelinger i somatiske sykehus hvor tvang anvendes? Eller innfører man igjen et skille mellom tvang i somatiske sykehus (og sykehjem) og psykiske lidelser som behandles ved psykiatriske institusjoner?
- I denne sammenheng bør man også ta opp spørsmålet om man skal ha en egen sertifisering eller autorisasjon av personalet som kan visitere?

---

<sup>15</sup> Noen steder har man vaktlag av kraftige menn for slike situasjoner uten at disse har spesialutdannelse i psykisk helse.

<sup>16</sup> Se også tidligere kommentarer om manglende omtale av tvang i relasjon til somatisk sykdom.

### Behandling med legemidler frivillig

- §6-4 om behandling med legemidler pasienten ikke motsetter seg fremstår noe uklar både med tanke på intensjon og innhold. Dette må avklares.
- §6-6 omhandler forbud mot tvang i opplæringsøyemed. Men de to siste avsnittene omhandler «bruk av tvang i behandling av rusproblemer» respektive «...behandling av psykisk helseproblemer». Hva som menes med disse to avsnittene er uklart.
- §6-8 åpner for at enkelte personer kan overvåkes med teknologiske hjelpemidler. Det må sikres at dette ikke sklir ut. For eksempel må vilkårene for denne overvåkningen operasjonaliseres bedre. Det er dessuten ikke opplagt at bruk av teknologiske hjelpemidler kun skal anvendes ved langtommen demens? Teknologien er i rask utvikling. Det finnes allerede ulike teknologiske overvåkingsmetoder som også kan brukes ved alvorlige psykiske lidelser. Heri inkludert biologisk merking av legemidler som muliggjør å kontrollere om legemidler tas som foreskrevet.
- §6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler  
 §6-10, punkt 1 er underlig. Det kreves at legemiddelet må være godkjent for den kliniske diagnosen. Legemidler godkjennes i dag på grunnlag av søknad fra legemiddelfirmaer. Det problem som lovutkastet ikke synes å ta hensyn til er at det er flere legemidler som i første omgang godkjennes for en diagnose. Så tilkommer omfattende forskning som viser at legemiddelet også kan være effektivt i behandling av andre tilstander, ja noen ganger faktisk mer effektivt der enn hva gjaldt den tilstanden (diagnosen) det først ble søkt om markedstillatelse for. F.eks. kan et legemiddel bli godkjent for behandling av depresjoner, men senere vise seg også å ha sikre antipsykotiske effekter (og vice versa). Men hvis patenttiden er utgått vil ikke de fleste firmaer av økonomiske grunner søke om utvidet formell indikasjon. Selvfølgelig også vel vitende om at leger vil velge det mest effektive legemiddelet uansett. Punkt 1 innebærer derfor at man forlater prinsippet om å behandle en tilstand med det mest effektive legemiddelet til fordel for en ren formell retningslinje. Dette er

byråkrati på sitt verste og vil faktisk øke muligheten for at lidende kan bli gitt behandling som ikke er den beste.

Hva som er «tilstrekkelig kompetanse på ikke-medikamentelle behandlingsformer» (punkt 2) må også avklares.

Det er også underlig å ha en lov som sier at man skal tilby «godt egnede alternativer til medikamentell behandling» når det ikke er forskning som har vist hva dette skal bestå av.

Under punkt 4 anføres at «Vesentlig psykisk helseskade må med stor sannsynlighet inntre i meget nær framtid...». Det er uklart hvordan «stor sannsynlighet» skal beregnes og hvor mange uker (?) eller måneder (?) «meget nær framtid» sikter til.

I §6-10 anføres også at «dosen må være godkjent for behandling av personens kliniske diagnose». En slik anførsel hører ikke hjemme i en lov. For det første baserer anbefalt dose seg på de studier som legges til grunn for registreringen. Disse angivelser er basert på et begrenset antall pasienter som langt fra er representative for pasienter hvor tvang er aktuelt. Det er også vel kjent at senere klinisk erfaring med legemiddelet kan vise at noen formelle doseintervaller er for høye. Andre ganger er doseintervallet satt for lavt. Dette rettes ikke i f.eks. Felleskatalogen fordi der legger man firmaets opprinnelige doseanbefalinger til grunn. Lovforslaget innebærer derfor at man kan tvinges til å dosere feil.

Men det er ikke den eneste alvorlige haken ved å spesifisere doseintervall. To personer som gis samme dose legemiddel kan pga farmakokinetiske forskjeller<sup>17</sup> få svært store forskjeller i serumkonsentrasjon i blodet, opptil 20 ganger i noen tilfeller. Det betyr at angitt dose i Felleskatalogen for noen kan bli for høy. Terapeutisk dose må da legges lavere enn anbefalt dosering. Iflg lovforslaget skal det ikke være lov. Man tvinger legen til å behandle ut fra et skjema og ikke ut fra pasientens behov. Tilsvarende kan noen få ikke-virksomme serumkonsentrasjoner på tilsynelatende

---

<sup>17</sup> Absorpsjon, distribusjon i kroppen, nedbrytning (biotransformasjon) og eliminasjon.

toppdose. Disse vil da bli fratatt muligheten for hjelp hvis det settes krav om doseintervall («anbefalt dosering»).

Forslaget innebærer også at man fullstendig ser bort fra utviklingen av genetiske markører for legemetabolisme og effekter på reseptorer (farmakogenomikk). Slik kunnskap har betydning både for effekt og dermed bl.a. valg av legemiddel, men like mye også for å redusere bivirkninger. Denne utviklingen muliggjør «skreddersydd» behandling ut over serumkonsentrasjonsbestemmelse og anbefalt doseintervall. Også dette vil lovforslaget gjøre ulovlig.

Opp mot ½ av pasienter hvor antipsykotika er aktuelt, bruker også andre «somatiske» legemidler, flere dess eldre pasienten her. Andre legemidler kan imidlertid noen ganger svekke, andre ganger øke effekten av antipsykotika og andre psykofarmaka, såkalte farmakodynamiske interaksjoner. Dette kan innebære at man noen ganger må justere dosen av antipsykotika høyere, andre ganger lavere enn anbefalt «doseintervall». Lovutkastet vil heller ikke tillate en slik individuell tilpasset dosering hvis den innebærer doser utenfor doseintervallet nedfelt i Felleskatalogen.

Samlet sett står med andre lovforslaget i direkte motsetning til pasientens individuelle behov både med tanke på å optimalisere effekt og redusere bivirkninger. Legen tvinges til en dosering som i noen tilfeller kan være skadelig, i andre tilfeller ineffektiv. Dette er uforenlig med faglig ansvarlig praksis og skremmende når det er tale om tvangsbehandling.

- §6-13 om ECT

Lovforslaget anfører at man skal fatte vedtak etter tvangsbegrensningsloven hvis man skal gi ECT når pasienten selv ønsker dette. Hvorfor skal man fatte vedtak når pasienten frivillig vil ha behandlingen? Eller er ikke dette intensjonen? Dette må klargjøres.

Med tanke på bruk av ECT som tvang som siste utvei hvor livet står i overhengende fare, er omtalen av ECT i Lovforslaget utilstrekkelig. Det er 8987



publikasjoner i Pubmed<sup>18</sup> om ECTs virkningsmekanismer og effekter, bivirkninger og administrasjonsmetoder som stadig blir bedre og gir færre bivirkninger (f.eks. høyre unilateral ECT med ultrakort puls). ECT bedrer hjernens funksjonelle nettverk<sup>19</sup>, har en akutt antisuicidal effekt<sup>20</sup> og bedrer over tid for de fleste kognitive funksjoner. Hos de aller fleste svekkes ikke kognitive funksjoner<sup>21</sup> som også vist i norske undersøkelser<sup>22</sup>. Varig kognitiv svekkelse forekommer svært sjelden.

Eventuelle sjeldne bivirkninger må veies mot ECTs livreddende effekter i utvalgte tilfeller. Ved psykotiske dype depresjoner med ekstrem suicidalfare og næringsvegring kan ECT gitt akutt kan være livreddende der hvor andre behandlinger ikke har effekt<sup>23</sup>. Det samme synes også å gjelde for svært alvorlige former for schizofreni (schizofrent delirium, katatoni) hvor andre behandlinger alene ikke har tilstrekkelig effekt<sup>24</sup>. ECT brukes også av og til uten å innhente samtykke i behandling av alvorlig somatisk sykdom med depresjon hvor det er fare for liv. National Institute for Health and Care Excellence (NICE, april 2018) angir da også at ECT kan brukes for «akutte alvorlige livstruende depresjoner hvor man må oppnå rask symptombedring eller hvor andre behandlingsmetoder ikke har vært effektive». Den samme konklusjonen har det amerikanske Food and Drug Administration i USA trukket (2018). Også internasjonale eksperter anbefaler at ECT bør kunne gis uten pasientens samtykke i ekstreme tilfeller hvor dødsfaren er overhengende<sup>25</sup>.

Motstanden mot ECT synes i stor grad å bygge på utilstrekkelig kunnskap og skrekkeksampler om alvorlige senfølger i media. Npf stusser over at dette vektlegges større vekt i bakgrunnsdrøftingen av ECT enn vitenskapelig forskning, klinisk erfaring og internasjonale anbefalinger og retningslinjer. Det er derfor vanskelig å forstå begrunnelsen for at man ikke skal kunne gi ECT uten samtykke i ekstreme tilfeller når

---

<sup>18</sup> Database for artikler fra omkring 5300 vitenskapelige tidsskrifter (medisin inklusive psykiatri og psykologi).

<sup>19</sup> Wei Q, et al. *Front Neurosci* 2018; doi: 10.3389/fnins.2018.00661. Wang L, et al. *Brain Imaging Behav* 2019 doi: 10.1007/s11682-018-0013

<sup>20</sup> Lang CS, et al. *Bipolar Disord* 2018; 20:539-546.

<sup>21</sup> Socci C, et al. *J Affect Disord* 2018; 227:627-632.

<sup>22</sup> Bjørke-Bertheussen J, et al. *Bipolar Disord* 2018; 20:531-538.

<sup>23</sup> Moksnes KM. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013; 133:2047-50.

<sup>24</sup> Ali SA, et al. *Mol Neuropsychiatry* 2019; 5:75-83; Cochrane review 2019; Wittenaur Welsh J, et al. *J Psychiatr Pract* 2016; 22:484-489.

<sup>25</sup> Methfessel I, et al. *World J Biol Psychiatry* 2018; 19:236-242; Zilles D et al. *Nervenarzt* 2018; 89:311-318.

alternativet med høy sannsynlighet vil være død. Vi stiller oss tvilende til at pårørende og samfunnet vil akseptere død slik lovforslaget impliserer når adekvat behandling kan forhindre dette.

Det å lovfeste at ECT aldri skal kunne brukes som akutt tvangstiltak, selv om det er overhengende dødsfare, står også i sterk kontrast til at det tillates tvang i form av livreddende tvungen ernæring hos personer med alvorlige former for spiseforstyrrelser. Npof mener at en psykotisk suicidal person må antas være mer ute av stand til å ta vare på seg selv enn det en anorektisk pasient ofte vil være. Det er derfor påfallende at man åpner for tvangsmidler til å gjennomføre ernæring samtidig som man reduserer muligheten for å redde livet med tvungen ECT. Dette gir en betydelig redusert sikkerhet for de mest alvorlig syke pasientene.

- §6-24 om medfødte syndromer

Det angis at hvis et genetisk syndrom er påvist kan vedtak fattes. Dette er påfallende all den tid hele loven ellers sikter på å forholde seg til funksjon og ikke diagnose. Dessuten, hvis man har samme funksjonsnedsettelse og hjelpebehov klinisk, men ikke har fått påvist et genetisk syndrom; skal man da ikke få hjelp til å få behandling? Dette punktet fremstår diskriminerende og ikke i tråd med gjeldende praksis.

For øvrig gjennomføres det svært mange tvangsvedtak i somatiske sykehus for å legge personer i narkose hvor det foreligger psykisk utviklingshemning eller genetiske syndromer med kroppslige symptomer og plager som ikke lar seg utrede uten narkose. Dette må eksplisitt adresseres.

- §8-7 om politiets bistandsplikt

Politiets bistandsplikt er hjemlet i politiloven §2 punkt 5. Å hjemle det også i Tvangsbegrensingsloven betyr at denne loven også pålegger politiet oppgaver og det må i så tilfelle sikre riktig grenseoppgang mellom politiloven og Tvangsbegrensingsloven.

- §9.1 Vedtaksansvarlig

Her står det at det lege med relevant spesialistgodkjenning eller psykolog med relevant praksis og videreutdanning, *utpekt* av virksomheten kan fatte vedtak. Npf vil påpeke at teksten er uklar. Sikter «utpekt av» bare til psykolog eller gjelder det at enten det er lege og psykolog, må disse være «utpekt» av virksomheten.

- Npf mener dessuten at det er bekymringsfullt at loven ikke krever at pasientens somatiske forhold *skal* tas med i vurderingen av et mulig vedtak. Hvis psykolog skal fatte vedtak må det eksplisitt anføres at pasienten må sees og vurderes også av kompetent lege. Slik lovutkastet nå er formulert, kan man se for seg at noen institusjoner kan gjennomføre vedtak som har somatiske implikasjoner uten at dette tas hensyn til. Npf vil her påpeke betydningen av å vurdere somatisk differensialdiagnostikk vedrørende cerebrale katastrofer, alvorlige endokrine og andre indremedisinske tilstander mm, somatiske følgetilstander, somatiske bivirkninger etc i tilfeller der det eventuelt er aktuelt å fatte tvangsvedtak. Dette krever medisinsk kunnskap.
- §9-5 s 759 synes som om omtale vedr konverteringsforbud bare gjelder fare for pasientens eget liv / helse, ikke for andre. Dette er påfallende og må avklares tydelig.
- Rus: Det er positivt at man vil bedre tilbudet til denne gruppen og at det tilrettelegges for mere og bedre samarbeid. Formuleringen «oppholdskommune» som den ansvarlige for tilbud utenfor spesialisthelsetjenesten er imidlertid uklart: det antas at man mener den kommunen personen skal rehabiliteres i og det er hjemkommune. Oppholdskommune kan ofte være et transittsted.
- I et eventuelt revidert lovutkast må man også ta hensyn til det nye pakkeforløpet som iverksettes fra 2020 (Gravide og rusmidler).

## Sikkerhetsavdelinger

- Det vurderes uheldig at en spesiell pasientgruppe (de som er så syke og uten kontroll på egne handlinger at de legges inn på sikkerhetsavdelinger) skal unntas fra de reguleringene for redusert bruk av tvang som gjelder for andre mennesker – og at disse skal underlegges betydelige mere tvang enn det vi ellers ønsker.

Grenseoppgangen mellom regional sikkerhetsavdeling og andre avdelinger vil være flytende og er noe som administrativt bestemmes i helsevesenet. Slik loven er skissert kan et helseforetak opprette mange sikkerhetsplasser for så å kunne bruke tvang på mange. Historisk er det også ved denne type avdelinger de verste overgrepene mot pasienter har funnet sted (jfr Reitgjerdnesaken). Det å skape isolerte institusjoner som ikke er lovregulert som resten av samfunnet / helsevesenet er erfaringsmessig en risikofaktor for at det kan skli ut i mere bruk av tvang og andre uønskede forhold. Npf vil sterkt advare mot en slik utvikling og foreslår at all tvangsbruk reguleres under samme lovverk (som i dag i psykisk helsevernloven). Man bemerker spesielt:

- Det er betenkelig at man for en av de aller mest syke og sårbare pasientgruppene med minst mulighet til å gjøre andre valg eller ivareta seg selv nærmest har et helt annet lovverk. Npf kan ikke se hvorfor ikke den samme loven kan gjelde her som andre steder. Det er vanskelig å forstå lovgivers intensjon her opp mot alle andre tiltak for å beskytte mennesker mot tvang.
- Dersom regionale sikkerhetsavdelinger blir enheter man kan bruke nærmest mere tvang enn i dag er det en fare for at antall plasser på slike enheter øker og flere pasienter enn ellers nødvendig legges inn på slik avdeling. Dette kan ikke være lovgivers intensjon.
- I lovforslagets §15-2 angis at regionale sikkerhetsavdelinger er «avdeling som på regionalt nivå behandler og utreder pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om dette». Dette er en påfallende definisjon idet en regional sikkerhetsavdeling må ha som oppgave å ivareta mennesker i en periode der de pga sykdom eller annet er til fare for seg selv eller andre i så stor grad at de ikke kan ivaretas annet sted. Opphold i disse avdelingene må være diagnoseuavhengige. Enn videre er det ikke i disse avdelingene mennesker primært utredes og behandles for alvorlig sinnslidelse.

Det skjer primært i andre enheter på lavere nivå. Ordlyden rundt hva en regional sikkerhetsavdeling er, bør derfor endres til å utelukkende omhandle mennesker som for en periode ikke kan ivaretas på annet nivå, uavhengig av diagnose.

- §15-7 om adgang til å låse pasienter inne på rommet på regional sikkerhetsavdeling på natt er en videreføring av nåværende ordning for sikkerhetsavdelinger, men NpF mener denne adgangen bør avvikles. Å låse alvorlig syke mennesker inne på rommet sitt på natt vurderes både unødvendig (de trenger jo ikke være innelåst på dag når de er våkne) og inngripende (dette dreier seg i hovedsak alvorlig syke mennesker som ofte vil ha mye angst / være redde og er generelt sårbare). Det er påfallende at et lovutkast som tar sikte på mere human behandling av syke mennesker vil ha med en slik adgang til innlåsing.
- Generelt tillates mere tvangsbruk på regionale sikkerhetsavdelinger enn nå i nytt forslag, noe som vurderes betenkelig.

### **Dom til tvunget psykisk helsevern i forbindelse med utilregnelighet og gjentakelsesfare (lovforslagets kapittel 16)**

- 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 tvunget psykisk helsevern. Men når det gjelder personer som er tiltalte, men ikke dømt, er det uklart hva et register over dette skal tjene til og hvilken legitimitet det har. Det vil jo gjelde før skyldspørsmålet i en rettsak er avklart. Skal det gjelde de som er under tiltale som er en fase hvor man per definisjon er uskyldig til det motsatte anses bevist av domstolen? Hva skjer hvis tiltalte frifinnes eller dømmes til ordinær straff? Dette punktet synes å ha uklar begrunnelse.
- Det er uklart hvordan koordineringsenheten som nevnes skal være en videreføring av dagens koordineringsenhet og hvordan enheten ellers skal være forankret og organisert og om den har noen myndighet.
- Når det gjelder gjennomføring viser man til straffeloven av 1902. Dette er påfallende da det for alle straffbare handlinger foretatt etter oktober 2015 er straffeloven av

2005 som gjelder. Lovforslaget må antas ikke å komme til anvendelse på flere år ennå, og vi er nå i 2019.

- §16-2s omtale av varsel til fornærmede er en gjentakelse av gjeldende lovtekst om at ansvarlig behandler skal varsle fornærmede. Npf vil påpeke at dette ikke alltid er praktisk hensiktsmessig. Bl.a. fordrer det at helsevesenet har oversikt over fornærmede i straffesaker noe som er unødvendig og har flere personverninnvendinger. Enn videre er det politiet og ikke helsevesenet som skal ha høyest kompetanse på trusselvurderinger og ansvar for samfunnets sikkerhet. Det var derfor opprinnelig fra Npf foreslått slik som er praksis mange steder i dag (bl.a i Midt-Norge) at behandler varsler politiet som så i sin tur tar ansvar for eventuelt å varsle fornærmede. Npf foreslår at man i alle fall tar inn dette med at behandler varsler politi som så vurderer å varsle fornærmede som et alternativ.

## **Behov for ressurser**

### *Implementering av loven*

- Som diskutert i kapittel 25 krever implementeringen betydelig ressurstilgang. Npf vil minne om at dette må forberedes godt når loven en gang er ferdig og skal tre i kraft. Det er et generelt ressursbehov ved enhver større endring og implementering.
- Videre vil Npf presisere ressursbehovene som mange av de nye begrepene som innføres innebærer. De nye begrepene som innføres er ikke kjente, etablerte begreper. Det må regnes med ekstra arbeid og ressursbehov for å klargjøre hva intensjonen med begrepene er og i opplæring av fagfolk i disse. Dette gjelder bl.a. begreper som «sterkt behov», «beslutningskompetanse» og «motstand».
- Et videre moment i forhold til ressurser vil Npf nevne er at det å pålegge Fylkesmannen mange flere oppgaver som en følge av de nye tiltak som foreslås innført, vil kreve betydelig øket ressurstilgang til fylkesmannen.

### *Materielle og menneskelige ressurser*

- Dagens struktur og volum på psykisk helsevern er ikke tilrettelagt for å ivareta lovens intensjon. Det er i utgangspunktet bra at intensjonen med loven er at alvorlig syke sårbare mennesker skal ivaretas med samme verdighet og samme nivå av helse som i dag, men med vesentlig mindre bruk av tvang. Dette vil imidlertid innebære behov for flere sengeplasser på slik at flere alvorlig syke kan være innlagt over lengre tid med rammer som personen aksepterer uten at tvang brukes.
- Det er også nødvendig med en bygningsmasse hvor det er rommelige og vakre (beroligende) lokaler, bl.a. «roe ned rom». Mange steder mangler slike fasiliteter fullstendig. Lovutkastet forutsetter derfor betydelig investering i infrastruktur hvis intensjonen om å redusere tvang skal nås.
- Redusert bruk av tvang vil også innebære at det må tilsettes flere fagpersoner i avdelinger som får pasienter hvor det ofte har vært nødvendig å ty til tvang for å få kontroll med farlig adferd for pasienten selv og for ansatte. Hvis man skal øke alternativer tiltak til tvang, vil antagelig flere, både pasienten, medpasienter og ansatte, lide overlast hvis det ikke tilføres ressurser.
- En markert reduksjon av tvang vil også sannsynligvis innebære at politi og kriminalomsorg må vil måtte ivareta flere som egentlig er syke. Forslaget om å øke den sykes rett til å nekte behandling og anbefalingen om svært redusert bruk av tvang, vil også innebære at samfunnet må godta å se på at flere syke mennesker lever mer begredelige liv. For eksempel at flere syke i blir drivende i gater og på andre offentlige steder da man ikke lenger vil kunne ha lov til å hjelpe disse på en adekvat måte.
- Samlet sett reiser de ressursutfordringene som lovutkastet vil innebære flere samfunnsspørsmål, også etiske. Hvis mennesker med alvorlig psykisk lidelse velger bort effektiv behandling med medisin og i stedet velger å være syk mye lengre, skal de da kunne kreve å ivaretas over lang tid på døgninstitusjon med større kostander for samfunnet og med tilhørende ulemper for andre pasienter innen psykiatri og somatikk? Dette synes i strid med øvrige prioriteringer i helsevesenet.

### **Andre kommentarer**

- Lovforslaget har en form som i stor grad ligner på gjeldende lov om psykisk helsevern, men forslaget er så omfattende og komplisert, at det kan vise seg vanskelig å bruke i praksis.
- Gjeldende lov om psykisk helsevern omfatter også frivillig innleggelse (Phvl §2) samt en rekke forhold som omhandler forhold ved også frivillig innleggelse i psykiatrisk institusjon (store deler av Phvl §4). Det må klargjøres hvordan dette skal reguleres ved ny lovgivning.

### **Konklusjon**

**Selv om Npf støtter tanken om å ha et felles lovverk for bruk av tvang for både somatisk medisin og psykiatri, er det så mange mangler og problematiske sider ved lovutkastet at det må forkastes i sin nåværende form.**