



Legeforeningen
Her

1. oktober 2021

Hørings svar fra Allmennlegeforeningen vedrørende oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Gjennomgående i utvalgets forslag er at terskelen for å kunne anvende tvang heves og at pasientenes rettigheter tydeliggjøres og styrkes. Departementet ber om at høringsinnspillene beskriver hva som må til for å kunne etterleve lovendringene i praksis.

Tvang defineres som overvinnelse av motstand som krever tiltak ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker, eller omgåelse av motstand ved at vesentlig informasjon bevisst blir holdt skjult. Motstand skulle anses å foreligge når en person gir uttrykk for en negativ holdning til et tilbud som ikke kan overvinnes uten tvangsbruk. Begrepet «samtykkekompetanse» erstattes med «beslutningskompetanse» fordi det bedre uttrykker at personen har rett til å si både ja og nei. Samfunnet må ha større aksept for beslutninger som mange vil synes er ubegripelige. Konsekvensene av beslutningene vil kunne føre til mye lidelse hos dem som tar beslutningene, noe som vil kunne føre til store belastninger for pårørende og tjenestene.

De diagnosenære vilkårene i tvangshjemlene fjernes og erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for aktuelt tiltak. Kravet om forholdsmessighet mellom inngrepet og det som kan oppnås gjennom inngrepet gjør at det må kreves at personens hjelpebehov må være åpenbart og at situasjonen må være slik at det vil være en klar forsømmelse å ikke gi hjelpen. Begrepene «akutt fare» og «vesentlig skade» definerer handlingsrommet. Både økonomisk verdi, nytteverdi og affeksjonsverdi kan være vesentlig. Hvor langt et hendelsesforløp må ha fått utvikle seg vil avhenge av hvilken type skade det er fare for. Det bør stilles strengere krav for å anse situasjonen som akutt ved fare for tingskade enn ved fare for liv. I vurderingen av hvor sannsynlig det er at en skade vil inntreffe må det derfor foretas en helhetsvurdering av risikoens art og omfang, hvor nært forestående det er og hvem sin interesse som er truet.

Et inngrep i en nødsituasjon må være nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder være det minst inngripende alternativet. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang må prøves i den grad tiden tillater det. Ved inngrep av hensyn til personen selv må fordelene for personen overstige ulempene. Ved inngrep av hensyn til andre må tiltaket ikke være urimelig overfor personen.

Avgjørelser i nødsituasjoner skal treffes i form av beslutninger og ikke enkeltvedtak. Statsforvalteren skal etter utvalgets lovforslag motta og holde oversikt over slike beslutninger og vurdere om riktig framgangsmåte er fulgt og om lovens vilkår er vurdert. Beslutninger om særlig inngripende tiltak skal dessuten kunne påklages til Tvangsbegrensningsnemnda. Lovverket vil inneholde en uttømmende regulering av nødsituasjoner i helse- og

omsorgstjenesten. Strafferettslig nødrett og nødverge vil dermed ikke lenger kunne brukes som supplerende grunnlag for inngrep.

Tvangsbegrensningsnemndene skal være faglig uavhengige og ha et geografisk avgrenset virkeområde. Nemndene skal ledes av en jurist og ellers bestå av én lege og ett lekmedlem med erfaring som pasient/bruker eller pårørende. Formålet med virksomheten er å begrense bruk av tvang og sikre helhetlig tenkning, samt å behandle klagesaker og godkjenne reservasjoner mot tvangsmedisinering og ECT. Statsforvalterne skulle hovedsakelig holde oversikt over tvangsvedtak, gjennomføre formalkontroll av vedtak og tilrettelegge for tvangsbegrensningsnemndene, bl.a. etablere og drifte system for saksbehandling og arkiv, samt være klageinstans for noen beslutninger.

Allmennlegeforeningens innspill i rødt til utvalgte spørsmål i høringsnotatet:

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

Dette er en omfattende lovendring som vil kreve kursing av de som utøver tjenestene. Kurset må være gratis for allmennlegene, og det må sørges for at det er meritterende til videre- og etterutdanningen. Økonomisk tap ved fravær fra praksis må dekkes, slik at man sikrer høy deltakelse blant fastlegene.

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

Man vil kunne forvente at pårørende får økt belastning som følge av nytt lovverk, og at de vil trenge tettere oppfølging hos fastlegen. Dette vil kunne belaste en allerede presset tjeneste.

Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?

Kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog). Det blir samme instans som vurderer inntak uavhengig av om det skjer frivillig eller under tvang. Det blir også samme modell for inntak til rusbehandling som til psykisk helsevern. Kommunene skal være oppmerksomme på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse og gi slike opplysninger til spesialisthelsetjenesten på eget initiativ uten hinder av taushetsplikt.

Hvilke tjenester i kommunen skal pålegges denne plikten? Skal tjenesteyterne melde fra til kommunen som så melder videre, eller skal plikten tilligge den enkelte helsearbeider som er i kontakt med pasientene?

Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.

Om lag halvparten av akuttinnleggelsene i psykisk helsevern gjelder selvmordsforsøk eller selvmordsfare.

Mange av disse pasientene er ambivalente til innleggelse. Med grunnlag i dagens regelverk har man i disse tilfellene kunnet argumentere for at frivillighet er formålsløst og derfor lagt inn til tvungen observasjon. Det er ikke beskrevet hvordan disse tvilstilfellene skal håndteres

med nytt regelverk.

Før det treffes vedtak om tvangsmedisinering skal pasienten være undersøkt av en lege som er uavhengig av den vedtaksansvarlige legen, og vedkommende skal gi en skriftlig vurdering av om lovens vilkår er oppfylt. Den «uavhengige» legen må etter departementets syn kunne være en lege i samme institusjonen som den vedtaksansvarlige, men det må ikke foreligge et over- /underordningsforhold mellom legene, og de skal ikke ha samme nærmeste overordnede. På visse vilkår vil det åpnes for at tvangsmedisinering kan gjennomføres ved sykehjem slik at eldre slipper å transporteres til en psykiatrisk institusjon for å få behandling med antipsykotiske legemidler uten samtykke.

I mange kommuner har alle legene samme nærmeste leder, og ofte er det én lege som har tilsynsfunksjon ved sykehjemmet. Hvilken kompetanse kreves av en vedtaksansvarlig lege i kommunen? Kreves det at legen er spesialist i allmennmedisin? Hvem skal dekke funksjonen som uavhengig lege og hvilken kompetanse skal denne legen inneha? Hvordan skal det sikres at dette ikke blir en ekstra oppgave for fastlegene?

Det behøves også en presisering av om regelverket gjelder kun ved bruk av antipsykotiske legemidler eller om det også gjelder bruk av andre psykofarmaka. Dagens lovverk setter begrensninger for bruk av for eksempel sederende midler hos pasienter innlagt i kommunal helseinstitusjon som ikke kan samtykke og som motsetter seg behandling. Slike midler regnes som psykofarmaka, men ikke som antipsykotika og vil ikke være omfattet av lovforslaget slik det foreligger.

Lovendringene det legges opp til favner så bredt at en høringsrunde ikke vil være tilstrekkelig. Vi mener derfor at departementet bør nedsette en bredt sammensatt arbeidsgruppe for å kartlegge mulige konsekvenser av lovforslaget.

På vegne av styret i Allmennlegeforeningen,

Marit Tuv
styremedlem