



Innkalling av Utval for helse og omsorg

Møtedato: 09.11.2021

Møtestad: Helsehuset, møterom Nordhordland 6.etasje

Møtetid: 12:00 - 18:00

Eventuelle forfall må meldast til <https://www.alver.kommune.no/innhald/politikk-og-hoyringar/politikk/melde-forfall-til-politiske-mote/>

Varamedlemmer møter berre etter nærare avtale.

SYNFARING: Frammøtte v/brannstasjonen på Manger kl. 09.00. Synfaring knytt til Velferdssenteret og Radøy Interkommunale busenter.

Kl. 12.00: ordinær sakshandsaming i Helsehuset - møterom Nordhordland.

Sakliste

| Saknr | Tittel |
|--------------|--|
| 030/21 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| 031/21 | Godkjenning av møteprotokoll 12.10.2021 |
| 032/21 | Høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget |
| 033/21 | Avvikle interkommunalt samarbeid ved Radøy interkommunale busenter |
| 034/21 | Søknad om å etablere vinmonopol på Lindås |
| 035/21 | Meldingar til utval for helse og omsorg 09.11.2021 |

2. november 2021

Ståle Juvik Hauge
møteleiar

Arthur Kleiveland
møtesekretær

Arkiv: <arkivID><jplD>
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 27.10.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|----------------|---------------------------|-----------------|
| 030/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |

Godkjenning av innkalling og sakliste

Innkalling og sakliste vert godkjent.

Arkiv: <arkivID><jplD>
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 21.10.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|---------|---------------------------|------------|
| 031/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |

Godkjenning av møteprotokoll 12.10.2021

Møteprotokollen vert godkjent.

Vedlegg i saken:

02.11.2021 Protokoll - Utval for helse og omsorg - 12.10.2021 1634929



Møteprotokoll for Utval for helse og omsorg

Møtedato: 12.10.2021
Møtestad: Helsehuset - møterom Nordhordland
Møtetid: 12:00 - 16:40

Etter sakshandsaming var det omvising for utvalet i Helsehuset.
Møtet vart strøyma.

| Frammøtte medlemmer | Parti | Rolle |
|---|--------------|--------------|
| Ståle Juvik Hauge | AP | Utvalsleiar |
| May-Irene Wergeland | SP | Nestleiar |
| Sølvi Gripsgård Knudsen – permisjon frå kl. 16.20 | SP | Medlem |
| Else Marie Skartveit Dale | KRF | Medlem |
| Roy Bø | UAVH | Medlem |
| Thore Helland | SP | Medlem |
| Hendrik Weber | R | Medlem |

| Forfall meldt frå medlem: | Parti | Rolle |
|----------------------------------|--------------|--------------|
| Kirsti Gjetle Floen | AP | Medlem |

| Frammøtte varamedlemmer: | Parti | Erstatter medlem |
|---|--------------|--------------------------|
| Kjersti Vikebø Nesse – permisjon frå kl. 15.00 | AP | Kirsti Gjetle Floen - AP |

Følgjande frå administrasjonen møtte:

Leni Dale-kommunalsjef, Helge Kvam-Fagansvarleg helse og omsorg adm,
Eirik Utne-tenesteleiar kultur, Hogne Haugsdal-kommunalsjef, Kari Hesjedal-
avdelingsleiar Forvaltningskontoret, Kjersti Risa Marøy-tenesteleiar
Helsestasjon- og jordmortenesta, Bernt Fjordheim-tenesteleiar
Habiliteringstenester Arthur Kleiveland-møtesekretær

Prosjekt fag- og tenesteutvikling Nordhordland helsehus – orientering v/Anne
Hildegunn Færøy-prosjektleiar/samhandlingskoordinator Region Nordhordland.

Sakliste

| Saknr | Tittel |
|--------------|---|
| 025/21 | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| 026/21 | Godkjenning av møteprotokoll 31.08.2021 |
| 027/21 | Avlastingstiltak for barn og unge i Alver kommune |
| 028/21 | Felles satsingar for helse- og omsorgssektoren i Nordhordland 2021-2031 |
| 029/21 | Meldingar til utval for helse og omsorg 12.oktober |

025/21: Godkjenning av innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste vert godkjent.

Utval for helse og omsorg 12.10.2021:

Behandling:

Utvalsleiar Ståle Hauge gjorde framlegg om følgjande endring på sakslista:
Orientering om matkjøring på Radøy vert gitt først i møtet.

Utvalet godkjende samrøystes innkalling og saksliste, med endringsframlegg frå utvalsleiaren.

HO- 025/21 Vedtak:

Innkalling og sakspapir vert godkjend.

026/21: Godkjenning av møteprotokoll 31.08.2021

Møteprotokollen vert godkjent.

Utval for helse og omsorg 12.10.2021:

Behandling:

Utvalet godkjende samrøystes møteprotkollen for 31.08.2021.

HO- 026/21 Vedtak:

Møteprotokollen vert godkjent.

027/21: Avlastingstiltak for barn og unge i Alver kommune

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

- a. Kvasten avlastningsbustad får auka kapasitet med 3 plassar. Samla kapasitet etter auke vert då 8 plassar
- b. Kommunen reduserer kjøp av private avlastingstenester. Det er ein føresetnad for reduksjon kjøp av teneste at målgruppe opprettheld kvalitet i tenestetilbod i kommunal regi.
- c. Starte arbeide med å finne eigna lokaler for å samlokalisere avlastingstiltaka som i dag vert gitt i Røsvikrenen i Knarvik, Havnevegen på Frekhaug og på Ostereidet. Målet er betre kvalitet og kostnadseffektiv drift.

Ungdomsråd 07.10.2021:

Behandling:

Orientering i saka v/Bernt Fjordheim

UR- 040/21 Vedtak:

Ungdomsrådet støttar rådmannen sitt framlegg til vedtak.
Samrøystes

Råd for menneske med nedsett funksjonsevne 11.10.2021:

Behandling:

Framlegg:

Rådet er samd i at kommunen i minst mogleg grad kjøper private avlastingstenester, (jf pkt. b i rådmannen sitt framlegg).

Vi kan støtta pkt. a, men er tvilande m.o.t. om det er heldig å ha såpass mykje som åtte plassar på éin stad. Vidare kan bygget framstå noko institusjonsprega, og somme kan dermed oppleva det som stigmatiserande å vera på avlasting der. Ut frå dette bør det vurderast om denne løysinga kan vera mellombels, og at ein tek sikte på å finna ein lokasjon som er betre eigna.

Når det gjeld pkt. c, må det leitast i heile kommunen etter eigna lokasjonar, og her òg er det viktig at det ikkje vert for mange plassar på éin stad. Når vurderingsgrunnlaget er klart, må saka tilbake til politisk handsaming.

Framlegget vart samrøystes vedteke.

RMNF- 040/21 Vedtak:

Rådet er samd i at kommunen i minst mogleg grad kjøper private avlastingstenester, (jf pkt. b i rådmannen sitt framlegg).

Vi kan støtta pkt. a, men er tvilande m.o.t. om det er heldig å ha såpass mykje som åtte plassar på éin stad. Vidare kan bygget framstå noko institusjonsprega, og somme kan dermed oppleva det som stigmatiserande å vera på avlasting der. Ut frå dette bør det vurderast om denne løysinga kan vera mellombels, og at ein tek sikte på å finna ein lokasjon som er betre eigna.

Når det gjeld pkt. c, må det leitast i heile kommunen etter eigna lokasjonar, og her òg er det viktig at det ikkje vert for mange plassar på éin stad. Når vurderingsgrunnlaget er klart, må saka tilbake til politisk handsaming.

Utval for helse og omsorg 12.10.2021:

Behandling:

Bernt Fjordhem-tenesteleiar habiliteringstenester orienterte.

May-Irene Wergeland-SP ba om gruppemøte.

Etter gruppemøtet sette Wergeland fram følgjande tilleggframlegg til punkt c i rådmannen sitt framlegg:

Utvalet bed om at rådmannen kjem attende med ei sak om lokalisering i Alver, val av bygg/nybygg og muleg total økonomisk gevinst ved ei samlokalisering av tiltaka som ovanfor er namngitt som aktuelle.

Utvalet vedtok samrøystes rådmannen sitt framlegg, med tilleggframlegg frå Wergeland.

HO- 027/21 Vedtak:

- a. Kvasten avlastningsbustad får auka kapasitet med 3 plassar. Samla kapasitet etter auke vert då 8 plassar
- b. Kommunen reduserer kjøp av private avlastingstenester. Det er ein føresetnad for reduksjon kjøp av teneste at målgruppe opprettheld kvalitet i tenestetilbod i kommunal regi.
- c. Starte arbeide med å finne eigna lokaler for å samlokalisere avlastingstiltaka som i dag vert gitt i Røsvikrenen i Knarvik, Havnevegen på Frekhaug og på Ostereidet. Målet er betre kvalitet og kostnadseffektiv drift. Utvalet bed om at rådmannen kjem attende med ei sak om lokalisering i Alver, val av bygg/nybygg og muleg total økonomisk gevinst ved ei samlokalisering av tiltaka som ovanfor er namngitt som aktuelle.

028/21: Felles satsingar for helse- og omsorgssektoren i Nordhordland 2021-2031

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Kommunestyret godkjenner følgjande:

- a. Alver kommune sluttar seg til innhald og føringar i «*Felles satsingar for helse- og omsorgssektoren i Nordhordland 2021-2031*», og forpliktar seg til å ta del i felles dialog og prosess om dei tema som planen omhandlar jamfør vedlegg.
- b. Alver kommune sluttar seg til at Kommunalsjefgruppa for helse og omsorg i Nordhordland får i oppdrag å koordinera og organisera oppfølging av prioriterte område i planen.
- c. Alver kommune sluttar seg til at det vert utarbeidd handlingsplan for konkretisering av tiltak knytt til dei prioriterte områda, og at Rådmannsutvalet får mandat til å godkjenna tiltak i handlingsplan.
- d. Alver kommune legg til grunn at konkrete tiltak som forpliktar må forankrast i kommunen, og kommunen kan reservera seg mot å gå inn i konkret samarbeid sjølv om ein har slutta seg til planen.

Ungdomsråd 07.10.2021:

Behandling:

Orientering i saka v/Leni Dale

UR- 041/21 Vedtak:

Ungdomsrådet støtter rådmannen sitt framlegg til vedtak.
Samrøystes

Eldreråd 11.10.2021:

Behandling:

Leni Dale-kommunalsjef orienterte i saka.

Eldrerådet tar saka til orientering og ber om å bli orientert om oppfølginga av planen.

Elles ingen merknader.
Samrøystes vedteke.

ER- 038/21 Vedtak:

Eldrerådet kjem med følgjande uttale:

Eldrerådet tar saka til orientering og ber om å bli orientert om oppfølginga av planen.

Råd for menneske med nedsett funksjonsevne 11.10.2021:

Behandling:

Ingen merknader, samrøystes.

RMNF- 041/21 Vedtak:

Ingen merknader.

Utval for helse og omsorg 12.10.2021:

Behandling:

Utvalet slutta seg samrøystes til rådmannen sitt framlegg til vedtak.

HO- 028/21 Vedtak:

Utval for helse og omsorg kjem med følgjande innstilling:

Kommunestyret godkjenner følgjande:

- a. Alver kommune sluttar seg til innhald og føringar i «*Felles satsingar for helse- og omsorgssektoren i Nordhordland 2021-2031*», og forpliktar seg til å ta del i felles dialog og prosess om dei tema som planen omhandlar jamfør vedlegg.
- b. Alver kommune sluttar seg til at Kommunalsjefgruppa for helse og omsorg i Nordhordland får i oppdrag å koordinera og organisera oppfølging av prioriterte område i planen.
- c. Alver kommune sluttar seg til at det vert utarbeidd handlingsplan for konkretisering av tiltak knytt til dei prioriterte områda, og at Rådmannsutvalet får mandat til å godkjenna tiltak i handlingsplan.
- d. Alver kommune legg til grunn at konkrete tiltak som forpliktar må forankrast i kommunen, og kommunen kan reservera seg mot å gå inn i konkret samarbeid sjølv om ein har slutta seg til planen.

029/21: Meldingar til utval for helse og omsorg 12.oktober

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Meldingar vert tekne til orientering.

Utval for helse og omsorg 12.10.2021:**Behandling:**

Det vart lagt fram følgjande meldingar/orienteringar:

- Matkjøring på Radøy - orientering v/Eirik Utne-tenesteleiar kultur
- Gjennomgang av tal sjukeheimplassar, omsorgsbustadar pluss og andre institusjonsplassar innan helse og omsorg, inkludert kapasitet, kjøp av plassar i andre kommunar og venteliste – orientering v/Kari Hesjedal-avdelingsleiar Forvaltningskontoret
- Status parkeringsløyve – prosess søknad/svar – v/Kari Hesjedal-avdelingsleiar Forvaltningskontoret
- Prosjekt leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift – status v/Helge Kvam- Fagansvarleg helse og omsorg adm.
- Framdrift kommunedelplan Helse, sosial og omsorg – Helge Kvam- Fagansvarleg helse og omsorg adm.
- Framlegg til Politisk møteplan 2022 (vedlegg)
- Handlingplan mot vald i nære relasjonar – orientering v/Kjersti Risa Marøy-tenesteleiar Helsestasjon- og jordmortenesta
- Prosjekt fag- og tenesteutvikling Nordhordland helsehus – orientering v/Anne Hildegunn Færøy-prosjektleiar/samhandlingskoordinator Region Nordhordland.

Etter møteslutt fekk utvalet omvising i Helsehuset v/Anne Hildegunn Færøy-prosjektleiar/samhandlingskoordinator Region Nordhordland.

Utvalet tok meldingar til orientering.

HO- 029/21 Vedtak:

Meldingar vert tekne til orientering.

Arkiv: <arkivID><jplID> FE-033, TI-&13
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 20.10.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|---------|--|------------|
| 126/21 | Alver kommunestyre | 28.10.2021 |
| 045/21 | Eldreråd | 08.11.2021 |
| 047/21 | Råd for menneske med nedsett funksjonsevne | 08.11.2021 |
| 032/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |
| | Alver kommunestyre | |

Høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Alver kommune støtter KS sin høyringsuttale dat.14.10.2021

Alver kommunestyre 28.10.2021:

Handsaming:

Framlegg frå J.Hellestveit-SP:

Saka vert utsett.

Framlegget vart samrøystes vedteke.

KO- 126/21 Vedtak:

Saka er utsett.

Politisk handsaming

Saka skal avgjerast i kommunestyret

Saksopplysninger:

Sjå vedlegg

Vedlegg i saken:

| | | |
|------------|---|---------|
| 20.10.2021 | Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget - høyringssvar KS | 1628839 |
| 07.07.2021 | Høringsbrev oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget 6 7 21 | 1587322 |
| 07.07.2021 | Høringsnotat oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget | 1587323 |



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 21/02027-2
Arkivkode: G00 &00
Saksbehandler: Anne Gamme/
Frode Lauareid
Deres referanse: 21/3110
Dato: 14.10.2021

Høring - Oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Innledning.

KS avga høringsuttalelse om tvangsbegrensningsloven og NOU 2019:14 den 10.01. 2020.¹ KS støtter målet om å redusere unødig bruk av tvang. Definisjonen av tvang er vesentlig for hvilke konsekvenser lovforslaget vil gi, og for hvordan målet om reduksjon kan oppnås.

En gjennomgang av høringene til selve lovutkastet viser at ulike kompetente fagmiljøer har avvikende syn på hvilke effekter loven vil gi. Når en ny lov er endelig vedtatt, må derfor effektene evalueres nøye for å sikre at lovens intensjoner faktisk realiseres.

Hensikten med å involvere berørte instanser gjennom høringen om oppfølgingen av Tvangslovutvalget er god. Departementet ber om at høringsinnspillene beskriver mest mulig konkret, hva som må til for å kunne etterleve lovendringene i praksis, også når det gjelder samarbeidet mellom ulike enheter og behandlingsnivåer. De ønsker at høringsinstansene tar utgangspunkt i sin egen hverdag og eget tjenesteområde, og fokuserer på forslagene som i størst grad vil påvirke deres egen situasjon. Departementet har satt 4 måneders høringsfrist for dette, hvor sommerferien var en del av høringsperioden. For å oppnå formålet departementet har satt for høringen forutsettes ressurskrevende utredninger av omfattende forhold i tjenestene. Kommunene KS selv har konsultert i dette arbeidet har gitt klare tilbakemeldinger om at dette ikke er mulig å gjennomføre innenfor rammen av den satte tidsfristen. Det må bemerkes at kommunene fortsatt har hatt store oppgaver innenfor arbeidet med pandemien, noe som gjør at konsekvensutredninger av alle sider ved forslaget heller ikke har vært mulig. Høringen er begrenset til å melde tilbake på forslag til kapittel 1 og kapittel 5. KS og mange andre meldte i den opprinnelige høringen til Tvangslovutvalget at det samlede lovforslaget var uoversiktlig og vanskelig å trenge inn i. Det er ikke lettere å vurdere konsekvensen av to frittstående kapitler. KS opprinnelige vurdering var at forslaget bør forkastes i sin nåværende form. Det foreliggende materialet gir ikke grunnlag for å endre dette standpunktet.

Subsidiært bør det nedsettes en gruppe som utreder konsekvensene av forslagene. Konsekvensene er ikke utredet i dette forslaget, verken for brukere eller for kommunen som organisasjon. KS er sterkt bekymret for at loven gir spesialisthelsetjenesten utstrakte muligheter til å overføre ansvar til kommunesektoren uten at kommunesektoren har mulighet til å forutberegne konsekvensene av dette. Dette vil i så fall være et brudd på det finansielle ansvarsprinsippet. I tillegg mangler lovforslaget

¹ <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/Horingsuttalelse-tvangsbegrensningsloven-NOU-2019-14.pdf>

vurderinger knyttet til konsekvenser for de pliktene kommunene har etter annet helselovverk og også pliktene som arbeidsgiver.

KS mener at slike vurderinger er helt nødvendige, og må danne grunnlag for en utredning av hva slags konsekvenser et endelig lovforslag vil få for kommunale tjenester. Dette bør fortrinnsvis gjennomføres innenfor rammene av den etablerte lovmedvirkningsordningen. Selv om et av medlemmene i Tvangslovutvalget var utpekt etter forslag fra KS, er ikke det alene nok til at intensjonen i lovmedvirkningsordningen er ivaretatt.

Noen merknader til det rettslige

Straff og erstatning

I lovforslaget legges det opp til at helsepersonell ikke lenger kan utøve tvang med grunnlag i nødrett og nødverge. Retten til å utøve tvang skal fullt og helt være regulert i tvangsloven. Samtidig sies det at i en straffesak kan helsepersonell prosedere på frifinnelse med grunnlag i straffelovens regler om nødrett og nødverge. Enten man vil eller ikke, vil straffeloven derfor fortsatt være relevant. Det vil kunne være et rom der tvang ikke er lovlig etter tvangsloven, men likevel ikke straffbar etter straffeloven. Dersom målet er et enkelt regelverk, der også ikke-jurister skal kunne forutberegne sin rettsstilling, er dette ikke noen god måte å regulere et område på.

Dersom man blir stående ved dette forholdet mellom tvangsloven og straffeloven, oppstår spørsmålet om dette har noen konsekvenser for erstatningsretten.

De siste fem årene har Norsk pasientskadeerstatning utbetalt 75 millioner kroner i erstatning til pasienter eller etterlatte etter forsøk på selvmord eller gjennomført selvmord. Det er 90 tilfeller av selvmord og 19 tilfeller av selvmordsforsøk. Pasientskadeerstatning erkjente ansvar «*begrunnet med svikt ved selvmordsrisikovurdering, for tidlig utskrivning eller permisjon, svikt i planlegging og systematikk i oppfølging og svikt i tilsyn*»².

KS stiller spørsmål om lovens fokusering på begrensning av tvang har erstatningsrettslig betydning. Skadeserstatningsloven § 2-1 fastsetter ansvar ved forsettlig og uaktsom svikt «*idet hensyn tas til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten, er tilsidesatt*»³. Betyr dette at kommunen i større grad vil gå fri for erstatningsansvar fordi skadelidte ikke kan stille samme krav til kommunen som under gjeldende lovverk? Det kan spare omstendelige og kostbare rettsprosesser dersom dette blir utvetydig avklart i ny lov. Det bør også avklares hva som i tilfelle er underlagt objektivt erstatningsansvar.

KS mener dette viser at man ikke utelukkende kan ha som mål å begrense bruk av tvang, men også tydeliggjøre når tvang skal brukes. Svikt i sistnevnte tilfeller kan medføre tragiske konsekvenser for pasienten, pasientens pårørende, ansatte og andre tredjeparter.

Både i forhold til straff og erstatning bør det klargjøres hvilken rekkevidde forslaget i § 1-3 har, når det sies at «*[v]ed tvil om hva personen ønsker, skal det legges til grunn at det foreligger motstand*». I jussen bruker man i noen tilfeller formuleringer som «*bevist ut over enhver rimelig tvil*» eller «*forstandig tvil*». Dette hadde ikke vært viktig, dersom det ikke hadde hatt negative konsekvenser å ikke bruke tvang.

Arbeidsmiljø

² Norsk pasientskadeerstatning, Erstatningssaker - selvmord og selvmordsforsøk:

<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---selvmord-og-selvmordsforsok/>

³ Skadeserstatningsloven § 2-1: <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1969-06-13-26/%C2%A72-1>

For KS som arbeidsgiverorganisasjon er det viktig at lovforslag som dette også drøfter arbeidsrettslige implikasjoner. Dette blir særlig viktig for kommunene, fordi kommunene i tillegg til å være arbeidsgivere også er pliktsubjekt etter rettighetslovgivningen. En slik drøfting burde også være viktig for staten.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver å sikre alle ansatte et forsvarlig arbeidsmiljø, både fysisk og psykososialt, se aml. kapittel 4. Dersom arbeidsmiljøet ikke er forsvarlig, kan ansatte lovlig nekte å utføre arbeid. Ansatte har ingen forpliktelser etter rettighetslovene, med unntak for helsepersonell som forpliktes av helsepersonelloven §§ 4 og 7.

Tvangsbegrensingsnemndene

KS kan ikke se at det er empirisk grunnlag for en antagelse om at å bytte ut fylkesnemndene med nye tvangsbegrensingsnemnder skal medføre mer likebehandling.

KS kan heller ikke se noen god begrunnelse for hvorfor alminnelige medlemmer utelukkende skal rekrutteres fra personer som selv har erfaring med tvang eller som er pårørende til pasienter som har vært underlagt tvang. Hvorfor er det for eksempel ikke aktuelt å rekruttere fra personer som har blitt skadet eller mistet noen fordi det ikke er utøvd tvang?

KS mener de alminnelige medlemmene må rekrutteres uten noen form for føringer ut over det som gjelder til fylkesnemndene i dag. Det er et paradoks at tvangsbegrensingsnemndene skal ha et annet rekrutteringsgrunnlag enn det som vil være tilfelle for domstolene dersom en sak går videre til rettslig prøving.

Økt ressursbruk i kommunene

Det er et uttalt mål i forbindelse med forslag til nytt tvangsregelverk at terskelen for bruk av tvang skal heves. Terskelen for tvang skal være høy. Men vi vil påpeke at større vekt på frivillige tiltak og arbeid med tillitsskapende tiltak i en del tilfeller vil utløse behov for mer ressurser, både i form av mer personell og høyere kompetanse.

Ved gjennomføring av tiltak ved tvang er kompetansekravet i lovforslaget at minimum én av personalet må ha en utdanning med autorisasjon. En helsefagarbeider er da kvalifisert, men ikke sosionomer. Mange kommuner har ansatte som har i hovedsak en sosialfaglig eller pedagogisk bachelorutdanning, noe som ikke vil være tilstrekkelig. Hver eneste av denne gruppen ansatte som kommunene da har behov for å gi en helsefaglig utdanning med autorisasjon vil da kommunen måtte bekoste full lønn under ny utdanning, i tillegg til å bekoste vikariat under utdannelsen. Et regnestykke vil da kunne se slik ut hvis 45 ansatte skulle fått lønn under utdanning, $600\,000,- * 45 * 3 \text{ år} = 81 \text{ mill.}$

Lovforslaget gjør stor bruk av skjønnsmessige begrep. Det, kombinert med den faglige forsvarlighet som lovutkastet legger til grunn, tydeliggjør behovet for høy fagkompetanse hos ansatte.

I forslag til nytt tvangsregelverk er det foreslått et unntak fra hovedregelen om at tvangsmedisinering i psykiatrien kun kan skje i institusjon for psykisk helsevern. Det åpnes for at slik tvangsmedisinering også kan skje «*i bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester*», ref. lovforslaget fra Tvangslovutvalget. I NOU 2019:14 sies det at man særlig ser for seg at dette unntaket kan komme til anvendelse i alderspsykiatrien. KS er enig i at det kan være behov for et slikt unntak, men mener det må tydeliggjøres at dette er et snevert unntak som kun skal gjelde innenfor alderspsykiatrien for inneliggende pasienter i sykehjem. Dersom dette ikke tydeliggjøres, vil det fort kunne skje en utflytning hvor det blir press på f.eks. bofellesskapene i kommunen om å overta tvangsmedisinering. Dette vil kunne

representere en utilsiktet overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste, og vil fort kunne bli en krevende gråsoner. Dersom bofellesskap skulle overtatt ansvar for tvangsmedisinering, ville det krevd en helt annen struktur i bofellesskapene hva gjelder sikkerhet og personaltetthet enn det bofellesskapene har i dag.

Utformingen av lokaler har stor betydning i relasjon til tvang. Trange, små rom kan for en del brukere utløse større grad av utagering f.eks. fordi personalet kommer for tett på, noe som igjen medfører mer tvangsbruk. Flere kommuner peker på at nyere bygg, som bygges i henhold til oppdaterte krav til størrelse og utforming, er dempende på aggresjon og uro hos en del brukere. Mange kommuner må imidlertid på grunn av knappe økonomiske ressurser fortsatt benytte gamle, uhensiktsmessige bygg som avlastningsboliger, sykehjem eller bofellesskap. Ombygging og rehabilitering krever store investeringer og vil også i ombygningsperioder kreve ekstra driftskostnader. Det er viktig at kommunene tilføres nok ressurser til at det kan bygges/anskaffes hensiktsmessige boliger og institusjoner innenfor helse- og omsorgstjenesten. Dette vil være et viktig element for å understøtte det uttalte målet om å redusere tvangsbruken.

Lovforslaget fremstår som at det ved fare for andre kun kan fattes tvangsvedtak om innleggelse og tilbakehold i institusjon for psykisk helsevern eller kontinuerlig observasjon utenfor helseinstitusjon, dvs. fotfølging (i tillegg til innleggelse og tilbakehold av gravide i institusjon for TSB). Vi mener at nytt tvangsregelverk ikke bør regulere uttømmende hvilke tvangstiltak som kan benyttes ved fare for andre, men at dette på vanlig måte må bero på vurderinger av bl.a. faglig forsvarlighet og faglig anerkjente tiltak. Loven må være fleksibel nok til at loven kan følge med i tiden.

Behovet for å kunne fatte tvangsvedtak for å beskytte andre er til stede innenfor flere brukergrupper, og dukker erfaringsmessig opp bl.a. i tilknytning til brukere med demens eller psykisk utviklingshemming. Da kreves det et bredt spekter av alternative tvangstiltak, ikke minst for å sikre at tvangstiltaket er treffende og minst mulig inngripende. Tvangsinnleggelse i institusjon for psykisk helsevern og fotfølging representerer svært inngripende tiltak. I dagens kap. 9 i helse- og omsorgstjenesteloven foreligger det til sammenligning hjemmel for å fatte tvangsvedtak for å beskytte andre, ref. § 9-5, 3. ledd, bokstav b. Tilsvarende hjemmel foreligger ikke i dagens kap. 4A i pasient- og brukerrettighetsloven, noe som erfaringsmessig er en svakhet med gjeldende lovverk.

I forslag til nytt tvangsregelverk er fotfølging oppstilt som et av de aktuelle tvangstiltakene ved fare for andre. Fotfølging som tvangstiltak reiser så mange problemstillinger at det bør utredes nærmere. Det er et svært inngripende overfor bruker. Fysisk fotfølging er svært personellmessig ressurskrevende, siden det fordrer at personell tas ut av f.eks. bofellesskapet og følger bruker. Man får da ikke den synergieffekten av personellet man ellers ville fått i bofellesskapet. Fotfølging har også potensiale i seg til å representere en gråsoneproblematikk. Dersom kommunene har mulighet for fotfølging, vil det fort kunne bli en forventning fra spesialisthelsetjenesten om at kommunene tar i bruk dette tiltaket, og bli brukt som begrunnelse for å skrive tidligere ut brukere som representerer en fare for andre. Det er for øvrig viktig å utforske nærmere muligheten for bruk av velferdsteknologi som alternativ til fysisk fotfølging, siden dette både vil være mindre ressurskrevende og i mange tilfeller også mindre inngripende for bruker. Men det er vanskelig å se for seg at velferdsteknologi vil kunne avverge skade på andre. Ved behov for skadeavverging vil uansett personell måtte oppholde seg i nærheten.

I høringen ber HOD særlig om tilbakemelding på om det er behov for en særskilt bestemmelse om adgang til mekaniske innretninger for omsorgsformål. KS mener det er behov for en slik bestemmelse. Det brukes i dag mekaniske innretninger i kommunens helse- og omsorgstjeneste, f.eks. armskinner, spesialklær, sengehester og transportbelter. Dette gjelder f.eks. innenfor tjenester til utviklingshemmede og

demensområdet. Det er viktig at det foreligger en mulighet for bruk av mekaniske innretninger for omsorgsformål, både hvor pasienten samtykker og hvor pasienten motsetter seg slik bruk. Tjenestene knyttet til mennesker med utviklingshemming, rusutfordringer, psykiske helseutfordringer og mennesker med demens, utgjør hovedvekten av de brukerne som ved behov underlegges nødvendig tvang.

Nærmere om tjenester til utviklingshemmede

Det er betydelig rekrutteringsutfordringer i tjenester til utviklingshemmede allerede i dag. Det er kjent at tjenestene har utfordringer med å oppfylle kompetansekravet i Helse- og omsorgstjenesteloven §9-9. Det er grunn til bekymring for lovforslagets begrensning om at minst en av de ansatte som utøver tvang må ha autorisasjon, iht. Helsepersonelloven §48. Tverrfagligheten i personalgruppen er viktig som et tiltak i arbeidet med forebygging av tvang. Begrensninger i dette kan medføre bemanningsmessige utfordringer i kommunen. Utvalget har foreslått en mulighet for unntaksbestemmelser i egen forskrift. Det forslaget støttes, da gjeldende regelverk kan vise seg å profitere på raskere tilpasninger på dette punkt, enn en lovendring vil kunne ivareta.

Lovforslaget er tydelig på kravet til at tjenesten må være faglig og materielt i stand både til å forebygge bruk av tvang, og til å håndtere utøvelsen av tvang. Den døgntkontinuerlige omsorgen for voksne personer med utviklingshemming gis i hovedsak i kommunale bofellesskap. Flere av bofellesskapene ble bygget i forbindelse med, eller kort tid etter Ansvarsreformen. Med årenes løp har behovet for en differensiert boligbygging økt, også med «ene-tiltak» hvor personer bor mer skjermet fra andre og nærmiljøet. Det er en krevende balansegang mellom kravet til nærmiljøets tåleevne for annerledeshet og en differensiert boligbygging som i ytterste konsekvens kan minne om den tidligere institusjonsomsorgen gjennom bosted i landlige strøk, med redusert integrering og sosial distanse til resten av samfunnet.

Lovforslaget inneholder mange begreper som krever faglige og skjønnsmessige vurderinger. Det gir behov for både økte ressurser og en tverrfaglig sammensetning som kan dekke de ulike kompetanseområdene. Videre vil ansatte har behov for veiledning, og supervisjon er i høringsvarene nevnt som et tilhørende tiltak.

Diagnosenøytraliteten i lovforslaget kan være med på å gi personer med utviklingshemming et bedre tilbud om utredning og behandling ved mistanke om eller bekreftet psykisk lidelse. Deler av tjenesten har på dette området økt i kompleksitet og utfordringer. Lovforslagets krav til kontinuerlig observasjon utenfor helseinstitusjon ved fare for andre, medfører også noen risikoområder knyttet til ansatte, i et HMS-perspektiv. Dette er tiltak som krever høyt kompetansenivå og økt bemanningstetthet.

Det forebyggende perspektivet ved tvang krever faglig oppdatering, administrasjonstid, lederstøtte, veiledning, samarbeidsmøter og tilpasset tid til brukermedvirkning. Det er viktig for kommunene at de økonomiske rammene som tildeles i lys av lovforslaget også gir rom for dette. Her bør det understrekes at det er felles for alle brukergruppene, og gjelder ikke bare for utviklingshemmede.

Kommunene erfarer at personer med utviklingshemming har begrenset tilgang på hjelp når de blir psykisk syke. Det er en høy terskel for innleggelse, og tilbudet er ikke tilpasset gruppen. Vi er bekymret for at dette fremover også vil gjelde andre pasienter.

Kommunene opplever at bestemmelsene knyttet til skjerming og skjermingsrom er utfordrende å forstå. Det gjelder særskilt om skjerming som skadeavverging fortsatt skal kunne benyttes i boliger med heldøgns omsorg. Dette er tiltak som benyttes etter helse- og omsorgstjenesteloven i dag, og som kommunene ser behov for at videreføres som skadeavverging. Dette er fortrinnsvis kortvarige situasjoner og ofte et alternativ til fysisk håndtering, og det skjer i ordinære beboerrom. Kommunenes erfaringer så langt er at det benyttes ordinære beboerrom eller fellesarealer som er tilgjengelig og skjermet i situasjoner der beboere har behov for skjerming. Det benyttes kun i kortere perioder, f. eks skjerming fra måltider eller fellesaktivitet i fellesrom, og skjermingen opphører så fort beboeren ikke lenger er til fare for seg selv

eller andre. Egne skjermingsrom, hvis det blir fortolkningen, vil i så fall medføre store kostnader og være slik flere ser det et skritt tilbake i tjenester til mennesker med utviklingshemming. KS får tilbakemeldinger fra kommuner som viser at regelverket rundt skjerming forstås forskjellig. Dette underbygger at det er behov for at lovteksten klargjøres.

Nærmere om demens og alderspsykiatri

Kommunene har over tid pekt på behov for mere veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder utagerende personer med demens. Flere kommuner uttrykker bekymring for at spesialisthelsetjenesten vil redusere eller avvikle tilbudene innen aldersgeriatri. En mulig konsekvens kan være at kommunene må bygge opp egne alderspsykiatriske sykehjem – noe som ikke vil være bærekraftig eller ønskelig.

Nødvendig samhandling og kompetansebygging i sykehjem som ikke er direkte brukerrettet tid, legger allerede i dag beslag på mye tid. Dette handler om personalmøter, fagdager, brannøvelser, koordinatormøter, pårørendesamtaler, veiledning av studenter og lærlinger, opplæring av nyansatte, teammøter. Eksempelvis utgjør dette i en avdeling med rundt 32 plasser ca 3 400 timer pr. år. Økte dokumentasjonskrav som følge av nytt lovverk vil måtte løses enten gjennom økt bemanning eller omprioritering fra brukerrettet tid innenfor eksisterende bemanning. De som i dag har egne forsterkede enheter for personer med særlig utfordringer på demensområdet, peker på at regelverket vil utløse behov for flere ansatte på nattevakt.

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

Det vil kreve mye i en oppstartsfasen for å få oversikt over nye bestemmelser og krav og hvordan disse skal innfris. Det vil særlig være behov for avklaringer knyttet til hvem som skal utrede samtykkekompetanse og gjennomføre beslutningsstøtte. I mange situasjoner tror vi det vil være nødvendig med et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen.

Lovutkastet vil medføre stort behov for opplæring og kompetanseheving i kommunal sektor. Det gjelder både i konkret gjennomføring av tvangstiltak og ved at personell i tjenestene til mennesker med utviklingshemming, som tidligere har hatt kompetanse til å gjennomføre tiltak (personell uten autorisasjon, men sosial – eller pedagogisk utdanning) må få helsefaglig autorisasjon. Våre erfaringer er at disse profesjonene har gjort en særlig god jobb, etter opplæring i grunnleggende ferdigheter om utviklingshemming, helseoppfølging og kunnskap om kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Mange har også kjennskap til og kunnskap om konfliktdemping og konflikthåndtering. Det er særlig i tjenester til personer med utviklingshemming denne personellgruppen er viktig, noe på grunn av manglende tilgang på vernepleiekompetanse. Denne endringen vil medføre en stor utfordring for mange av kommunene, fordi det allerede i dag er en stor utfordring å skaffe kompetent personale. Kravet til autorisasjon tror vi også vil kunne medføre en totalt faglig dårligere tjeneste, da våre erfaringer er at personell med sosial og pedagogiske utdanning har kompetanse og erfaring med å stå i situasjoner med bruk av tvang og makt. Det vil være behov for høyere kapasitet på utdanningene, og flere desentraliserte utdanningsordninger for å imøtekomme disse kravene innenfor flere av kommunens tjenesteområder.

I tillegg er det slik at lovforslaget er så komplekst at KS stiller spørsmål om kommunene også må ha egne jurister til å veilede på hvordan regelverket er skal forstås.

Sammen med kommuner er det forsøkt laget en liste som på ingen måte er uttømmende:

Begreper i lovteksten som krever faglige og skjønnsmessige vurderinger

- Innhenting av informasjon om hva en person ville ønsket dersom vedkommende var beslutningskompetent.

- Beslutningskompetanse, og antatt beslutning for bruker og øvrige i liknende situasjon.
- «motsette seg», også for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse, manglende språk og/eller institusjonalisert aksepterende atferd
- «overvinnelse av motstand» og «omgåelse av motstand»
- «Særlig inngripende», i forhold til voksne og barn
- «Særlig modenhet» for barn under 12 år
- Fare for «vesentlig skade»
- «vesentlig helseskade»
- «sterkt behov for» helsehjelp
- «akutt fare» for liv
- «omfattende orienteringssvik»
- atferd som er «sterkt fornedrende»
- «åpenbar forsømmelse» av samfunnets plikt til å yte «nødvendig omsorg», vurdert ut fra konsekvenser for bruker og brukers forståelse av situasjonen
 - Hvilken behandling og tiltak som *ikke* er å anse som tvang
 - Hvilken behandling og tiltak som er å anse som tvang
 - Hvilken behandling og tiltak som ikke er tillatt
 - Veiledning av foreldre der det er uforsvarlig å bruke tvang på barn
 - Faglig anerkjente metoder
 - Kompetanse innenfor frivillige og alternative/tillitsskapende tiltak
 - Husordensregler – muligheter og avgrensninger
 - Regler og praksis knyttet til saksbehandling ved bruk av tvang
 - Kunnskap om genetiske syndromer som faglig anerkjent gjør det umulig å kontrollere egen atferd. Utforming og gjennomførende samtaler knyttet til juridisk bindende forhåndssamtykke til tvang for å ivareta grunnleggende omsorgsbehov.
 - Vurdering av egen og avdelings kompetanse – vurdering om behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten
 - Vurdere at virksomheten er faglig og materielt i stand til å tilby bruker tjenester av tilfredsstillende karakter
 - Forvaltningsenheten må på forhånd kartlegge forebyggende tiltak, og videre tydeliggjøre dem i enkeltvedtak, som videre fungerer som en bestilling til tjenesteleverandørene.
 - Terapeutisk mestring av aggresjon og vold
 - Volds- og farlighetsvurderinger
 - Gi tilpasset informasjon til brukere, slik at de i størst mulig grad kan utøve sin beslutningskompetanse og medvirke
 - Evaluere gjennomførte tiltak i sammen med bruker
 - Systematisk evaluere faktorer av betydning for bruk av tvang

Ad tvang i tjenester for mennesker med psykiske helseutfordringer og/eller rus

Noen tvangstiltak, for eksempel kontinuerlig observasjon og utgangsbegrensning, skal i henhold til forslaget kunne anvendes også i tjenester i psykisk helse utenfor psykisk helsevern. Det kan bety at psykisk helsevern vil vurdere pasienter, i situasjoner der vilkårene for tvang er oppfylt, som utskrivingsklare - eller ikke ta imot pasienten til innleggelse fordi kommunen kan iverksette de nødvendige tiltak som personen motsetter seg. Dette rokker ved en av de få klare forskjellene som i dag finnes mellom oppdraget til helseforetak og kommune. Det er helseforetakene som vurderer om en

pasient har behov for spesialisthelsetjenester. Det er ukjent hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten vil ta ansvar for etter lovforslaget, hvilke de vil definere som kommunale og hvordan kommunen skal ivareta disse.

Brukergruppen som i dag utgjør størst økning hva ressurser angår, er personer som frem til nå er benevnt med alvorlig psykisk lidelse (psykose), negativ atferd, i kombinasjon med tungt rusmisbruk. Som beskrevet i departementets egen vurdering i høringsnotatets vedlegg 2, vises det til at dette kan bli en stor utfordring for de kommunale sosial- og helsetjenester. Dette gjelder både brukere med et kjent og kronisk forløp som har behov for lengre stabiliseringsperioder ved sykehus, men også og i stadig økende grad, personer med forbigående og/eller rusutløste psykotiske perioder, hvor de ikke klarer å ta vare på seg selv, og der kommunens tjenester kun i begrenset grad klarer å avhjelpe. Med endret lovforslag vil flere brukere med dårligere psykisk helse måtte støttes av de kommunale tjenester. Det vil kreve innsats på flere hold om dette skal endres. Det vil også ta tid. Omlegging av prosedyre for vedtak om tvang overfor mennesker med rusmiddelavhengighet vil, dersom det er mangel på adekvate institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten, kunne føre til færre tvangsvedtak. Dette vil på sin side kunne legge større press på den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget om manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår for tvangsvedtak

Dette forslaget vil for en del brukere kunne føre til at det ikke kan fattes tvangsvedtak. Dette vil gjelde f.eks. rusmiddelavhengige, som i mange tilfeller har beslutningskompetansen i behold, eller gjenvinner den rask ved innleggelse og dermed skrives ut igjen. Denne type svingdørsproblematikk vil legge ytterligere press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det samme vil kunne gjelde på psykisk helse-området. Det vil kunne føre til større sykdomstrykk hos brukerne, noe som igjen både kan gi økt behov for kompetent personell f.eks. i kommunens miljøtjeneste eller bofellesskap, behov for økt personaltetthet og økt risiko for vold/aggresjon som er relatert til rus og psykose.

Svingdørsproblematikken vil også kunne antas å bli forverret gjennom hyppigere behov for reinnleggelser som følge av for korte behandlingsopphold i post. Det vil også øke risikoen for at pasienten dør.

Det er vanskelig å forutse hvordan forslaget om adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotika vil påvirke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene har tidvis utfordringer med brukersaker der brukere får seponert medikamenter i psykiatrien, noe som blir en hindring i forhold til stabilitet og tilfriskning. I disse sakene har bruker ofte hatt en lang stabil periode og overbeviser behandler i psykiatrien om at en ikke lenger har behov for medisiner. Utfallet blir dessverre tidvis kraftig forverring av symptomer som fører til funksjonsfall, og i de verste tilfellene selvmordsforsøk. Vi vil tro at dersom det i større grad blir anledning for brukere til å kunne reservere seg mot medikamenter, vil vi se en radikal forverring i brukernes sykdomsbilde og funksjonsevne. Dette vil igjen øke presset på personalressurser i kommunens helse- og omsorgstjeneste som skal ivareta den enkelte, og samtidig ivareta lokalsamfunnet.

Eksempel på tilbud som må styrkes:

- Økt kapasitet ved de ordinære oppfølgende tjenester, både ambulant, men også i det bemannede botilbudet.
- Økt tilbud av tilpassede boliger med tilsyn/oppfølging
- Økt formalkompetanse i relaterte tjenester

En annen og økende utfordring knyttet til denne brukergruppen er økt behov for oppdaterte volds- og farlighetsvurderinger. Flere kommuner peker på at kapasiteten for full HCR-20 vurdering (voldsrisikovurdering) ved sykehusene en del steder er nær fraværende. At farekriteriet opprettholdes i lovgivningen, endrer ikke disse utfordringene. Kommunen trenger verktøy for oppfølging av personer med høy voldsrisiko og samtidige helse og rusutfordringer. I nytt lovutkast legges mye av ansvaret knyttet til samfunnsvernet over på kommunene. Dette er svært bekymringsfullt. Og i tilfeller der kommunalt

ansatte kun står igjen med nødverge som verktøy vil det i akutsituasjoner kunne være for sent å gripe inn og stanse en person. Kommunene vil med dagens bemanning og kompetanse, ikke kunne gi et tilstrekkelig forsvarlig oppfølgingstilbud til brukergruppen med høy voldsrisiko. Utfordringen kan neppe løses med et tettere samarbeid med sykehuset alene. En reell kompetanse- og ressursoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen må sikres.

Merknader til enkeltparagrafer

Merknader til § 1-1 nr. 1

KS er enig i at loven skal ha som formål å «forebygge og begrense bruk av tvang», men at det blir feil dersom dette er lovens sentrale formål. Pasient- og brukerrettighetsloven bygger på et formål om at pasienten skal tilbys helsetjenester av «god kvalitet, både mht innhold og tidspunkt for tjenesten⁴». Praksisen fra Pasientskadenemnda viser hvor viktig dette er og at det kan få tragiske konsekvenser dersom man går for langt i å begrense bruken av tvang.

Formålsbestemmelsen inneholder også henvisning til formål som at «vesentlig helseskade» skal forhindres og at det skal være «faglig og etisk forsvarlighet i tjenestene». Dette er etter KS mening ikke tilstrekkelig klare formuleringer til å dekke formålet om helsetjenester av god kvalitet.

Merknader til § 1-3 nr. 4

Offentlig myndighet blir blant annet definert til å være «enheter under helse- og omsorgstjenesten, arbeids- og velferdstjenesten og barneverntjenesten». I den grad dette gjelder kommunale tjenester, er det en prinsipielt uheldig definisjon. Kommuneloven bygger på forutsetningen om at det er kommunen som juridisk person som er ansvarlig for de tjenestene som ytes og den myndighet som utøves. Det finnes noen få unntak for kommuneoverlegen og barneverntjenesten i forbindelse med midlertidige vedtak. Ellers er det slik at helse- og omsorgstjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven bygger på at kommunen er pliktsubjekt. Dette er blant annet begrunnet i et organisasjonsfrihetsprinsipp. Det er ikke gitt noen god begrunnelse for hvorfor dette prinsippet skal forlates og KS kan heller ikke se noen god grunn til hvorfor loven ikke skal operere med kommunen som pliktsubjekt.

Merknader til § 1-4

Det er i forslaget om varslingsplikt innført et klarhetskrav. KS kan ikke se at det er gitt noen god begrunnelse for et slikt krav. Det er heller ikke gitt noen god rettslig veiledning på hvor klarhetskravet står i forhold til mulige alternative formuleringer om trolig eller sannsynlig.

Dersom formålet er helsetjenester av god kvalitet, vil det kunne motvirke formålet å stille opp et klarhetskrav. Formålet om helsetjenester av god kvalitet kan best ivaretas ved at plikten til å melde inntreter etter samme vilkår som i helsepersonelloven, altså «grunn til å tro».

KS forstår ikke hvorfor offentlige myndigheter skal ha en annen terskel for å melde fra enn det helsepersonell har. KS påpeker at også barnevernloven bygger på at opplysningsplikt inntreter ved «grunn til å tro».

KS minner om at dersom det meldes fra i strid med reglene, vil dette være brudd på taushetsplikten. Det er derfor viktig med klare regler. Det må derfor være gode grunner for å etablere en annen standard for opplysningsplikt enn det som følger av annet regelverk.

Merknader til § 5-4

⁴ Ot.prp. nr 12 (1998-1999) Del IV, Merknader til de enkelte bestemmelser, § 1-1 fjerde avsnitt:
https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/otprp-12-199899/KAPITTEL_4

Lovforslaget § 5-4 fastsetter en opplysningsplikt for kommunen om forhold som kan føre til tvangsinnleggelse for rusbehandling. Dette er en helt annen terskel for opplysningsplikt enn det som følger av lovutkastet § 1-4. KS mener det er vanskelig å få tak i motivene for hvorfor terskelen for varsling skal være forskjellig. KS mener det bør være gode grunner til å fravike den mer alminnelige terskelen om «grunn til å tro». KS mener det er unødvendig kompliserende at lovforslaget opererer med forskjellig terskel for opplysningsplikt.

Lovforslaget § 5-4 stiller også opp som vilkår for tvangsbehandling at det er inngått avtale mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om tjenestetilbudet før, under og etter oppholdet. KS mener at behandlingen ikke skal være avhengig av at det foreligger en avtale. Dette er en bestemmelse som vil gi spesialisthelsetjenesten en maktposisjon overfor kommunen, fordi spesialisthelsetjenesten kan sette press på kommunene til å ta et større ansvar enn det kommunene er rettslig forpliktet til. Dette fordi pasienten vil være et kommunalt ansvar helt til vilkårene for tvangsbehandling er oppfylt. Dette kan medføre at tilsynsmyndigheter også vil legge mer press på kommunene enn på spesialisthelsetjenesten for å få til en avtale.

Dersom vilkårene for varsling ikke er oppfylt, vil kommunen ikke kunne utveksle informasjon med spesialisthelsetjenesten uten samtykke fra pasienten. I slike tilfeller vil pasienten kunne, ved å nekte samtykke, forhindre at vilkåret om avtale kan oppfylles. Det at kommunen kan utveksle informasjon med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at en behandlingsavtale kan ha noe fornuftig innhold.

§9-1 - Vedtaksansvarlig - Overordnet faglig ansvarlig for tjenesten i kommunen

Lovgivningens formelle krav til vedtaksansvarlig – den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen, utløser et større arbeidsområde enn dagens praksis i tilhørende ulike lovverk. Det skal foretas en rekke skjønsmessige og faglige vurderinger som både krever fagkompetanse om de ulike pasientgruppene.

I følge §9-4 skal den vedtaks- eller beslutningsansvarlig alltid ha møtt personen, og skal der dette følger av krav til faglig forsvarlig praksis, ha gjennomført en personlig undersøkelse av vedkommende. Her vil den avgjørende belastningen være på hvor mange kommunen fordeler oppgaven som vedtaksansvarlig på, jfr. §9-1 fjerde ledd. Den vedtaksansvarlige skal i tillegg til å signere vedtak også etter §9-20 signere samtykkedokument og vurdere behovet for samtykke. Og etter §9-21 signere og vurdere behovet for forhåndssamtykke.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Vi har pekt på en rekke forhold som kan ha økonomiske og administrative konsekvenser. Verken tvangslovutvalget eller departementet har oversikt over hvilke kostnader ny lov vil påføre kommunesektoren. Det innebærer alt fra mulig rehabiliteringsbehov av boligmasse til økt bemanning og annen type personale, det vil si økte driftskostnader. I tillegg kommer mulig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er også lagt opp til et grensesnitt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som forsterker uoversiktligheten og muligheten for kommunene til å forutberegne kostnadene ved den nye loven. Det er sannsynlig at kommunene vil få ansvar for flere oppgaver.

Forvaltningen av regelverket med økt dokumentasjonsbehov vil også påvirke og sannsynligvis øke kostnadene. Praksisen i de foreslåtte nemdene vil legge flere premisser for hva som vil være riktig fortolkning av de foreslåtte reglene, det er derfor vanskelig å overskue konsekvensene av disse endringene. Den praktiske forståelsen av nye begreper som anvendes i lovens nye strukturer er vanskelig å fortolke. På bakgrunn av at konsekvensene samlet sett er vanskelig å overskue, er det nødvendig å igangsette arbeid som kartlegger dette.

Konklusjon

Det er svært krevende å vurdere konsekvensene av de foreslåtte lovendringene. Brukernes rettigheter skal oppfylles av et helsevesen som er oppdelt i mange aktører, i et samfunn der helse- og omsorgstjenestene ikke er de eneste aktørene som vil bli berørt eller legger forutsetningene for hvordan loven vil fungere i praksis.

KS ber om at det iverksettes lovmedvirkning innenfor konsultasjonsordningen mellom stat og kommunesektor v/KS før en lovproposisjon sendes Stortinget.

Med hilsen

Helge Eide

Områdedirektør samfunn, velferd, demokrati.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Deres ref

Vår ref

Dato

21/3110-

6 july 2021

Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Helsetil- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å gi innspill til hva som må til for å innføre et nytt regelverk for bruk av tvang i helsetil- og omsorgssektoren.

Høringsfrist: **8. november 2021.**

Høringsuttalelsene sendes fortrinnsvis digitalt gjennom departementets side for høringer: [Høyringer - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no). Det er mulig å registrere seg, mellomlagre svaret og laste opp vedlegg.

Det er også anledning til å sende høringssvar uten å registrere seg. Alle kan avgi høringssuttalelser.

Høringsinstansene bes om å vurdere om høringsnotatet bør sendes til underliggende etater eller virksomheter, tilknyttede virksomheter, medlemmer e.l.

Høringsuttalelser er som hovedregel offentlige etter offentlighetsloven, og vil bli publisert.

Med hilsen

Kari Sønnerland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Eldrid Byberg
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
Helseerettsavdelingen

Saksbehandler
Eldrid Byberg
22 24 86 85

Høringsnotat

om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Innhold

| | | |
|---|-----------------|---|
| 1 | Innledning..... | 5 |
|---|-----------------|---|

| | | |
|-------|---|----|
| 1.1 | Oversikt over hvilke av forslagene fra <i>NOU 2019:14</i> Tvangsbegrensningsloven departementet har tatt stilling til | 7 |
| 1.1.1 | Forslag departementet vil følge opp | 7 |
| 1.1.2 | Forslag departementet ikke vil følge opp | 8 |
| 1.1.3 | Forslag departementet foreløpig ikke har tatt stilling til | 8 |
| 2 | Nærmere om hva departementet ønsker innspill om | 8 |
| 3 | Politiske mål | 11 |
| 4 | Pågående arbeid med relevans for lovendringene | 13 |
| 5 | Tvangslovutvalgets arbeid | 16 |
| 5.1 | Innledning | 16 |
| 5.2 | Bakgrunnen for at Tvangslovutvalget ble oppnevnt | 16 |
| 5.3 | Tvangslovutvalgets oppdrag | 17 |
| 5.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 17 |
| 5.5 | Hovedtilbakemeldingene i høringen | 19 |
| 6 | Departementets vurderinger av hvordan de sentrale forslagene fra utvalget bør følges opp | 23 |
| 6.1 | Innledning | 23 |
| 6.2 | Felles lov | 24 |
| 6.2.1 | Innledning | 24 |
| 6.2.2 | Gjeldende rett | 25 |
| 6.2.3 | Tvangslovutvalgets forslag | 25 |
| 6.2.4 | Høringsinstansenes synspunkter | 25 |
| 6.2.5 | Departementets vurderinger og forslag | 25 |
| 6.3 | Et mer diagnosenøytralt regelverk | 26 |
| 6.3.1 | Innledning | 26 |
| 6.3.2 | Gjeldende rett | 26 |
| 6.3.3 | Menneskerettighetene | 27 |
| 6.3.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 28 |
| 6.3.5 | Høringsinstansenes syn | 28 |
| 6.3.6 | Departementets vurderinger og forslag | 31 |
| 6.4 | Manglende beslutningskompetanse, fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak | 33 |
| 6.4.1 | Innledning | 33 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.4.2 | Gjeldende rett | 33 |
| 6.4.3 | Menneskerettighetene..... | 33 |
| 6.4.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 34 |
| 6.4.5 | Høringsinstansenes syn | 34 |
| 6.4.6 | Departementets vurderinger og forslag | 38 |
| 6.5 | Særlig om fare for andres liv eller helse | 43 |
| 6.5.1 | Innledning..... | 43 |
| 6.5.2 | Gjeldende rett | 43 |
| 6.5.3 | Menneskerettighetene..... | 44 |
| 6.5.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 44 |
| 6.5.5 | Høringsinstansenes syn | 44 |
| 6.5.6 | Departementets vurderinger og forslag | 45 |
| 6.6 | Antatt samtykke | 46 |
| 6.6.1 | Innledning..... | 46 |
| 6.6.2 | Gjeldende rett | 46 |
| 6.6.3 | Tvangslovutvalgets forslag | 46 |
| 6.6.4 | Høringsinstansenes syn | 47 |
| 6.6.5 | Departementets vurderinger og forslag | 48 |
| 6.7 | Nye regler for inntak til rusbehandling med tvang | 51 |
| 6.7.1 | Innledning..... | 51 |
| 6.7.2 | Gjeldende rett | 51 |
| 6.7.3 | Tvangslovutvalgets forslag | 51 |
| 6.7.4 | Høringsinstansenes syn | 51 |
| 6.7.5 | Departementets vurderinger og forslag | 52 |
| 6.8 | Tvangsdefinisjonen | 53 |
| 6.8.1 | Innledning..... | 53 |
| 6.8.2 | Gjeldende rett | 54 |
| 6.8.3 | Tvangslovutvalgets forslag | 54 |
| 6.8.4 | Høringsinstansenes syn | 55 |
| 6.8.5 | Departementets vurderinger og forslag | 56 |
| 6.9 | Nødssituasjoner..... | 59 |
| 6.9.1 | Innledning..... | 59 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6.9.2 | Gjeldende rett | 59 |
| 6.9.3 | Menneskerettighetene..... | 59 |
| 6.9.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 60 |
| 6.9.5 | Høringsinstansenes syn | 61 |
| 6.9.6 | Departementets vurderinger og forslag | 64 |
| 6.10 | Tvangsbegrensningsnemnder | 68 |
| 6.10.1 | Innledning..... | 68 |
| 6.10.2 | Gjeldende rett – dagens kontrollorgan | 68 |
| 6.10.3 | Tvangslovutvalgets forslag | 68 |
| 6.10.4 | Høringsinstansenes syn | 69 |
| 6.10.5 | Departementets vurderinger og anbefalinger | 70 |
| 6.11 | Tvangsmedisinering i psykisk helsevern..... | 72 |
| 6.11.1 | Innledning..... | 72 |
| 6.11.2 | Gjeldende rett | 73 |
| 6.11.3 | Menneskerettighetene..... | 73 |
| 6.11.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 74 |
| 6.11.5 | Høringsinstansenes syn | 77 |
| 6.11.6 | Departementets vurderinger og forslag | 80 |
| 6.12 | Mekaniske innretninger..... | 87 |
| 6.12.1 | Innledning..... | 87 |
| 6.12.2 | Gjeldende rett | 87 |
| 6.12.3 | Menneskerettighetene..... | 88 |
| 6.12.4 | Tvangslovutvalgets forslag | 89 |
| 6.12.5 | Høringsinstansenes syn | 89 |
| 6.12.6 | Departementets vurderinger og forslag | 91 |
| 6.13 | Elektrokonvulsiv behandling (ECT) | 95 |
| 6.13.1 | Innledning..... | 95 |
| 6.13.2 | Om ECT | 96 |
| 6.13.3 | Gjeldende rett og praksis..... | 96 |
| 6.13.4 | Menneskerettighetene..... | 97 |
| 6.13.5 | Tvangslovutvalgets forslag | 97 |
| 6.13.6 | Høringsinstansenes syn | 98 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 6.13.7 | Departementets vurderinger og forslag | 99 |
| 6.14 | Skjerming | 101 |
| 6.14.1 | Innledning..... | 101 |
| 6.14.2 | Gjeldende rett | 102 |
| 6.14.3 | Menneskerettighetene..... | 102 |
| 6.14.4 | Praksis | 102 |
| 6.14.5 | Tvangslovutvalgets forslag | 103 |
| 6.14.6 | Høringsinstansenes syn | 104 |
| 6.14.7 | Departementets vurderinger og forslag | 107 |
| 6.15 | Økonomiske og administrative konsekvenser..... | 112 |
| Vedlegg 1 | | 114 |
| | Forslag til revidert lovtekst kapittel 1 og 5 | 114 |
| Vedlegg 2 | | 120 |
| | Beskrivelser av pasientforløp før og etter lovendringene | 121 |
| 1) | Bruk av sporings- og lokaliseringsteknologi som personen ikke motsetter seg..... | 121 |
| 2) | Inngrep i enkeltstående nødsituasjoner av hensyn til andre..... | 123 |
| 3) | Hindre/begrense vesentlig skade på person selv med tiltak som personen motsetter seg, fra psykisk utviklingshemning til diagnosenøytralitet..... | 125 |
| 4) | Pasientforløp – Behandling av personer med demenslidelser med psykofarmaka i sykehjem | 129 |
| 5) | Pasientforløp – Tilbakeholdelse av pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg..... | 135 |
| 6) | Forløp tvang i psykisk helsevern | 138 |
| 7) | Tvangsinnleggelse av gravide i TSB | 146 |
| 8) | Tvangsinnleggelse i TSB | 152 |

1 Innledning

Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget.

Frivillighet i behandlingen, respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helseretten. Tvang skal bare benyttes når det er helt

nødvendig og som en siste utvei når frivillige tiltak ikke nytter. Innføring av ny tvangslov vil være et viktig bidrag i arbeidet for riktigere og redusert bruk av tvang. For å nå dette målet, må loven også virke sammen med andre tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til utarbeidelsen av en plan for innføringen av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Tvangslovutvalget har foreslått omfattende endringer i lovverket for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Mange har uttrykt bekymring for om tjenestene er forberedt på endringene. Departementet inviterer derfor høringsinstansene til å gi innspill til hva som må til for å innføre et nytt regelverk for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Departementet inviterer til en bred høring for å få nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som ny lov krever.

Forslag som har budsjettkonsekvenser vil ikke kunne gjennomføres før det er budsjettmessig dekning for det. Departementet ønsker derfor også å få utdypende informasjon om hvordan tjenestene vurderer de økonomiske konsekvensene av forslagene.

Departementet ønsker at høringsinnspillene kan bidra til å understøtte gode utviklingsprosesser i tjenestene, i nært samarbeid mellom berørte aktører. Departementet ønsker også å løfte frem allerede eksisterende tiltak og endringsprosesser av betydning for lovendringene. Det er viktig at disse blir spredt og implementert i hele landet.

En god gjennomføring av nytt regelverk vil kreve aktiv involvering av ansatte, brukere og pårørende i forberedelses- og implementeringsfasen. Departementet ønsker innspill om hva som vil være de viktigste behovene å ivareta ved overgang til nytt felles regelverk for tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren. Videre ønsker departementet at høringsinnspillene beskriver – mest mulig konkret – hva som må til for å kunne etterleve lovendringene i praksis, også når det gjelder samarbeidet mellom ulike enheter og behandlingsnivåer.

Se nærmere omtale av hva departementet ønsker innspill om i kapittel 2.

Helsedirektoratet vil, med bakgrunn i innspillene fra høringen, få i oppdrag å utarbeide en plan for innføring av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Departementet har registrert at mange høringsinstanser i sine høringssvar til Tvangslovutvalgets utredning har pekt på at flere av lovforslagene vil kreve mer helsepersonell med rett kompetanse, forbedret bygningsmasse og økte ressurser til kommunene. Disse innspillene vil måtte vurderes i de årlige budsjettprosessene.

Bakgrunnen for arbeidet med tvangslovgivningen omtales i kapittel 3, regjeringens politiske mål i kapittel 4, pågående arbeid med relevans for lovendringene i kapittel 5 og departementets vurdering av sentrale forslag fra utvalget i kapittel 6.

Departementet benytter også anledningen til å be om høringsinstansenes synspunkter på noen få avgrensede tema knyttet til innretningen av lovforslaget. Se nærmere omtale i kapittel 6. Det legges derimot ikke opp til en ny høring av forslagene høringsinstansene allerede har hatt anledning til å gi innspill til i den alminnelige høringen av utvalgets utredning.

Departementet tar sikte på å legge fram en lovproposisjon for Stortinget så snart det lar seg gjøre etter at høringen er gjennomført.

1.1 Oversikt over hvilke av forslagene fra *NOU 2019:14* Tvangsbegrensningsloven departementet har tatt stilling til

Forslagene fra Tvangslovutvalget har vært på ordinær høring. Departementet arbeider nå videre med utvalgets forslag, med sikte på å legge fram en proposisjon om ny tvangslovgivning for Stortinget. Departementet har vurdert høringsinnspillene og vil i det videre arbeidet legge til grunn de fleste av de mest sentrale forslagene fra utvalget. Departementet har imidlertid ikke tatt endelig stilling til forslagene, noe som først vil bli gjort ved framleggelsen av lovproposisjon for Stortinget.

1.1.1 Forslag departementet vil følge opp

- Bestemmelsene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten samles i en felles lov (se punkt 6.2)
- Et mer diagnosenøytralt regelverk (se punkt 6.3)
- Manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår for tvangsbruk (se punkt 6.4)
- Fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak som vilkår for innleggelse, tilbakeholdelse og behandlings- og omsorgstiltak (se punkt 6.4)
- Særregler om tvangsbruk mot personer over 16 år med alvorlig sinnslidelse som utgjør en nærliggende fare for andre (se punkt 6.5)
- Ny inntaksmodell til rusinstitusjoner; tvangsinnleggelse vedtas av helsetjenesten (se punkt 6.7)
- Definisjon av tvang; som hovedregel overvinne av motstand. Myndighet til å avgjøre bruk av tvang overfor barn overføres fra foreldrene til helsetjenesten (se punkt 6.8)
- Uttømmende lovregulering av nødssituasjoner (se punkt 6.9)
- Nytt overprøvingssystem; tvangsbegrensingsnemnder og nye oppgaver for statsforvalterne (se punkt 6.10)
- Snever adgang til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke som livreddende tiltak (se punkt 6.14)
- Snever adgang til tvangsmedisinering (se punkt 6.12)
- Forbud mot å bruke mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling av psykiske lidelser videreføres. Unntak for tvangsernæring (se punkt 6.13)
- Adgangen til bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner fases ut. Fram til et forbud mot bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner trer i kraft, skal

innretningene kunne brukes mot personer over 16 år for å avverge personskader (se punkt 6.13)

- Adgang til å bruke skjerming som akutt skadeavverging, kortvarig gjennomføringstiltak ved behandling i psykisk helsevern og vern av medpasienter i psykisk helsevern (se punkt 6.15)

1.1.2 Forslag departementet ikke vil følge opp

Departementet tar ikke sikte på å følge opp forslaget om å gjøre antatt samtykke til et gjennomgående vilkår for tvangsbruk (se punkt 6.6).

1.1.3 Forslag departementet foreløpig ikke har tatt stilling til

Tvangslovutvalget har levert et omfattende lovforslag. I dette høringsnotatet omtales de mest sentrale forslagene som vil utgjøre hovedtrekk og rammeverk for den nye lovgivningen. Departementet har foreløpig ikke tatt stilling til forslag som ikke omtales i dette høringsnotatet.

2 Nærmere om hva departementet ønsker innspill om

I 2019 sendte Helse- og omsorgsdepartementet *NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven* på høring. I dette høringsnotatet gjøres det rede for hvordan departementet så langt har vurdert de sentrale forslagene fra utvalget, se kapittel 1 og 6. Forslagene innebærer omfattende lovendringer knyttet til bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med høringsnotatet er å få innspill til hvordan endringene kan gjennomføres på best mulig måte. Pasientens helsetjeneste er sentralt i regjeringens politikk. For å få til gode pasientforløp, gode arbeidsvilkår og tillit til tjenestene er det behov for å bygge på erfaringer fra de som selv mottar og utøver helsehjelp. Departementet ønsker derfor å ivareta både et brukerperspektiv og et tjenesteperspektiv i høringen.

Departementet inviterer til en bred høring for å få nødvendig innsikt i grunnlaget og forutsetningene for å gjøre de praksisendringer som ny lov krever. Disse forutsetningene består av flere dimensjoner som henger sammen: Organisering, ressurser, kompetanse, faglige metoder, bygningsmasse, arbeidsmodeller, samarbeidsavtaler/-praksis med andre tjenester og brukere/pårørenderepresentanter, lokale kulturer og rutiner (herunder bl.a. husordensregler), erfaringer med medisinfrie behandlingstilbud mv. Det kan også dreie seg om metoder og modeller for brukerinvolvering og brukerretting/persontilpasning av tjenester og tilbud. Departementet ønsker innspill til slike og andre forhold som høringsinstansene ser som relevante faktorer for å lykkes med å implementere ny tvangslov.

Departementet ønsker at høringsinnspillene skal bidra til å understøtte gode utviklingsprosesser i tjenestene, i nært samarbeid mellom berørte aktører. Departementet ønsker også å løfte frem allerede eksisterende tiltak og endringsprosesser av betydning for lovendringene. Det er viktig at disse blir spredt og implementert i hele landet. Slike

eksempler på gode løsninger og prosesser vil være sentrale for Helsedirektoratets arbeid med en innføringsplan for nytt regelverk.

En god gjennomføring av nytt regelverk vil kreve aktiv involvering av ansatte, brukere og pårørende i forberedelses- og implementeringsfasen. Som ledd i utarbeidelsen av innspill kan det, der det er mulig, være nyttig at høringsinstansene, både hver for seg og i dialog med berørte og samarbeidende aktører/etater, beskriver hva som er på plass, hva som er under arbeid eller i prosess og hva som gjenstår for å kunne innrette egen praksis i tråd med det nye regelverket. Departementet ser det som viktig at disse prosessene har nødvendig forankring på ledernivå og i tjenestene.

Høringsinnspillene vil være et sentralt bidrag til hvordan det senere arbeidet med å innføre ny tvangslov skal legges opp. Arbeidet vil se hen til hvilke suksessfaktorer som høringsinstansene vektlegger i sine uttalelser. Gjennomgående i utvalgets forslag er at terskelen for å kunne anvende tvang heves og at pasientenes rettigheter tydeliggjøres og styrkes. Dette vil stille tjenestene overfor nye utfordringer, men også muligheter til å jobbe faglig på andre måter. Det vil også berøre pårørendes situasjon.

Spesialisthelsetjenesten bes særlig om å ta stilling til hvilke virkninger endringer innenfor spesialisthelsetjenesten vil få for de kommunale tjenestene. Pasientenes helsetilstand og dialog mellom nivåene vil kunne gi en indikasjon på ev. oppgaveoverføringer eller nye oppgaver for kommunene, som er der pasienter og brukere har hjemmet sitt.

Departementet ønsker høringsinstansenes syn på hva som vil være de viktigste behovene å ivareta ved overgang til nytt felles regelverk for tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Det er ønskelig at høringsinstansene tar utgangspunkt i sin egen hverdag og eget tjenesteområde, og fokuserer på de av forslagene som i størst grad vil påvirke deres egen situasjon, sett fra perspektivet til den enkelte tjenesterepresentant, brukerrepresentant eller pårørenderepresentant. Departementet ber om at høringsinnspillene beskriver – mest mulig konkret – hva som må til for å kunne etterleve lovendringene i praksis, også når det gjelder samarbeidet mellom ulike enheter og behandlingsnivåer. Det vil være interessant om høringsinstansene kan beskrive utfordringer og behov som må løses i grenseflaten mellom berørte tjenester knyttet til oppgavefordeling og pasientforløp. De ulike perspektivene, sett fra både primærhelsetjeneste- og spesialisthelsetjenestesiden, vil da kunne utfylle hverandre og bidra til et helhetlig bilde av forutsetningene for innføring av ny tvangslov.

Departementet ønsker å få en tilbakemelding fra høringsinstansene på erfaringer med opplæringsprogram og modeller som vurderes som nyttige. Målet er å tilrettelegge for et implementerings-/opplæringsprogram som er best mulig tilpasset helse- og omsorgstjenesten og dermed også sikrer etterlevelse av regelverket og god rettsikkerhet for pasienter og brukere. Eksempler på nettverksmodeller og metoder for opplæring som har gitt gode resultater vil i denne sammenhengen være svært nyttige.

Vedlagt i dette høringsnotatet er åtte forløp utarbeidet av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forløpene tar utgangspunkt i Tvangslovutvalgets lovforslag, justert i tråd med departementets vurderinger av de sentrale lovforslagene, se

kapittel 6. Forløpene illustrerer sentrale endringer i regelverket. Det gis også noen vurderinger av konsekvenser av regelverksendringene. Forløpene gir ingen uttømmende oversikt over de mest vesentlige endringene, men er ment som et pedagogisk hjelpemiddel for høringsinstansene.

Departementet ber særlig om høringsinstansenes vurdering av:

- Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?
- Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?
- Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenestene som følge av nytt regelverk?
- Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?
- Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?
- Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?
- Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?
- 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?
- Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.
- Hva bør være på plass for å sikre at kommunen er i posisjon til å forebygge tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?

Selv om høringen av utvalgets forslag er gjennomført, er det behov for ytterligere høringsinnspill i tilknytning til enkelte av forslagene. Departementet ber om at høringsinstansene vurderer:

- Ulike alternativer for hvordan en eventuell adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler bør innrettes (se punkt 6.11)
- Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være? (se punkt 6.13)
- Hvordan kan behov for å håndtere nødssituasjoner best balanseres mot ønsket om å øke terskelen for å bruke de mest inngripende tiltakene, jf. utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen? (se punkt 6.13)
- Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall bør utformes? (se punkt 6.13)
- Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling eller vil den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene? (se punkt 6.15)

Forslagene vil innebære vesentlige endringer i regelverket. Dette vil både være innholdsmessige endringer i de forskjellige vilkårene for tvang og et nytt lovverk å sette seg inn i.

Målet er at tvang bare skal benyttes når det er absolutt nødvendig. Hvis dette målet skal nås, må loven virke sammen med andre tiltak. Det er viktig å kartlegge hvilke forutsetninger som må være til stede for å kunne lykkes med å etablere et nytt regelverk.

Mange høringsinstanser er kritiske til utvalgets redegjørelse for de økonomiske konsekvensene av forslagene. Forslag som har budsjettkonsekvenser vil ikke kunne gjennomføres før det er budsjettmessig dekning for det. Departementet ønsker derfor også å få utdypende informasjon om hvordan tjenestene vurderer de økonomiske konsekvensene av forslagene.

3 Politiske mål

Pasientens helsetjeneste er et overordnet mål for regjeringen. Dette innebærer et mål om at brukeres og pasienters behov skal være et grunnleggende premiss for planlegging, organisering, metodevalg og terapeutisk innretning av tilbudene. Det vises til nærmere omtale i Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 (St.meld. 7 (2019-2020)).

Frivillighet i behandlingen og respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helseretten. Frivillighet er hovedprinsippet for

gjennomføring av all helsehjelp, både ved fysiske og psykiske tilstander. Tvang skal bare benyttes når det er helt nødvendig og som en siste utvei når frivillige tiltak ikke nytter.

Riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern har vært et tverrpolitisk mål siden Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Målet om økt frivillighet må sees i sammenheng med regjeringens prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Blant annet er det et politisk mål at psykisk helsevern og TSB skal prioriteres sterkere enn somatikk. Målet omtales ofte som *Den gylne regel* eller *prioriteringsregelen* og inngår i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Prioriteringene måles i kostnader, poliklinisk aktivitet og ventetider. For sistnevnte fastsettes absolutte ventetidskrav som er lavere enn for somatikk.

Pasienter med de mest alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelsene er den gruppen som i størst grad utsettes for tvangstiltak. Denne gruppen er valgt ut som én av fire pasientgrupper som Helsefelleskapene skal utvikle gode tjenester for, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Redusert bruk av tvangsinnleggelse og tvangsmidler er et årlig styringsmål i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Omfanget av tvangsinnleggelse og tvangsmidler inngår i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer, med tertialvis publisering av resultater.

I tillegg har det i perioden 2006 til 2015 vært gjennomført to nasjonale planer med tiltak for å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.¹

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et faglig godt tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. For kommunale tiltak som har pleie- og omsorgsformål, er bl.a. relasjoner, trygghet og ivaretagelse i et livsløpsperspektiv viktige verdier. Det er sentralt at eventuelle tvangshjemler er presist utformet, forsvarlige og ivaretar brukerens behov.

Innføring av ny tvangslov vil være et viktig bidrag i arbeidet for riktig bruk av tvang i henhold til Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

En ny tvangslov skal styrke pasientenes rettssikkerhet i møte med tjenestene. Felles regler for hele helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre oversikt, sammenheng og klarhet i tvangslovgivningen. Loven skal bidra til en helhetlig ramme rundt de ulike tvangshjemplene.

Regjeringen vil videre jobbe for at selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering skal legges til grunn for politikktutforming for mennesker med

¹ Helsedirektoratet hadde ansvar for "Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern" (2006) (https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/x_ryddekatolog/tiltaksplan_for_redu_10902a-liten.pdf), mens Helse- og omsorgsdepartementet forankret "Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester (2012-2015)" (https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf).

funksjonsnedsettelse.² Nasjonalt lov- og regelverk, sammen med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), er bærebjelken i regjeringens likestillingsarbeid for personer med funksjonsnedsettelse.

4 Pågående arbeid med relevans for lovendringene

Det er satt i gang flere tiltak og pågår flere prosesser av betydning for arbeidet med ny tvangslovgivning. I det følgende gis en kort beskrivelse av de antatt mest relevante.

De regionale helseforetakene, i samarbeid med flere andre aktører, har i oppdrag å gjøre analyser av det fremtidige behovet for tjenester innenfor psykiske helse og rus, for å videreutvikle framskrivningsmodellene for disse områdene. Oppdraget ble gitt som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gjennom justert oppdragsdokument 2019. Helse- og omsorgsdepartementet vil motta en rapport om arbeidet i løpet av sommeren 2021.

Helsedirektoratet er i 2021 gitt i oppdrag å utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte kan utformes og iverksettes. I dette arbeidet vil det være relevant å se hen til allerede utviklede og etablerte verktøy for brukerinvolvering og beslutningsstøtte innenfor både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, herunder samvalg, kriseplan og individuell plan. Det kan trolig også trekkes veksler på veiledningen og opplæringsmateriellet Helsedirektoratet har utarbeidet for helsepersonell for vurdering av beslutningskompetanse relatert til tvangsvedtak.

Pakkeforløpene er et viktig virkemiddel for at pasientene skal få god behandling til rett tid. Helsedirektoratet utarbeider, i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe, nasjonale faglige råd om forebygging og riktig bruk av tvang. Målet er publisering og implementering høsten 2021. Rådene skal også inngå i relevante pakkeforløp.

Å tilrettelegge for godt faglig arbeid er en sentral forutsetning for å kunne nå målet om riktig bruk av tvang. En ny tvangslov vil bare i begrenset grad kunne bli realisert iht. lovgivers intensjon dersom det ikke settes inn en systematisk, koordinert innsats for å sikre faglig kvalitet, herunder grep for å motvirke faglig ubegrunnet variasjon i tilbudet. Kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern og TSB handler bl.a. om å forbedre tjenestenes muligheter til å forebygge kriser og akuttinnleggelsler. Dette forutsetter nært samarbeid med kommunale tjenester.

Høsten 2020 la regjeringen fram en ny plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten; Kompetanseløft 2025. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2025 består av fire strategiske områder: 1) rekruttere, beholde og utvikle personell, 2) brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid, 3) kommunal

² Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020–2030

sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena og 4) ledelse, samhandling og planlegging.

Regjeringen har i oppfølgingen av Kompetanseløft 2025 etablert et samarbeidsforum med flere sentrale parter i arbeidslivet. Samarbeidsforumet har et særskilt fokus på sykepleiere og helsefagarbeidere og består derfor i første omgang av Delta, Fagforbundet, Sykepleierforbundet og KS, i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementet.

Økt etisk bevissthet vil kunne gjøre ansatte tryggere i sin rolle og i håndteringen av vanskelige etiske dilemmaer. For å legge til rette for systematisk etisk refleksjon gjennomføres det som del av Kompetanseløft 2025 en satsing på etisk kompetanseheving i kommunene.

Regjeringen legger gjennom tilskudd til rette for etablering av ACT- og FACT-team.³ Erfaringene med tverrfaglige og oppsøkende ACT- og FACT-team viser at denne arbeidsmodellen er virksom når det gjelder å forebygge kriser og tvangsinnleggelse for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Det er rundt 80 slike team i Norge, og det er et mål å etablere flere team i alle regioner. Tilsvarende gode erfaringer er gjort med bl.a. brukerstyrte døgninnleggelse og bruk av kriseplan. I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan bør det etableres slike team der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Øremerkede tilskudd brukes også for å prøve ut, evaluere og implementere kunnskapsbaserte modeller for oppfølging av barn og unge med alvorlige og sammensatte psykiske helseproblemer. Helsedirektoratet har igangsatt utprøving av et tilbud med fleksible, aktivt oppsøkende behandlingsteam for barn og unge (FACT-ung). Per nå er det igangsatt fire piloter og fem forprosjekter.

Høsten 2020 lanserte Regjeringen "Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021-2025)". Å være pårørende kan være både meningsfylt og krevende. Pårørende er ofte den eller de som kjenner pasienten best. Mange pårørende har større behov for å bli sett og hørt enn de blir i dag, og det er viktig at tjenestene tilrettelegger for et godt samarbeid med pårørende og lager gode rammer for pårørende i ulike roller og situasjoner. Den samlede strategien og handlingsplanen har seks innsatsområder: 1) Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende, 2) bedre informasjon, opplæring og veiledning, 3) forutsigbare og koordinerte tjenester, 4) tilstrekkelig støtte og avlastning, 5) familieorienterte tjenester og 6) pårørendemedvirkning.

Om lag halvparten av akuttinnleggelsene i psykisk helsevern gjelder selvmordsforsøk og/eller selvmordsfare. Mange av satsningene og tiltakene for å forebygge tvangsinnleggelse vil også kunne bidra til å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020 – 2025)⁴ har flere tiltak som er innrettet mot å gi bedre behandling og oppfølging i ulike deler av pasientforløpet, ikke minst i akuttfasen og i de kritiske overgangene, særlig ved utskrivning. Dette er

³ Ordforklaring: "ACT" er forkortelse for Assertive Community Treatment. "FACT" er forkortelse for Flexible Assertive Community Treatment.

⁴ Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025), ([Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - regjeringen.no](#))

sårbarhet også mht. risiko for å måtte bruke tvangstiltak for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Riktig og tidlig brukerinvolvering og kompetent helsehjelp er sentralt både for å forebygge tvang og for å behandle selvmordsrisiko og selvmordsatferd på best mulig måte.

Gjennom Sivilombudsmannens rapporter de siste årene og arbeidet med utvikling av faglige råd for å redusere bruken av tvang, er det avdekket behov for økt kunnskap på området tvang i psykisk helsevern. Departementet vil be Helse Nord/Tvangsforsk og Helsedirektoratet om en felles vurdering av hvordan kunnskapen på dette området kan styrkes.

Regjeringen la i mars frem Meld. St. 25 (2020–2021) Likeverdsreformen. Målet med Likeverdsreformen er at barn og familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, skal oppleve et samfunn som stiller opp, og som gir alle mulighet til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse. Regjeringen vil se oppfølgingen av Autisme- og touretteutvalgets utredning (NOU 2020:1) i sammenheng med bl.a. det videre arbeidet med Likeverdsreformen. Utvalget viser bl.a. til at foreldre kan ha behov for veiledning i hjemmet til eksempelvis å forebygge og håndtere eventuell vanskelig atferd.

Regjeringen følger opp Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Målet med reformen er at eldre skal mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom. Leve hele livet skal bedre kvaliteten i tjenestetilbudet til eldre og skape et mer aldersvennlig samfunn. Gjennomføring av Leve hele livet er avhengig av en rekke nye strategier og planer, herunder Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, pårørendestrategi, nasjonal ernæringsstrategi for eldre og stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg. Disse satsingene skal sammen med de nye løsningene i reformen bidra til en ny og bærekraftig politikk som skal sikre innbyggerne et godt og trygt liv.

Demenssykdom svekker etter hvert evnen til å ta veloverveide beslutninger og gi samtykke. De fleste endrer også reaksjonsmønster og adferd i løpet av sykdomsforløpet. Det kan derfor oppstå gråsoner og usikkerhet om hvorvidt noe er frivillig eller om personen viser motstand mot et tiltak. Høsten 2020 la regjeringen frem Demensplan 2025 for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Det er videre viktig at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om demens til å møte både daglige hendelser og mer utfordrende adferd og situasjoner.

For å stimulere kommunene til å fornye og øke sitt tilbud av heldøgns omsorgsplasser er det etablert en egen tilskuddsordning til formålet. Tilskuddet skal finansiere boliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder og diagnose. Boligene skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Videre skal hensynet til normalisering og integrering vektlegges ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og de bør plasseres i ordinære og gode bomiljøer. Videre skal det innføres et plankrav for investeringstilskuddet for heldøgns plasser. Hensikten er å stimulere til bedre og mer helhetlige behovsvurderinger. Regjeringen har startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag for framtidens boformer, slik at vi kan legge til rette for gode og tilpassede boligløsninger,

både for dem som ønsker å bli boende hjemme, og for kommunale heldøgns omsorgsplasser

Om persontilpasset medisin, innovasjon og ny teknologi som ressurser ved innføring av ny tvangslov

De senere årene har det vært en betydelig utvikling i ulike behandlings- og hjelpetilbud på digitale plattformer. Digitale løsninger gjør det mulig for tjenestene å gi tilbud langt raskere og nå ut til flere brukere enn før, sammenliknet med behandling som forutsetter fysisk oppmøte. Digitale og internettbaserte verktøy erstatter ikke fysisk kontakt som sådan, men kan være svært verdifullt og gi effektiv hjelp for mennesker med psykiske og rusrelaterte problemer. Også ved alvorlige tilstander kan digitale verktøy for noen være et viktig supplement i behandling. Det er trolig et uutnyttet potensial for å ta i bruk nye metoder og ny teknologi på psykisk helse- og rusområdet. Ikke minst i områder med store geografiske avstander og vanskelig tilgjengelighet bør det sees nærmere på muligheten for mer systematisk bruk av digitale og videobaserte hjelpeformer.

Gjennom den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord vil departementet be de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, vurdere om bruk av sensortechnologi i døgnavdelinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et relevant hjelpemiddel for å forebygge pasientskader og selvmord.

Avhengig av erfaringene kan det vurderes om liknende teknologiske løsninger kan egne seg for å forebygge tvangssituasjoner.

5 Tvangslovutvalgets arbeid

5.1 Innledning

Tvangslovutvalget ble oppnevnt i juni 2016. Utvalget leverte sin utredning, *NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*, 18. juni 2019. Utredningen ble sendt på alminnelig høring i juni 2019 med frist i desember 2019.

Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget.

5.2 Bakgrunnen for at Tvangslovutvalget ble oppnevnt

Reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er samlet i fire regelsett:

- psykisk helsevernloven
- pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (tvungen somatisk helsehjelp blant annet til personer med demens)
- helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning) og
- kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige).

I tillegg gjelder tvangsreglene i smittevernloven, hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7 og pasient- og brukerrettighetslovens generelle regler om blant annet samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon.

Hvert av de fire regelsettene har egne bestemmelser om formål, virkeområde, vilkår for bruk av tvangstiltak, saksbehandling, gjennomføring, klage og tilsyn. En del pasienter og brukere vil samtidig måtte forholde seg til flere regelsett.

Ulikhetene i regelverkene har i hovedsak vært begrunnet i forskjellige behov for å bruke tvang overfor målgruppene, men også i ulike fagtradisjoner. Det har ikke vært gjennomført noen generell gjennomgang av tvangsregelverket med sikte på å avdekke uhensiktsmessige forskjeller mellom regelsettene. Det har vært pekt på gråsoner mellom regelsettene som skaper usikkerhet ved anvendelse av reglene i konkrete situasjoner. Videre er det pekt på grupper av pasienter og brukere som kunne vært gitt et bedre tilbud dersom virkeområdet for regelsettene hadde vært mer samordnet.

Det er i tillegg betydelige geografiske forskjeller i tvangsbruk. Oppfølging av pasienter og brukere foregår gjerne på flere arenaer og utviklingen går i retning av mer arenaflexible tilbud.

5.3 Tvangslovutvalgets oppdrag

Tvangslovutvalget skulle foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren.

Utvalget skulle foreslå nødvendige lovendringer for å møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester. Det nye regelverket skulle støtte opp under regjeringens mål om å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. Regelverket skulle legge til rette for god samhandling på tvers av ulike institusjonstyper og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skulle vurdere hvordan regelverket kan utformes for å bli bedre samordnet og for å unngå problemer med gråsoner og områder med uklart hjemmelsgrunnlag. Utvalget sto fritt i valg av lovstruktur.

Utvalget skulle vurdere om det er behov for endringer for å tilpasse reguleringen til ulike pasient- og brukergruppers behov, for eksempel barn og unge.

Utvalget skulle også utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), og vurdere om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene.

Utvalgets forslag skulle omfatte bruk av tvang overfor pasienter og brukere i hele helse- og omsorgssektoren, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Det ble likevel ikke forventet at utvalget skulle gjennomgå og foreslå endringer i tvangsreglene i smittevernloven.

5.4 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget oppsummerte sine hovedforslag slik:

- Felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten.
- Økt fokus på forebygging av tvangsbruk. Plikt og rett til tilrettelegging framheves. Full oversikt over omfang av tvangsbruk skal sikres.
- Barns rettssikkerhet løftes fram.
- Ny, felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll: fylkesmennene og nye tvangsbegrensningsnemnder de sentrale aktører.
- Helhetstenking om individet og tilrettelegging for samhandling i tjenestene sentrale bærebjelker i lovutkastet.
- Fjerning av diagnosenede vilkår i tvangshjemlene. Erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for aktuelt tiltak. Dette gjelder ikke ved fare for andre.
- Felles, snevrere tvangsbegrep (overvinnelse av motstand). Det blir lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse.
- Ny inntaksmodell i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, overgang til en tjenestemodell.
- Styrking av adgangen til å forhåndssamtykke til tvang.
- Økt fokus på gjennomføringsfasen. Krav til ivaretagelse av grunnleggende behov og krav til skjermingslokaler.
- Ny reguleringsmodell for skjerming. Skiller ut fra formål, skjerpede vilkår for skjerming som behandling.
- Klarere og strengere regler om inngrep i nødssituasjoner. Hjemmel for mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, tidsavgrenses til tre år.
- Forbud mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, i behandling i psykisk helsevern (unntatt ved tvungen ernæring).
- Forbud mot tvang i trenings- og opplæringstiltak.
- Flertallet tilrår å opprettholde en snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.
- Flertallet foreslår en snever hjemmel for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten tvang (ikke motstand) som et livreddende tiltak.
- Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT.
- Utprøving av nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte til å ta beslutninger i saker etter tvangsbegrensningsloven.

Tvangslovutvalget foreslo en felles lov med regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

De materielle hjemlene for inngrep er fordelt på fire kapitler:

- tiltak i nødssituasjoner (kapittel 4)
- innleggelse og tilbakehold i institusjon (kapittel 5)
- individuelle behandlings- og omsorgstiltak (kapittel 6) og
- rettighetsbegrensende tiltak og tvang av hensyn til fellesskapsinteresser (kapittel 7)

Lovutkastets kapittel 5 og 6 har hver sin hovedbestemmelse med alminnelige vilkår for inngrep som personen motsetter seg (§ 5-4 og § 6-5). De øvrige bestemmelsene i kapittel 5 og 6 inneholder til dels presiseringer av hvordan enkelte av vilkårene i hovedbestemmelsene skal forstås i ulike situasjoner, unntak fra vilkårene i hovedbestemmelsene og tilleggsvilkår.

Utvalget foreslo videre særbestemmelser om saksbehandling og kontroll som er tilpasset de særlige hensyn som gjør seg gjeldende i tvangssakene.

Utvalget mente at barn ville bli best ivaretatt gjennom en felles regulering av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren for voksne og barn der fokus rettes mot selvbestemmelse og rettssikkerhet.

Mindretallet i utvalget (2 av 14) stilte seg ikke bak sentrale elementer i de vurderingene og forslagene som går fram av utredningen og valgte å ta en generell dissens. Dissensen er tatt inn som vedlegg til NOU 2019:14.

Utvalget vurderte forslagene opp mot menneskerettighetene. Norge er som stat, folkerettslig bundet av menneskerettighetene gjennom avtaler og sedvane. De mest sentrale menneskerettighetene er tatt inn i Grunnloven. Menneskerettighetene gir føringer for utformingen og praktiseringen av tvangsregelverket. Se utvalgets gjennomgang av de menneskerettslige kravene i NOU 2019:14 kapittel 7.

5.5 Hovedtilbakemeldingene i høringen

Tvangslovutvalgets utredning var på høring i perioden 19. juni til 16. desember 2019. Det kom ca. 300 høringsuttalelser. Mange leverte omfattende uttalelser. Det var stort sprik i tilbakemeldingene til nesten alle forslagene.

En betydelig andel av høringsinstansene, særlig kommuner og enheter i spesialisthelsetjenesten, er kritiske til sammensetningen av utvalget. Det pekes særlig på at den kommunale helse- og omsorgstjenesten, akuttpsykiatrien og sikkerhetspsykiatrien ikke har vært tilstrekkelig representert.

Legeforeningen skriver f.eks.:

«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 av dette forslaget.»

KS uttaler i tilknytning til sammensetningen av utvalget følgende:

«Vi vil bemerke at store deler av utvalgets arbeid angår kommunenes ansvarsområde. Det generelle inntrykket av utvalgets arbeid er at det er noe mangelfull forståelse for kommunenes ansvar, hvordan kommunene løser sine oppgaver og hvilke oppgaver kommunene kan løse».

Pasient- og brukerombudet (unntatt ombudet i Oslo og Akershus) er på den annen side

«fornøyd med at brukerorganisasjoner i stor grad både har medvirket, og også fått gjennomslag for sine innspill og betraktninger i lovforslaget.»

Mange av høringsinstansene mener at NOUen er for omfattende og at oppbygningen og teksten er for komplisert. En god del av dem peker likevel på ytterligere problemstillinger som de mener burde ha vært utredet.

En del av høringsinstansene som representerer tjenestene, er bekymret for at det sterke fokuset på redusert tvangsbruk kommer i konflikt med behovet for helsehjelp. *Helse Vest RHF, Helse Stavanger, klinikk psykisk helsevern voksne* skriver f.eks.:

«Loven må etter vår vurdering også ivareta at de sykeste pasientene får optimal helsehjelp, og balansere den enkeltes rett til å velge selv, mot samfunnets plikt til å hjelpe. Det er et paradoks i psykisk helsevern at de sykeste pasientene er de som i minst grad ser at de har behov for hjelp og derfor ikke oppsøker dette. Dette gir tjenesten store utfordringer.»

En sammenslutning av 13 arbeidstaker- og interesseorganisasjoner (FFO, Fellesorganisasjonen, NFU, LUPE, SAFO m. fl.) skriver på den annen side:

«Forslaget til lovverk fremstilles som en avveining mellom behovet for retten til helsehjelp og retten til selvbestemmelse, men overser skadevirkningene av tvang i denne avveiningen... Om det er mulig i dag innenfor den norske virkeligheten å gå direkte fra dagens lovverk til et lovverk som er 100 % i tråd med funksjonshemmede konvensjonen (CRPD) lar vi stå åpent. At man ikke beveger seg i retning av funksjonshemmede konvensjonens (CRPD) grunnleggende forståelse og skifte av modell er ikke akseptabelt. Dette lovforslaget bekrefter en medisinsk modell, og kan ikke sies å gi funksjonshemmede konvensjonen (CRPD) et konkret og forpliktende innhold i norsk kontekst.»

Noen instanser, særlig kommuner, frykter at forslaget innebærer en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. *Kommunesektorens organisasjon, KS, peker på at forslaget i sum gir større oppgaver for kommunene og skriver:*

«Det er fare for at loven gir høyere terskel for innleggelse i psykisk helsevern, og lavere terskel for utskrivning. Flere av de sykeste pasienter kan gå ut og inn i kortvarige sykehusopphold, uten at de blir noe bedre.»

KS uttaler videre at :

«I dag hindrer gjeldende forskrift at spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter til kommunene, hvis det fortsatt er behov for tvangstiltak. Forslaget til ny lov åpner imidlertid for at pasientgrupper som i dag krever omfattende kontrolltiltak kan overflyttes til kommunene. Det er i tillegg sannsynlig at skjerpede vilkår for bruk av tvang vil gi høyere terskel for innleggelse i døgnenhet, og at lengden på oppholdene blir kortere. Noen av de aller sykeste kan dermed havne (ofte utilsiktet) i kortvarige og ustabile behandlingsrelasjoner, og inn og ut av sykehus. I sum gir det større oppgaver for kommunene. Spesielt utfordrende er det der brukerne har høy voldsrisiko. Lovforslaget avgrensner inngrep i nødssituasjoner til det akutte, og da kan det ofte være for sent å stoppe noen som står i fare for å forårsake alvorlig skade på seg eller på andre. Etter vår mening

har utvalget i for liten grad vurdert om det er faglig og ressursmessig riktig at kommunene skal få et større ansvar for helsetjenestene til mennesker med alvorlige psykiske vansker kombinert med rusproblemer og voldsrisiko».

Mange av høringsinstansene er i utgangspunktet positive til en felles lov om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten.

Mental Helse Norge:

«støtter i all hovedsak intensjonene i lovforslaget selv om vi på noen områder mener at forslaget kunne vært enda tydeligere og gått enda lenger. Vi mener at dette forslaget, dersom det blir vedtatt, vil kunne bidra til å redusere bruk av tvang i Norge.»

Sivilombudsmannen skriver:

«Ombudsmannen mener det er positivt at det er foretatt en samlet og grundig gjennomgang av tvangslovgivningen for helse- og omsorgssektoren. Utvalgets arbeid har bidratt til å synliggjøre forskjeller i tvangsreglene overfor ulike pasient- og brukergrupper som ikke fremstår som velbegrunnet og som er problematiske. Utredningen har også vist at det tidvis kan være uklart hvilke regelsett som skal anvendes i tilfeller der den enkelte er underlagt flere regelverk samtidig.»

Helsedirektoratet skriver:

«Tvangslovutvalget har gjort et grundig og omfattende arbeid som gir en god oversikt over bakgrunn, gjeldende rett og lovforslaget med begrunnelse. Forslaget kan ha positive effekter i form av redusert og riktigere bruk av tvang, økt brukermedvirkning og verdigere helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet er tilfreds med at forslaget regulerer flere forhold som i dag er mangelfullt, uklart eller fragmentert regulert, f.eks. bruk av ECT uten samtykke, nødrett og nødverge, samt tvangsmedisinering i sykehjem. Det er også positivt at forslaget understreker den enkeltes rett til tilrettelagte tjenester uten bruk av tvang.»

Mange høringsinstanser har likevel betydelige innvendinger mot utvalgets forslag. En del av høringsinstansene er bekymret for at ikke alle grupper er tilstrekkelig ivaretatt. Det gjelder særlig personer med psykisk utviklingshemning.

Legeforeningen skriver bl.a.:

«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.»

Lovisenberg Diakonale Sykehus:

«ser frem til den videre prosessen, og vi samarbeider gjerne med Helse- og omsorgsdepartementet i dette – jf. de særlige erfaringene som vi har med omlegging av egen virksomhet, ikke minst vår betydelige reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen støtter i hovedsak lovforslaget. *Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)* mener at lovutkastet går i riktig retning og støtter i hovedsak lovforslaget. *Landsforbundet for utviklingshemmede og Pårørende (LUPE)* støtter en fellesuttalelse fra en sammenslutning av 13 arbeidstaker- og

interesseorganisasjoner som bl.a. mener at lovforslaget ikke ivaretar Norges forpliktelser etter FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I sin egen uttalelse skriver de likevel at forslaget innebærer et forsterket menneskerettsvern på flere områder og at for enkelte mennesker med utviklingshemming er det en menneskerett at tvangstiltak igangsettes. *Pårørendealliansen* er i utgangspunktet positive til økt selvbestemmelse for pasienter, men mener at dette også får store konsekvenser for pårørende som oftest vil måtte ivareta pasienten utenfor behandlingsinstitusjonen og at pårørende derfor også må ivaretas i nytt regelverk.

Ivareta – pårørende berørt av rus mener at en rekke spørsmål er for dårlig utredet og at det fortsatt vil bli for dårlig sammenheng i regelverket. De er særlig bekymret for ROP-pasientene, konsekvensene av adgangen til å reservere seg mot bruk av antipsykotiske legemidler og for økt omsorgsbyrde for pårørende. *LPP* mener at det er alvorlig å frata en person selvråderett, men at det er like alvorlig å anerkjenne beslutningskompetanse hvis dette er feil, fordi det kan føre til at de ikke får helsehjelpen de har rett til.

De instansene som uttaler seg om spørsmålet, er positive til felles regulering av pårørendes rettigheter og opptatt av at pårørende må ivaretas i det nye regelverket.

Mange høringsinstanser er kritiske til det de beskriver som en manglende utredning av økonomiske, administrative og faglige konsekvenser for tjenestene, helsemessige konsekvenser for pasienter og konsekvenser i form av økt belastning for pårørende. De tviler bl.a. på at redusert tvangsbruk vil gi innsparinger og viser til at økt satsing på forebygging og frivillige tiltak vil medføre betydelige kostnader. De peker videre på at den nye kontrollordningen vil kreve betydelige ressurser også utover innføringsfasen. Implementeringen av nytt regelverk, bl.a. i form av opplæring, vil også kreve betydelige ressurser. Forslagene vil dessuten kunne få betydelige konsekvenser for arbeidsmiljøet, pårørende og andre offentlige tjenester.

Norsk psykiatrisk forening skriver:

«Dagens struktur og volum på psykisk helsevern er ikke tilrettelagt for å ivareta lovens intensjon.»

Legeforeningen skriver:

«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.»

Helsedirektoratet skriver:

«Redusert bruk av tvang er ikke ensbetydende med innsparinger. Effektive forebyggende tiltak og alternative tilbud for ytelse av nødvendig og forsvarlig helsehjelp, er ressurskrevende i form av tilstrekkelig og kompetent personale, gode bygningsmasser og kommunale tilbud. Vi mener at konsekvensene av en rekke av utvalgets forslag til reelle tvangsreducerende tiltak, kan ha individuelle, så vel som samfunnsøkonomiske konsekvenser, som burde vært bedre belyst.»

KS peker på mangelfull utredning av økonomiske, administrative og arbeidsrettslige konsekvenser:

«Vi har hatt kontakt med en rekke kommuner underveis i arbeidet med høringen, og samtlige påpeker at forslaget vil ha betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. Kommunene peker på behov for økt bemanning, kostnader knyttet til opplæring og tilpasning av lokaler, og ikke minst dokumentasjon.»

Helsedirektoratet mener videre at utfordringene ved implementering av forslagene ikke må undervurderes. Direktoratet er dessuten bekymret for at et for ensidig fokus på tvangsreduksjon framfor en riktigere bruk av tvang, kan få utilsiktede menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. De er videre bekymret for hvorvidt en ytterligere innstramning i tvangshjemlene er forsvarlig gitt dagens ressurser i helse- og omsorgstjenesten.

Mange av høringsinstansene har til dels omfattende merknader til lovutkastet. En gjennomgående tilbakemelding er at utkastet er omfattende og at det er komplisert, bl.a. som følge av mange interne henvisninger, skjønsmessige begreper og forskriftshjemler. Mange anbefaler at det velges mer nøytrale navn på loven og de nye nemndene.

Fylkesmannen i Innlandet skriver f.eks.:

«Fylkesmannen viser til at lovforslaget er meget omfattende og at det er gjort uvanlig mange henvisninger. Dette gjør at det oppleves som tungt tilgjengelig både for tjenestene, fagpersoner, brukere, pasienter og for allmennheten. Fylkesmannen i Innlandet ser en fare for at dette kan gjøre det vanskelig å forutberegne sin rettsstilling, samt at det også medfører at praksis ikke blir ensartet på dette området. Vi tillater oss å minne om at dette er et lovverk som skal brukes av fagfolk i helsetjenesten i pressede situasjoner.»

Justisdepartementet skriver bl.a.:

«Loven bør ikke bare oppstille en grense for hva som ikke er lov, men også kommunisere hva tvang kan gå ut på. Dette er ikke minst av hensyn til brukere og pårørende, som ut fra loven vil kunne få et ufullstendig bilde av hvordan tvangsbruk vil kunne arte seg.»

Pasient- og brukerombudet (med unntak av ombudet Oslo og Akershus) skriver på den annen side:

«Det bør være et ideal at pasienter og brukere forstår loven, og vi vil oppfordre til ytterligere forenkling av loven, kanskje med noen færre henvisninger i lovteksten. Samtidig er det slik at regelforståelse er en generell utfordring på mange områder og som oftest rammer det de svakeste gruppene. Både pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven er vanskelig tilgjengelig for de fleste, men dette må kompenseres gjennom god og trygg regelforvaltning og informasjon hos de som bruker regelverket og de instansene som skal gi veiledning til de som ber om det.»

6 Departementets vurderinger av hvordan de sentrale forslagene fra utvalget bør følges opp

6.1 Innledning

Departementet har startet arbeidet med å følge opp Tvangslovutvalgets forslag ved å ta stilling til de mest prinsipielle og gjennomgripende forslagene.

I det følgende vil det bli gjort rede for hvordan departementet så langt har vurdert at de sentrale forslagene fra Tvangslovutvalget bør følges opp. Formålet er å gi høringsinstansene et best mulig grunnlag for å gi innspill til hva som skal til for at innføringen av et nytt tvangsregelverk skal bli vellykket. Det vil bli tatt endelig stilling til forslagene i lovproposisjonen.

Departementet vil i det videre arbeidet legge stor vekt på at lovreglene skal være tydelig for dem som skal anvende regelverket i tjenestene, personer som omfattes av regelverket, pårørende og overprøvingsorganene.

Departementet har som et innspill til hvordan lovteksten kan bli lettere tilgjengelig, lagt ved en foreløpig revisjon av utvalgets lovforslag kapittel 1 og 5. I kapittel 1 er det for eksempel foreslått at det skal gå fram av virkeområdebestemmelsen når loven gjelder for barn. I kapittel 5 er for eksempel et sentralt grep å erstatte henvisningene til andre bestemmelser med fullstendige vilkår.

Mindretallet i Tvangslovutvalget (2 av 14) stilte seg ikke bak sentrale elementer i de vurderingene og forslagene som går fram av utredningen og valgte å ta en generell dissens. Dissensene fra mindretallet gjelder prinsipielle spørsmål og berører spørsmål knyttet til oppfyllelsen av FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I det følgende brukes Tvangslovutvalget eller utvalget om flertallets forslag.

Alle situasjoner der det i dag brukes tvang vil ikke kunne forebygges. Det må forventes at innstramminger i adgangen til å bruke et tiltak, vil kunne føre til økt bruk av andre tiltak. Departementet mener likevel at det er realistisk at den totale tvangsbruken kan reduseres, blant annet ved å vri virkemiddelbruken til mindre inngripende tiltak.

CRPD-komiteen kom 7. mai 2019 med anbefalinger til Norge om å stoppe bruken av tvangsmetoder, blant annet tvangsmidler, isolasjon, skjerming, ufrivillig behandling og andre inngripende metoder, overfor mennesker med psykiske utviklingshemninger eller psykososiale funksjonsnedsettelse, og å styrke prosessuelle garantier og kontrollfunksjoner. Komiteen har også anbefalt Norge å forby tvungen bruk av blant annet elektrokonvulsiv behandling (ECT).

6.2 Felles lov

6.2.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om en felles lov til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Alle gruppene som er omfattet av dagens regelverk, skal ivaretas i det nye regelverket.

Felles lov er en nødvendig forutsetning for et mer diagnosenøytralt regelverk.

6.2.2 Gjeldende rett

Reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er samlet i fire regelsett: psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (tvungen somatisk helsehjelp til blant annet demente), helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (tvang overfor psykisk utviklingshemmede) og kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige). I tillegg gjelder tvangsreglene i smittevernloven og hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7.

6.2.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo en felles lov om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Mindretallet så også behov for en større lovreform og hadde ikke prinsipielle innvendinger mot en felles lov. Felles lov forutsetter at dagens ordning med tvungent psykisk helsevern avvikes og nye regler for inntak til rusbehandling uten samtykke. Tvang i forbindelse med smittevern skulle fortsatt reguleres i smittevernloven.

6.2.4 Høringsinstansenes synspunkter

Mange av høringsinstansene er i utgangspunktet positive til en felles lov om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Mange har likevel betydelige innvendinger mot utvalgets lovutkast. En del av høringsinstansene er bekymret for at ikke alle grupper er tilstrekkelig ivaretatt. Det gjelder særlig personer med psykisk utviklingshemning. Mange av høringsinstansene mener dessuten at utvalgets lovutkast er for omfattende og for komplisert.

6.2.5 Departementets vurderinger og forslag

Dagens fire regelsett har egne bestemmelser om formål, virkeområde, vilkår for bruk av tvangstiltak, saksbehandling, gjennomføring, klage og tilsyn. Ulikhetene i regelverkene er i hovedsak begrunnet i forskjellige behov for tvangsbruk overfor målgruppene, men også i ulike fagtradisjoner. Det har ikke vært gjort noe forsøk på å samordne bestemmelsene. Gråsoner mellom regelsettene skaper usikkerhet ved praktisering av reglene i konkrete situasjoner. Grupper av pasienter og brukere kunne vært gitt et bedre tilbud dersom virkeområdet for regelsettene hadde vært mer samordnet. Dette gjelder særlig for personer som har behov for bistand fra flere tjenester som reguleres av ulike regelverk.

Tvangslovutvalget pekte på to hovedhindre for en felles lov: Dagens ordning der det først treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern og så eventuelt om tiltak, og dagens ordning for inntak i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB).

Departementet foreslår i punkt 6.7 å legge utvalgets forslag om ny modell for inntak og tilbakeholdelse uten samtykke i rusinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen. Departementet støtter også utvalgets vurdering av at overbygningen tvungent psykisk helsevern bør erstattes med direkte regulering av adgangen til å iverksette tiltak, slik det i dag er i de andre regelsettene.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets vurdering av at det er mulig å lage en felles lov om tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten. Spørsmålet er om en felles lov også er ønskelig.

Departementet mener at en felles lov legger bedre til rette for likebehandling, redusert bruk av tvang og helhetstenkning rundt individet. En felles lov gir også gode muligheter for en enhetlig tilnærming til menneskerettslige krav.

Felles lov er en nødvendig forutsetning for et mer diagnosenøytralt regelverk. De øvrige elementene som departementet legger opp til å arbeide videre med (blant annet manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår, felles tvangsbegrep og uttømmende regulering av inngrep i nødssituasjoner), vil også kunne gjennomføres innenfor dagens fire regelsett.

Hovedinnvendingen mot utvalgets forslag til felles lov er at endringene blir så omfattende at det blir vanskelig å overskue alle konsekvensene. Utvalget har vist at det er hull og uklarheter i dagens regelverk. Forslaget om en ny felles lov fører dermed ikke til at man går bort fra enkle regelverk der alle problemer er løst.

På denne bakgrunn mener departementet at utvalgets forslag om en felles lov bør legges til grunn for det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Departementet vil i det videre arbeidet legge stor vekt på at lovstrukturen skal være så oversiktlig som mulig og at de enkelte bestemmelsene skal utformes slik at det blir lettest mulig å forstå innholdet. Alle gruppene som er omfattet av dagens regelverk, skal ivaretas i det nye regelverket.

Departementet slutter seg også til utvalgets vurdering av at tvang i forbindelse med smittevern fortsatt bør reguleres i smittevernloven.

Departementet legger for øvrig opp til at loven skal evalueres tre år etter at den har trådt i kraft.

6.3 Et mer diagnosenøytralt regelverk

6.3.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om et mer diagnosenøytralt regelverk til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

De diagnosenære vilkårene erstattes i hovedsak med vilkår om manglende beslutningskompetanse, fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak. Se nærmere omtale i punkt 6.4.

6.3.2 Gjeldende rett

Helsehjelp kan bare gis til personer som samtykker til dette, med mindre det finnes en særskilt lovhjemmel.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv., er diagnosenøytralt. For personer med «alvorlig sinnslidelse», rusavhengige og personer med psykisk utviklingshemning er det gitt særlige regler om bruk av tvang i psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10.

Se omtaler av gjeldende rett i NOU 2019:14 punkt 5.5.11, 5.6.6, 5.7.4 og 5.8.4.

6.3.3 Menneskerettighetene

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 5 pålegger statene å forby «enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.»

Artikkel 12 slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.

Artikkel 14 slår fast at «... nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.»

Det er uenighet om hvor langt kravet om at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre rekker og om fortolkningen av kravet om at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.

CRPD-komiteen har kommet med flere generelle uttalelser om sitt syn på fortolkningen av CRPD. Disse er ikke folkerettslig bindende. CRPD-komiteen avviser blant annet alle former for særlovgivning for enkeltgrupper.

I forbindelse med Norges ratifikasjon av konvensjonen ble det levert tolkningserklæringer knyttet til artikkel 12 og 14. Av tolkningserklæringene fremgår det at Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger og at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Samtidig fremgår det av tolkningserklæringene at Norge tolker konvensjonen slik at fratagelse av rettslig handleevne og tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, er tillatt når omstendighetene gjør slike tiltak nødvendig som en siste utvei, og tiltakene er undergitt kontrollmekanismer og rettssikkerhetsgarantier.

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Oviedo-konvensjonen) slår blant annet fast at inngrep overfor personer som ikke er i stand til å samtykke, bare kan foretas når det er til direkte fordel for ham eller henne. Inngrep overfor alvorlig sinnslidende kan skje når formålet er å behandle den psykiske lidelsen, men bare dersom det er grunn til å tro at personen uten slik behandling vil få en alvorlig helseskade.

Verken Oviedo-konvensjonen, EMK eller praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) gir føringer for hvordan tilknytningsforholdet mellom personen og helse- og omsorgstjenesten må uttrykkes.

Prinsippet om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov (legalitetsprinsippet) medfører et krav om at inngrepshjemler må være klare. EMD har likevel akseptert at det på noen områder kan være særlig vanskelig å få til presise lovformuleringer fordi det kan være stor variasjon i situasjonene som kan oppstå i det virkelige liv, og hvilke tiltak som trengs.

6.3.4 Tvangslovutvalgets forslag

Utvalget foreslo at det fortsatt skulle være en kobling til psykisk funksjonsnedsettelse, men at dagens diagnosenære vilkår i hovedsak skulle erstattes av de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov» og «manglende beslutningskompetanse».

Utvalget foreslo også at det skulle være et vilkår for tvangsbruk at personen har et sterkt behov for nærmere angitt behandling for eksempel for psykiske helseproblemer eller rusproblemer eller andre tiltak og at det å la være å iverksette et tiltak ville føre til at personen ble påført en vesentlig helseskade.

Utvalget viste blant annet til at diagnoser ikke er utviklet for å avgjøre hvem det skal kunne brukes tvang mot og at de dessuten er i stadig endring.

6.3.5 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har meninger om hvordan innholdet i Norges menneskerettslige forpliktelser skal forstås. Dette gjelder særlig CRPD. Noen høringsinstanser, bl.a. *en sammenslutning av 13 arbeidstaker- og interesseorganisasjoner* ser ut til å legge til grunn at det ikke er adgang til å bruke tvang for å gi helse- og omsorgstjenester. *Norges institusjon for menneskerettigheter* skriver derimot at tvangsbruk ikke uten videre er forbudt etter menneskerettighetene, men at ulike rettigheter setter skranker for bruken.

Det er stor uenighet om i hvilken grad lovforslaget ivaretar de menneskerettslige forpliktelsene.

Funksjonshemmedes fellesforbund skriver:

«Hvorvidt det mulig innenfor den norske virkeligheten å gå direkte fra dagens lovverk til et lovverk som er 100 prosent i tråd med CRPD lar vi stå åpent. Men det faktum at forslaget ikke beveger seg i retning av CRPDs grunnleggende forståelse og skifte fra en medisinsk til en menneskerettslig modell, er problematisk.»

Landsforeningen We Shall Overcome skriver:

«Lovforslaget bygger fortsatt videre på en diskriminerende og medisinsk modell, en modell i strid med FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).» og «Lovforslaget er ikke et skritt i retning av CRPD, men sementerer den bestående medisinske modellen og vil dessverre hindre utvikling i retning av CRPD.»

Helsedirektoratet:

«støtter diagnosenøytralitet som innebærer at fokus skal være på fungeringsnivå og behov - ikke symptomer/diagnose - og som er i tråd med menneskerettslig utvikling på dette feltet.»

Psykologforeningen støtter også de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov for behandling» og «fravær av beslutningskompetanse».

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse skriver:

«Vi kan ikke tro at FN mener at personer med en psykisk funksjonshemming, noe som en alvorlig psykisk forstyrrelse er, skal gå til grunne på grunn av sin psykiske funksjonshemming. Norge må ha et ansvar for å gi helsehjelp også til disse. Hovedspørsmålene når det gjelder pasienter med alvorlig psykisk sykdom blir: hva slags hjelp skal gis og hvordan skal denne hjelpen gis.»

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser skriver: «Noen diagnoser omfatter tilstander der skadende atferd, herunder selvskading, er genetisk eller kjemisk betinget og ikke kan forebygges. (jf innspill fra Frambu til utvalgets arbeid). NKSD oppfatter at forslaget om å fjerne diagnosenære vilkår, forslaget om krav til «sterkt behov» og forslaget om å styrke adgangen til forhåndssamtykke til tvang imøtekommer våre bekymringer mht de personene dette kan gjelde.»

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser skriver:

«Å oppnå reelt vern av grunnleggende menneskerettigheter, hvor både selvbestemmelsesrett og rett til egen helse står sentralt, er vanskelige juridiske, faglige og etiske avveininger. NK-TSB er enig i at det har stor verdi at mennesker blir hovedfokus, ikke diagnosen. Mennesker med rus- og avhengighetsproblemer erfarer fortsatt mye stigma, skam og skyld for sin sykdom knyttet til rus- og avhengighetsproblematikk. Dette har sammenheng med både negative holdninger og manglende kunnskap om rus- og avhengighetsproblematikk. Etter vår erfaring er dette en utfordring både i befolkningen generelt og internt i helsetjenestene. Eller som en av våre brukerrepresentanter sa på et arbeidsseminar vi arrangerte «selv psykosene våre er annenrangs». Diskrimineringsvernet som diskuteres i NOUen er viktig å anvende. Oppgjør med gruppetenkning er en del av dette.»

Fylkesmannen i Vestland skriver:

«Fylkesmannen sluttar seg òg til framlegget om å fjerne diagnosenære vilkår i tvangsheimlane og heller erstatte desse med, mellom anna, fravær av beslutningskompetanse og sterkt behov for tiltaket.» «Fylkesmannen er likevel kritisk til korleis utvalet balanserer ulike verdiar, som retten til å bestemme sjølv i personlege spørsmål, beskyttelse mot krenking av rettar, retten til nødvendige helse- og omsorgstenester og respekten for menneskeverdet. Vi meiner retten til nødvendige helse- og omsorgstenester er for lite vektlagt av utvalet, særleg når det gjeld alvorleg psyke sjuke.»

Overlegeforeninga i Helse Førde skriver:

«Når FN sin konvensjon om rettar til personar med nedsett funksjonsevne (CRPD) ovanfor Noreg har ei særleg kritisk vurdering av dagens behov for særbestemmelser for enkeltgrupper, så er det etter vårt syn inkonsekvent at ein i det nye lovutkastet legg inn nettopp slike diagnoseavhengige særbestemmelser.»

Nasjonalt klinisk nettverk innen spiseforstyrrelser skriver:

«Å fjerne diagnosenære vilkår som indikasjonen for bruk av ulike former for tvang i Psykisk helsevern vil kunne medføre en utydelighet som kan medføre at flere fyller kriteriene.»

Nasjonalt ledernettverk for voksenhabilitering, arbeidsutvalg skriver:

«Utvalget foreslår at bruk av tvang skal gjøres diagnoseuavhengig. Dette kan medføre en svekkelse av personer med utviklingshemming sin rettsikkerhet når bruk av tvang er aktualisert. Vi mener at innholdet i forslaget kan true pasientenes rettsikkerhet.»

Actis- Rusfeltets samarbeidsorgan skriver:

«Det at lovforslaget går bort fra diagnosespesifikke lovhjemler kan bli krevende sett i lys av pakkeforløpene for psykisk helse og rus, som i stor grad baserer seg på strukturerte, diagnostiske vurderinger.»

Oslo universitetssykehus HF skriver:

«Fjerningen av hovedkriteriet; alvorlig psykisk lidelse, og ytterligere økt vektlegging av funksjon fremfor diagnose kan få uante følger. Endringene vil kunne redusere tvangsbruk overfor pasienter med psykoselidelser samtidig som de kan åpne for tvang i behandling av andre psykiske lidelser. Lovforslaget kan åpne for større bruk av hjemlet tvang ved håndtering av selvmordskriser og ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I slike situasjoner kan det være forbigående tap av beslutningskompetanse og tilsynelatende sterkt behov for tvang for å avverge selvmordshandlinger. Dette kan være problematisk og kan på sikt gi negative konsekvenser for behandlingen. Ved enkelte symptomdiagnoser slik som tvangslidelser og ved personlighetsforstyrrelser kan tvangsbruk være spesielt uheldig og føre til økt symptomutvikling og behandlingsresistens. For å bremse en slik negativ utvikling vil det kreves høy kompetanse hos dem som er satt til å forvalte bruk av tvang. Når tvang i større grad enn i dag vil avhenge av den vedtaksansvarliges skjønn, vil det kunne medføre risiko for økt bruk av tvang, eller bruk av tvang som ikke er tilstrekkelig faglig begrunnet.»

De skriver også:

«Det er uheldig å fjerne «alvorlig sinnslidelse», fordi dette begrepet er dekkende for pasientenes psykiske helsetilstand, i motsetning til «sterkt behov for psykisk helsevern» som er en intetsigende beskrivelse»

Helse Vest RHF, Helse Stavanger, klinikk for psykisk helsevern voksne skriver:

«Vi stiller spørsmål ved om å ikke lovfeste det tidligere kravet til alvorlig sinnslidelse og om bruken av «sterkt behov» likevel vil kunne føre til en utvidelse av hvilke pasienter som kan innlegges.

Mest nærliggende kan være å tenke seg at en gruppe pasienter med personlighetsforstyrrelser med selvskading, kronisk suicidalitet eller annen destruktiv adferd, men hvor det er imot faglige anbefalinger å legge de inn på tvang. Mange av disse pasientene ønsker selv å være innlagt og i en del tilfeller er det også et stort press fra andre, for eksempel pårørende, politi etc. for å få innlagt, selv om dette oftest er uhensiktsmessig med tanke på behandling.»

Norsk psykiatrisk forening mener at forslaget til diagnosenøytralt regelverk fører til 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.»

Sykehuset i Telemark, Barne- og ungdomsklinikken skriver:

«Utvalgets forslag om å løfte lovgivningen som regulerer bruk av tvang ut av eksisterende lovverk, medfører en stor sannsynlighet for at man ikke lenger vil være like oppmerksom på sammenhengen mellom kvalitativt gode og tilpassede helse- og omsorgstjenester og bruk av tvang. Dette representerer etter vår vurdering en økt risiko for bruk av tvang som ikke er faglig og etisk forsvarlig.»

Klinikk for psykisk helse og rus Helse Møre og Romsdal skriver:

«Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene, blant annet ved at hovedkriteriet psykisk sykdom erstattes med uttrykket psykiske problem, gjør loven vag med økt sannsynlighet for ulike tolkninger. Her uthules sykdomsbegrepene og gir rom for skjønn i for vid betydning fremfor presisjon og lik praksis. Når utvalget velger å ikke lovfeste kriterier for beslutningskompetansevurderingen, er det beskrivende for hvor vagt dette begrepet egentlig er. Når utvalget ikke klarer dette, skyver de tolkningen av begrepet over på den enkelte som skal ta stilling til vedtakene. Det er sterkt kritikkverdig å bruke betegnelsen «personen har et sterkt behov for behandling for» psykiske helseproblemer eller rusproblemer som et av punktene under vilkår for innleggelse og behandling pasienten motsetter seg, da dette gir for mye rom for individuelle tolkninger rundt omkring... Det er positivt at lovverkene slås sammen og at vi får et diagnoseuavhengig lovverk. Utgangspunktet vil nå være den enkeltes behov og fokuset flyttes fra diagnose til funksjon. Det vil ligge som en forutsetning for bruk av tvang at personen mangler beslutningskompetanse, har et sterkt behov for hjelpen og at tvang må være strengt nødvendig.»

Høringsinstansene er ikke enige om hvorvidt diagnosenøytralitet vil medføre mer eller mindre bruk av tvang.

Helsedirektoratet skriver:

«Forslaget utvider persongruppen som det kan benyttes lovlig tvang overfor i de kommunale tjenestene, til også å omfatte f.eks. personer med en alvorlig diagnose innenfor autismespekteret eller en ervervet hjerneskade. Vi mener likevel at forslaget ikke nødvendigvis betyr at det vil bli benyttet mer tvang overfor disse persongruppene, da det allerede benyttes en del tvang overfor disse gruppene basert på nødrett og nødverge.»

6.3.6 Departementets vurderinger og forslag

Norge har fått kritikk både nasjonalt og internasjonalt for manglende oppfyllelse av menneskerettighetene. Det gjelder særlig forpliktelsene etter CRPD til å blant annet sikre selvbestemmelse og ikke-diskriminering. Kritikken gjelder både gjeldende lovgivning og praksis.

Tvangslovutvalget vurderte det slik at CRPD-komiteens krav om umiddelbar avskaffelse av alle inngrepshjemler som inneholder en kobling til psykisk funksjonsnedsettelse, kunne tenkes gjennomført på to måter. Enten ved at nødrett blir eneste grunnlag for inngrep eller ved tvangsregler som bare har generelle vilkår (f.eks. krav om vesentlig skade, nødvendighet, forholdsmessighet, klagerettigheter osv.) uten noen kobling til psykisk funksjonsnedsettelse.

Utvalget vurderte det slik at nødrett som eneste inngrepsgrunnlag, ville kunne presse fram uhjemlet tvangsbruk og dermed åpne for nye alvorlige menneskerettighetsbrudd. De viste

videre til at presisjon i regelverket tradisjonelt har blitt sett som en svært viktig rettssikkerhetsgaranti mot overgrep fra myndighetenes side.

Utvalget mente at CRPD ikke kan forstås slik at den gir et absolutt forbud mot regler som på bestemte vilkår, innskrenker den rettslige handleevnen til personer med funksjonsnedsettelse. Utvalget viste videre til at Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) åpner for å gjøre begrensninger i den rettslige handleevnen til personer med funksjonsnedsettelse.

Utvalget tok ikke stilling til om det følger av menneskerettighetene at Norge er forpliktet til å innføre diagnosenøytrale regler. De konkluderte imidlertid med at menneskerettighetene ikke er til hinder for å gi regler som begrenser enkeltpersoners rettslige handleevne.

Departementet slutter seg til utvalgets vurderinger, og mener at et mer diagnosenøytralt regelverk vil ivareta våre internasjonale forpliktelser på en tydeligere måte.

Det er en utfordring å både gjøre vilkårene for tvangsbruk så lite krenkende som mulig og tilstrekkelig presise.

En del høringsinstanser er bekymret for at mer diagnosenøytrale vilkår skal gi en vagere avgrensning av hvilke personer det kan brukes tvang mot. Oslo universitetssykehus HF peker på at fjerningen av hovedkriteriet alvorlig psykisk lidelse, og ytterligere økt vektlegging av funksjon framfor diagnose vil kunne redusere tvangsbruk overfor pasienter med psykoselidelser. Samtidig vil det kunne åpne for tvang i behandling av andre psykiske lidelser, som ved selvmordskriser og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser.

I dagens regelverk er diagnosenære kjennetegn sentrale, men ikke eneste, vilkår for tvangsbruk. Diagnosenære vilkår har bidratt til å begrense adgangen til å bruke tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har videre bidratt til å sikre at personer med utviklingshemning får nødvendig omsorg i situasjoner som ikke har latt seg løse med frivillighet.

Det kan på den annen side oppfattes som stigmatiserende og diskriminerende å ha egne tvangsregler for grupper av personer med bestemte kjennetegn. Det har særlig vært reist kritikk mot psykisk helsevernlovens vilkår «alvorlig sinnslidelse». Departementet viser også til at diagnoser er laget for andre formål enn å avgrense personkretsen for tvangsregler.

Å rette fokus mot personens fungeringsnivå og behov flytter oppmerksomheten fra gruppe til individ. Det er i tråd med utviklingen i forståelsen av menneskerettighetene. Det er for eksempel store variasjoner hos mennesker som har utviklingshemninger. Det vil kunne være diskriminerende å bruke tvangstiltak overfor en person med psykisk utviklingshemning som er samtykkekompetent i det aktuelle spørsmålet.

Å bevege seg bort fra diagnosenære vilkår vil gjøre det enklere å inkludere barn i et felles regelverk fordi man er tilbakeholden med å diagnostisere barn, særlig med psykiske lidelser.

Departementet slutter seg til utvalgets forslag om å gjøre tvangsregelverket mer diagnosenøytralt.

Det sentrale spørsmålet er deretter hvilke vilkår de diagnosenære vilkårene bør erstattes med.

6.4 Manglende beslutningskompetanse, fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak

6.4.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om vilkår om manglende beslutningskompetanse, fare for vesentlig helseskade og sterkt behov for behandling eller tiltak, til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Vilkårene skal blant annet erstatte dagens vilkår om at personen må ha en psykisk utviklingshemning, alvorlige sinnslidelse eller rusavhengighet.

Adgangen til å bruke tvang når personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, videreføres. Det diagnosenære vilkåret «alvorlig sinnslidelse» videreføres ved fare for andres liv eller helse, se punkt 6.5.

6.4.2 Gjeldende rett

Helsehjelp kan bare gis til personer som samtykker til dette, med mindre det finnes en særskilt lovhjemmel.

Manglende samtykkekompetanse er et vilkår for å kunne bruke tvang i somatisk behandling. Manglende samtykkekompetanse er også et vilkår for å bruke tvang i psykisk helsevern, med unntak av situasjoner der det er nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse andre. Særreglene om bruk av tvang mot personer med utviklingshemning og rusmiddelavhengige har derimot ikke et slikt vilkår.

Se nærmere omtale i NOU 2019:14 punkt 5.5.10, 5.6.6, 5.6.7, 5.7.6., 5.8.5 21.3.2

6.4.3 Menneskerettighetene

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) slår blant annet fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder, jf. artikkel 12. Artikkel 25 gir alle rett til den høyeste oppnåelige helsestandard.

6.4.4 Tvangslovutvalgets forslag

Utvalget foreslo at dagens diagnosene vilkår for tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten blant annet skulle erstattes med et krav om at personen som hovedregel, må mangle samtykkekompetanse. «Samtykkekompetanse» ble foreslått erstattet med «beslutningskompetanse». Utvalget foreslo vider at personen skulle måtte ha et sterkt behov for behandling (for nærmere angitte problemer i nærmere angitte institusjoner). Vurderingen av når det foreligger «sterkt behov» skulle være individuell og ta utgangspunkt i hva som er alminnelig akseptert i klinisk praksis. Utvalget foreslo også at det måtte foreligge en nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade.

6.4.5 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har meninger om hvorvidt et vilkår om manglende beslutningskompetanse er forenelige med Norges menneskerettslige forpliktelser. Dette gjelder særlig CRPD.

Noen instanser mener at en modell der manglende beslutningskompetanse blir et gjennomgående vilkår for å bruke tvang ikke er i tråd med CRPD.

Landsforeningen – We Shall Overcome skriver:

«En modell med fratagelse av beslutningskompetanse er ikke i samsvar med CRPD, noe utvalget også anerkjenner. Det er heller ikke et skritt i riktig retning for å komme i overensstemmelse med konvensjonen.

Beslutningskompetanse er ikke en målbar størrelse, og det er overlatt til helsepersonells skjønn å vurdere om du har den eller fratras den. Det utgjør et rettssikkerhetsproblem at det samme helsepersonellet som avgjør hva slags behandlingsbehov personens anses å ha, også tildeles kompetanse til å avgjøre personens beslutningskompetanse. Når man ser på høyesterettsdom fra 2018 om vurdering av samtykkekompetanse, så finner man en tydeliggjøring av at definisjonsmakten ligger hos helsepersonell, og at retten i liten grad gjør en selvstendig vurdering av grunnlaget. Høyesterett har ved denne dommen lagt en lav terskel for fratagelse av samtykkekompetanse. Å forstå, anerkjenne, resonere og vekte blir redusert til manglende sykdomsinnsikt, som igjen i stor grad handler om å godta psykiaterens definisjon, en omstridt sykdomsmodell, og aksept av medikamenter som skal behandler «sykdommen».

Norsk forbund for utviklingshemmede skriver:

«NFU slutter seg til kritikken av vilkåret om samtykkekompetanse/beslutningskompetanse slik den fremkommer i den generelle dissensen til Tvangslovutvalgets forslag og i fellesuttalelsen til 13 interesse- og arbeidstakerorganisasjoner. Vi vil imidlertid føye til to forhold:

1. NFUs erfaring er at personer med utviklingshemming som er fratatt sin samtykkekompetanse, er ofte fratatt denne generelt og de får den aldri igjen, med mindre VG omtaler saken. NFU erfarer at fratagelse av samtykkekompetanse i praksis har de samme konsekvensene som det som tidligere lå i umyndiggjøring.

2. NFU erfarer at det er en nær sammenheng mellom tjenesteyters iver etter å frata mennesker med utviklingshemning deres samtykkekompetanse og tjenesteyters iver etter å anvende tvang overfor mennesker med utviklingshemning.»

Sivilombudsmannen mener at

«lovgever må foreta en nødvendighets- og forholdsmessighetsvurdering av tvangshjemler som utelukkende er rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne generelt, og personer med psykiske lidelser eller psykiske helseproblemer spesielt. I en slik vurdering må også karakteren av de behandlingstiltak som er aktuelle, vektlegges, herunder hvor inngripende tiltaket er.» «Ombudsmannen er kritisk til utvalgets tilnærming til lovskravet, og mener at flertallets forslag i for stor grad åpner for forskjellsbehandling og vilkårlighet i skjønnsutøvelsen. Avgjørelser om å frata en person rettslig kompetanse til å ta egne beslutninger i helsespørsmål, er et alvorlig inngrep i den enkeltes selvbestemmelse og personlige integritet. Slike inngrep er i kjernen av det forvaltningsrettslige legalitetsprinsippet (se kapittel 3.4 Kravet om lovhjemmel). Som utvalgets flertall legger til grunn, skal kravet til manglende beslutningskompetanse være en «portvokter inn til tvangsreglene». Portvokterfunksjonen vil ha liten verdi i praksis dersom lovhjemmelen ikke oppfyller nødvendige krav til presisjon og forutberegnelighet.»

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) mener at manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten, forutsetter at det samtidig opprettes et system for beslutningsstøtte. En beslutningsstøtteordning vil ifølge NIM bidra til at flere vil bli vurdert å være beslutningskompetente og dermed for redusert behov for å begrense personers rettslige handleevne for å ivareta vedkommendes rettigheter.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon skriver:

«Skal en sikre et lovverk fritt for diskriminering, som er i samsvar med CRPD, bør det settes i gang en utredning av hvordan en best mulig skal hjelpe mennesker med kognitive og psykososiale funksjonsnedsettelse til å utnytte sin selvbestemmelsesrett. Dette burde gjøres før man avgjør hvilket inngangskriterium loven bør ha. Det sentrale er hvordan man sikrer at en persons vilje og preferanser blir ivaretatt, også i situasjoner hvor det er krevende å forstå og i akutte situasjoner. Denne utredningen mangler i utvalgets forslag.»

Likestillings- og diskrimineringsombudet skriver:

«Ombudet mener utvalgets forslag om å stille krav om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke som inngangsvilkår for tvang er skritt i riktig retning - bort fra vektlegging av diagnose. Det er positivt at utvalgets forslag bygger på at alle personer i utgangspunktet skal anses som beslutningskompetente, og at en påstand om manglende beslutningskompetanse må begrunnes konkret og individuelt.»

En del høringsinstanser er bekymret for at forslaget fører til at terskelen for å bruke tvang økes med den konsekvens at pasienter som er for syke til å innse at de trenger behandling, men ikke «syke nok» til å kunne tvinges til behandling, blir «svingdørspasienter» noe som også fører til økt belastning for pårørende.

Legeforeningen skriver:

«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 tvungent 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... 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.»

Molde kommune/Fræna kommune/Norsk samfunnsmedisinsk forening/Giske kommune skriver:

«Som samfunnsmedisinere har vi sett og fått referert tallrike eksempler på at pasienter som tidligere var «stabile» er nå blitt «svingdørspasienter». Pasientene må bli «skikkelig» syke før tvangsbehandling er aktuelt. Og slik behandling kan ikke pågå lengre enn til pasientene har blitt «friske nok». Det vil i praksis si inntil pasienten er i stand til å skape tvil om de har samtykkekompetanse. Da må tvangen opphøre, og pasienten kan igjen takke nei til helsehjelp. Ofte er det bare et tidsspørsmål før pasienten igjen er alvorlig syk og må innlegges igjen, med tvang.

Personer som under pågående (tvangs)behandling har hatt et rimelig godt funksjonsnivå er nå syke, uten ønske om behandling eller hjelp. Noen av disse er trolig også blitt farlige for seg selv, og kanskje også andre. Molde kommune er av den oppfatning at dette lovforslaget vil øke terskelen for lovlig tvang. Når terskelen økes fra det den er i dag vil det åpenbart få negative konsekvenser for pasienter som selv er for syk til å innse et behandlingsbehov, men som samtidig ikke er «syk nok» (etter lov om begrensning og bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten) til å kunne tvinges til slik behandling. Dette er etter vår oppfatning uheldig.»

Kontrollkommisjonen for Nedre Buskerud og Blakstad skriver:

«Kontrollkommisjonens erfaring med lovendringene fra 2017 er at pasientens stemme og medbestemmelsesrett er styrket, og vi kan i hovedsak stille oss bak den oppsummering som gjøres i kapittel 6.2. Imidlertid er det også tydelig at denne styrkingen kommer med en kostnad. Vi ser at flere lovendringer og økning i dokumentasjonskrav de senere år medfører at mer tid medgår til dokumentasjon og kontroll av dokumentasjon, og vil påpeke at all tidsbruk som medgår til dette og som ikke kompenseres med tilførte ressurser vil medføre mindre tid til aktiv pasientbehandling.»

Helsedirektoratet støtter i hovedsak innføring av manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang.

Enkelte instanser peker på mulige uheldige konsekvenser av å innføre et krav om manglende beslutningskompetanse ved tvang overfor rusavhengige. Rusavhengige vil

kunne gjenvinne beslutningskompetansen raskt og skrive seg ut etter avrusning. Dette gir kortere opphold og økt fare for overdoser.

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser skriver f.eks.:

«I flere fagmiljøer i TSB er det en bekymring for at forslag til ny lov vil få som konsekvens at personer med alvorlige rus- og avhengighetstilstander «kun» blir akutt innlagt, for deretter å bli skrevet ut kort tid etter. Bekymring for at vi får en ny gruppe «svingdørspasienter» er stor blant flere fagmiljøer i TSB.»

Klinikk for psykisk helse og rus i Helse Møre- og Romsdal skriver:

«Det er kun i få tilfelle ein ruspasient vil mangle beslutningskompetanse. Vi er bekymra for at ei slik endring, knytta til endring i tvangsinnleggelse av ruspasientar, vil kunne føre til at fleire av desse pasientane går til grunne... Det knyttes også bekymringer til krav om samtykkekompetanse (eller beslutningskompetanse som er ordlyden det nye lovforslaget benytter) når det gjelder tvangsinnleggelse av ruspasientene (de ikke-gravide) da disse nå kan stå uten et reelt hjelpetilbud.»

Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser skriver: «NK-TSB etterlyser en grundigere diskusjon av hvilken sykdomsinnsett personen må ha for å kunne uttrykke samtykke. Personer med alvorlig rus- og avhengighetstilstander, ofte kombinert med alvorlige somatiske og /eller psykiske helseplager kan ha utfordringer med å vurdere hvilke konsekvenser det kan få for egen helse dersom de avviser foreslåtte behandlingstiltak... NK-TSB savner en mer inngående diskusjon av hva rusavhengighet gjør med menneskers mulighet til å gjøre reelt frie valg og en drøfting av tvangsbestemmelsene i forhold til dette særlig knyttet opp til mulighet for tvungen tilbakehold til en er i stand til å gjøre reelt frie valg/ gi informert samtykke.»

Trondheim kommune skriver:

«Trondheim kommune er kritisk til om beslutningskompetanse som kriterium er egnet der avhengighet er hovedlidelse. Dette fordi en rusavhengig med beslutningsevnen intakt ofte vil utvise stor grad av ambivalens og både beslutninger og beslutningskompetansen kan endres ut fra rusens stadier og rusens konsekvenser. Det er viktig å sikre at rusmiddelavhengige beholder muligheten til å ta mer kvalifiserte valg i rusfri tilstand.»

Sykehuset Innlandet HF skriver:

«Pasienter/brukere/beboere (fellesbegrep: personer) vil i stor grad være prisgitt det de profesjonelle aktørene på et faglig grunnlag har å tilby av alternativer innenfor det som til enhver tid regnes som faglig forsvarlig behandling. Dermed kan ikke personen beslutte hva slags helsehjelp personen skal motta på et fritt grunnlag. Personen kan ikke beslutte forstått som å kreve å få et tilbud innfridd som ikke er faglig forsvarlig. I bunn og grunn handler samvalg om at personen sammen med helsepersonell veier for og imot de handlingsalternativene helsepersonell har å tilby, og så samtykke eller ikke samtykke til disse tilbudene. Helsepersonell har en betydelig større makt i disse situasjonene enn personen ved at helsepersonell innehar betydelig større faglig innsikt over de alternativ som finnes. De bør da komme med anbefalinger om hva de mener er det faglig beste handlingsalternativet. Person vil så samtykke/ikke samtykke til de ulike handlingsalternativene.»

Å bruke begrepet beslutningskompetanse i stedet for samtykkekompetanse er å tilsløre denne makt-asymmetrien som alltid vil være der, og i tillegg gi en illusjon av at personen

kan beslutte fritt. I verste fall gir begrepet beslutningskompetanse helsepersonell en mulighet til å fraskrive seg ansvar fra å gi råd i vanskelige faglige spørsmål der det hersker usikkerhet, og dermed legge byrden for dette på personen selv eller pårørende.»

6.4.6 Departementets vurderinger og forslag

6.4.6.1 Manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår

Utgangspunktet er at pasienter må gi et informert samtykke til behandling. Det samme utgangspunktet gjelder for andre tiltak som griper inn i en persons integritet.

Menneskerettighetene gir retten til selvbestemmelse et sterkt vern. CRPD-komiteen har kommet med flere generelle uttalelser om sitt syn på fortolkningen av CRPD. Disse er ikke folkerettslig bindende. CRPD-komiteen aksepterer variasjoner i personers mentale funksjonsevne som fenomen, men mener at det ikke er rettslig relevant. Komiteen drøfter imidlertid ikke situasjonen til dem som er helt uten evne til å gi uttrykk for sitt syn (for eksempel personer med demens i siste stadium av sykdommen, personer med dyp utviklingshemning, personer med psykoser og sterke virkelighetsbrister eller personer i koma). Det er også uklart om komiteen mener at man skal omtale det at man i realiteten treffer beslutninger for, eller over, en person som beslutningsstøtte og ikke begrensninger i den rettslige handleevnen.

Tvangslovutvalget viste til at realisering av andre menneskerettigheter som f.eks. retten til helse (som også er nedfelt i CRPD), i noen tilfeller bare kan skje gjennom begrensninger i enkeltmenneskers rettslige handleevne. De vurderte det derfor slik at CRPD ikke er til hinder for å gi regler som begrenser enkeltpersoners rettslige handleevne.

Departementet slutter seg til utvalgets vurderinger.

Hensynet til selvbestemmelsesretten har blitt tillagt større vekt i helselovgivningen de siste tiårene. Personers rett å bestemme hvilken behandling og andre tiltak de ønsker, gir tjenesteyterne en sterkere oppfordring til å kartlegge personens ønsker og behov og et sterkere insentiv til å prøve å nå fram med frivillig hjelp. Departementet støtter utvalgets vurdering av at retten til selvbestemmelse må være utgangspunkt og hovedregel og at innskrenkninger i denne retten krever særskilte begrunnelser. Departementet støtter også utvalgets forslag om å bytte ut «samtykkekompetanse» med «beslutningskompetanse», blant annet fordi det bedre uttrykker at personen har rett til å si både ja og nei.

Konsekvensen av økt vektlegging av personers rett til selvbestemmelse vil bli at samfunnet må ha større aksept for beslutninger som mange vil synes er rare eller ubegripelige. Samfunnet må også akseptere at konsekvensene av beslutningene vil kunne føre til mye lidelse hos dem som tar beslutningene, og at dette igjen vil kunne føre til store belastninger for pårørende og tjenestene. Se likevel punkt 6.5 om fare for andres liv eller helse.

En del høringsinstanser har pekt på at man burde ha avventet evalueringen av endringen i psykisk helsevernloven i 2017 før man foreslo at manglende beslutningskompetanse skulle være at av vilkårene som skulle erstatte dagens diagnosnære vilkår.

Den kvalitative delen av evalueringen ble gjennomført av Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo på oppdrag fra Helsedirektoratet og publisert i 2019.

Ifølge SME førte lovendringen trolig til økt oppmerksomhet om pasientautonomi i psykisk helsevern. Lovendringene syntes i stor grad å være implementert i psykisk helsevern, men i mindre grad i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Alle informantgruppene mente at lovendringen hadde ført til økt rettssikkerhet og bedre mulighet for brukervedvirkning.

Mange av de som ble intervjuet syntes at det var krevende å vurdere samtykkekompetanse og trodde at vilkåret ble vurdert ulikt. Informantene som representerte tilsynsorganene, hadde erfart at enkelte pasienter hadde blitt krenket og opplevd det som uverdigg at samtykkekompetansen deres ble vurdert. Spesialister på DPS nevnte at det er særlig vanskelig å gjennomføre samtykkekompetansevurderinger for ruspasienter, pasienter som skader seg selv og pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, maniske symptomer eller risiko for suicid. Informantene fra tilsynsorganene framhevet samtykkekompetansevurderinger av ruspasienter, pasienter med psykisk utviklingshemning samt andre pasienter med sammensatt problematikk som særlig utfordrende.

Helsedirektoratet gjennomførte videre, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en kvantitativ analyse av bruken av tvang etter at manglende samtykkekompetanse ble innført som vilkår for tvangsbruk i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017. Evalueringen ble ferdigstilt og publisert i februar 2020.

Fra 2016 til 2017 viste aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern reduksjon for flere tvangsformer. Utviklingen inn i 2018 viste igjen økning for både tvangsinnleggelse, tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming. Det ble likevel funnet indikasjoner på effekter av lovendringen, blant annet redusert varighet av tvungent psykisk helsevern. Lovendringen kan ha hatt som effekt at antallet tvangsvedtak øker noe, uten at det er blitt mer reell tvang. Dette kan skyldes at det før lovendringen faktisk ikke ble truffet tvangsvedtak for pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsatte seg innleggelsen.

Direktoratet fant videre en liten vridning i angitte vilkår for innleggelse under tvungent psykisk helsevern fra 2017 til 2018 i favør av farevilkåret. Det kan ifølge direktoratet ikke utelukkes at endringen vil kunne få større effekter på lengre sikt.

Antallet reinnleggelse har ikke gått opp: «Forholdstallet mellom innleggelse og pasienter har holdt seg stabilt på 1,4 innleggelse per pasient gjennom hele perioden (2014-2019) og det observeres foreløpig heller ikke endringer i antall eller andel gjeninnleggelse på tvang etter lovendringen. Av pasientene som ble skrevet ut fra et tvungent døgnopphold siste tertial 2017, hadde 22 prosent en ny innleggelse under tvungent vern innen tre måneder, mens 40 prosent var tvangsinnlagt på nytt innen ett år. For utskrivninger 3. tertial 2016 var tilsvarende andeler 23 og 39 prosent.»

Departementet tviler ikke på at endringen har ført til økte belastninger på pårørende og kommunale helsetjenester. Evalueringen gir likevel ikke grunnlag for å hevde at innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse har hatt så dramatiske effekter som noen

av høringsinstansene frykter. Den gir for eksempel ikke grunnlag for å hevde at regelendringen førte til en betydelig økning i antallet «svingdørspasienter».

En del av høringsinstansene er bekymret for at forslaget vil føre til flere overdoser fordi rusmiddelavhengige raskt vil gjenvinne beslutningskompetansen og skrive seg ut. Nyere kunnskap viser at opptil 20 prosent av de registrerte overdosene er dokumenterte selvmord. Det reelle tallet er antagelig betydelig høyere.

Departementet ser at konsekvens av forslaget kan bli at rusmiddelavhengige raskt skriver seg ut, men viser til at det i dag brukes lite tvang mot rusmiddelavhengige.

En del av høringsinstansene er bekymret for personer som ikke vil bli friske, og for personer med psykisk utviklingshemning. Ulike grader av manglende beslutningskompetanse kan være varige, og det kan være ekstra stor grunn til å gi den enkelte selvbestemmelse over eget liv. Departementet viser til at beslutningskompetansen, etter forslaget, bare skal falle bort dersom personen ikke er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og at helsepersonell skal ha plikt til å gi personen tilpasset informasjon.

I noen situasjoner må retten til selvbestemmelse i personlige spørsmål balanseres mot retten til beskyttelse mot krenkelse av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og respekten for menneskeverdet. Man har for eksempel krav på nødvendig helsehjelp selv om man ikke evner å treffe beslutninger om helsen sin på egen hånd. Retten til helse som blant annet er nedfelt i CRPD artikkel 25, fører derfor til at statens plikt til å sikre personers helse i enkelte tilfeller kan gå på bekostning av personens selvbestemmelse. Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at inngrep i personers rett til selvbestemmelse kan være nødvendige for å sikre retten til egen helse.

Manglende beslutningskompetanse er et diagnosenøytralt inngangsvilkår. I praksis vil det likevel oftere omfatte personer med enn personer uten funksjonsnedsettelse.

Departementet slutter seg til utvalgets vurdering av at et vilkår om at personen mangler beslutningskompetanse ivaretar menneskerettighetene på en bedre måte enn dagens diagnosenære vilkår.

Inngrep i selvbestemmelsesretten må stå i et rimelig forhold til det man kan oppnå. Et vilkår om manglende beslutningskompetanse bidrar til å rette fokuset mot personens funksjonsnivå. Begrensninger i personens rettslige handleevne må forbeholdes situasjoner der personen har et klart behov for beskyttelse. Departementet støtter utvalgets forslag om at beslutningskompetansen bare skal kunne falle bort når personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og hvilke konsekvenser den kan få.

Vilkåret om manglende beslutningskompetanse gjelder allerede for personer med somatiske helseproblemer og psykiske lidelser. Det vil derimot være nytt for personer med psykisk utviklingshemning og rusproblemer.

Bjørn Henning Østenstad peker i en artikkel i Lov og Rett på at det er knyttet mye usikkerhet til hvordan vilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 om at personen

ikke må være «i stand til å forstå» hva saken gjelder skal forstås.⁵ Østenstad argumenterer for at oppfatningen som ser ut til å være lagt til grunn i Helsedirektoratets rundskriv, nemlig at vurderingstemaet er det samme uavhengig av om personen samtykker eller nekter, ikke har tilstrekkelig støtte i rettskildene. Ifølge Østenstad har den manglede oppmerksomheten rundt hvilke tolkningsprinsipper som gjelder i ulike situasjoner gjort det unødvendig uklart hvilken forståelse personen må ha av saken for å ha samtykkekompetansen intakt. Østenstad argumenterer for at det i vurderingen av om en person har rett til å samtykke er avgjørende hvor alvorlig inngrepet er, mens det når spørsmålet er om personen kan nekte er konsekvensene av å takke nei til hjelpen som er avgjørende. Departementet slutter seg til vurderingen av at det må tydeliggjøres hvordan vilkåret skal tolkes.

En del symptomer, f.eks. spiseforstyrrelser og rusavhengighet, kan sees som måter å dempe, kontrollere og/eller håndtere livsproblemer på. Atferden gir kroppslige og psykiske belønninger som det er vanskelig for utenforstående å begripe. Hvis det får pågå lenge nok er det høy risiko for å utvikle en atferd som kan gjøre det vanskelig å nå igjennom med terapi, fordi terapi typisk taler til den rasjonelle delen av personen som kan mobilisere ressurser og egenmotivasjon for endring. Det vil også kunne påvirke personens muligheter til å gjøre reelt frie valg.

En ny ordning med beslutningsstøtte vil kunne bidra til at flere blir vurdert å være beslutningskompetente i konkrete spørsmål knyttet til hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har i Tildelingsbrevet for 2021 fått i oppdrag å utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte kan utformes og iverksettes.

6.4.6.2 Sterkt behov for behandling eller tiltak

Det at personen mangler beslutningskompetanse kan ikke i seg selv være tilstrekkelig til å bruke tvang. Menneskerettighetene krever at inngrep i retten til selvbestemmelse kan begrunnes i hensyn som i en konkret situasjon veier enda tyngre. Personens behov for hjelp i form av helse- og omsorgstjenester vil kunne være et slikt hensyn.

Inngrepet må være nødvendig. Det må etableres en kobling mellom personens behov og tjenestetilbudet. Departementet støtter utvalgets forslag om at det skal kreves at behandlingen eller tiltaket det er aktuelt å iverksette, må møte personens behov for hjelp på en effektiv måte.

Kravet om forholdsmessighet mellom inngrepet og det som kan oppnås ved inngrepet gjør at det må kreves at personens behov har et visst omfang. Departementet støtter utvalgets vurdering av at hjelpebehovet må være åpenbart og at situasjonen må være slik at det vil være en klar forsømmelse å ikke gi hjelpen. Departementet mener at dette ikke representerer noe nytt.

Legalitetsprinsippet krever at inngrephjemler er utformet slik at det er klart når de kan brukes. En del høringsinstanser mener at kriteriene i utvalgets lovforslag er for vage og at

⁵ Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse, Lov og Rett 01/2021

det gir fare for ulik praktisering. For eksempel skriver *Klinikk for psykisk helse og rus Helse Møre og Romsdal*: «Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene, blant annet ved at hovedkriteriet psykisk sykdom erstattes med uttrykket psykiske problem, gjør loven vag med økt sannsynlighet for ulike tolkninger. Her uthules sykdomsbegrepene og gir rom for skjønn i for vid betydning fremfor presisjon og lik praksis».

Når fokus i større grad rettes mot personens fungeringsnivå og behov må det gjøres konkrete vurderinger i hvert enkelt tilfelle. Det taler etter departementets syn for å lovfeste mer skjønnsmessige vurderingstema for å unngå stor uønsket variasjon. I praksis utsettes den som er ansvarlig for å treffe vedtak, ofte for press om å bruke tvang, både fra tjenestene, samarbeidspartnere og pårørende. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det skal lovfestes at personen skal ha et «sterkt behov» for behandling, innleggelse eller andre tiltak. Dette skal gjelde både ved behov for hjelp med psykiske helseproblemer, rusproblemer, somatiske og andre helseproblemer.

Departementet ser at det kan være hensiktsmessig å gi noen føringer for hva det skal legges vekt på i vurderingen av om personen har et «sterkt behov». Departementet støtter utvalgets forslag om å lovfeste at det skal tas utgangspunkt i hva som er «allment akseptert i klinisk praksis» og «alminnelig faglig akseptert». Formuleringene innebærer at dagens praksis langt på vei videreføres, samtidig som den er robust ved at den gir rom for at endringer i vurderingen av når det foreligger et sterkt behov kan skje gradvis med en solid kunnskapsmessig forankring.

6.4.6.3 Fare for vesentlig helseskade

Når en person har et sterkt behov for behandling eller andre tiltak er det fortsatt et spørsmål om hvilke interesser som må være truet for at tvangsbruk skal kunne forsvares.

Departementet støtter utvalgets forslag om at tvang fortsatt skal kunne brukes når det er konkrete holdepunkter for at personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Forslaget om å videreføre det diagnosenære vilkåret «alvorlig sinnslidelse» ved fare for andres liv eller helse er omtalt i punkt 6.5.

Hensynet til en persons rett til beskyttelse av egen helse vil kunne komme i konflikt med personens rett til selvbestemmelse. Etter dagens regelverk er negative konsekvenser for personens egen helse, eller et ufødt barns helse, hovedbegrunnelsen for tvangsbruk.

Departementet støtter utvalgets forslag om å videreføre et vilkår om risiko for helseskade.

Kravet om forholdsmessighet mellom inngrepet og det som kan oppnås ved inngrepet gjør at det må kreves at det er fare for en helseskade av et visst omfang. Den aktuelle behandlingen eller tiltaket må kunne bidra til å avverge en helseskade som kan få et betydelig omfang og/eller alvorlige konsekvenser.

En del høringsinstanser tar i realiteten til orde for at behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven bør videreføres som et preventivt tiltak for å hindre vold og drap. Å opprettholde adgangen til tvangsbruk med den begrunnelse at det kan ha en mulig forebyggende effekt vil neppe være i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser. Det er også fare for at videreføring av tvangshjemler som ikke stiller krav til en konkret

vurdering av de negative konsekvenser av symptombildet i konkrete saker, vil kunne være problematiske i forhold til EMK.

Et krav om «vesentlig helseskade» retter fokus mot funksjonstapet, dvs. de negative konsekvensene av symptomene. En slik tilnærming tar personens opplevde livskvalitet på alvor og er godt i samsvar med måten helselovgivningen ellers er bygget opp på.

Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at det skal måtte foreligge en nærliggende og alvorlig fare for at personen skal bli påført vesentlig helseskade.

Forslaget skjerper kravene til begrunnelse for å etablere og opprettholde tvang. Det viderefører dagens vilkår blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, og gjør disse gjeldende generelt. Vilkåret innebærer at det såkalte behandlingsskriteriet i psykisk helsevern avvikles. For personer med rusproblemer fører vilkåret om at helseskaden må være vesentlig til at terskelen for bruk av tvang heves. Departementet vurderer det som lite kontroversielt fordi en slik justering har vært etterlyst fra flere hold over tid.

Departementet slutter seg til utvalgets vurdering av at kombinasjonen av vilkår om at personen har et sterkt behov for tiltaket, at det å ikke gripe inn gir fare for vesentlig helseskade og at personen mangler beslutningskompetanse vil ivareta samme funksjon som dagens diagnosenære vilkår. Forslaget fører til at behandlingsskriteriet i psykisk helsevern skjerpes.

6.5 Særlig om fare for andres liv eller helse

6.5.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om at det fortsatt skal være særlige regler om tvangsbruk mot personer som utgjør en nærliggende fare for andre, til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Det diagnosenære vilkåret «alvorlig sinnslidelse» videreføres for personer over 16 år. For barn under 16 år skal det isteden kreves at barnet har et sterkt behov for behandling.

6.5.2 Gjeldende rett

At en person utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse (farekriteriet) er et av de alternative hovedvilkårene for å etablere tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern for personer som har en «alvorlig sinnslidelse». Se nærmere omtale av hva som ligger i «alvorlig sinnslidelse» i NOU 2019:14 punkt 5.5.8.2. Fare for andre kan være den bakenforliggende begrunnelsen for å iverksette behandling. Se nærmere omtale i NOU 2019:14 punkt 25.2.7.

De andre regelverkene har ikke særlige regler om tvangsbruk mot personer som utgjør en fare for andres liv eller helse. Ifølge utvalget finnes det likevel i praksis fra fylkesnemnder og underrettene flere eksempler på at helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er brukt

utenfor tradisjonelle nødssituasjoner for å verne andre. Se omtale i NOU 2019: 14 punkt 25.2.7.

6.5.3 Menneskerettighetene

I situasjoner der det er fare for andre står rett mot urett. Inngrep i retten til ett individ (den som har urett), er samtidig et vern av retten til et annet. Menneskerettslig kan staten bli holdt ansvarlig dersom man ikke treffer tilstrekkelige tiltak for å ivareta sikkerheten til den som står i fare for å bli utsatt for en krenkelse, for eksempel voldsutøvelse fra en medpasient.

6.5.4 Tvangslovutvalgets forslag

Utvalget foreslo at innholdet i særbestemmelsene ved fare for andre på grunn av alvorlig sinnslidelse skulle videreføres.

6.5.5 Høringsinstansenes syn

Sykehuset i Innlandet HF skriver:

«Vi opplever det problematisk at lovutvalget i liten grad har gått inn på dette med farlighet. En konkret problemstilling knyttes til at mens sterkt behov og manglende beslutningskompetanse regulerer bruk av tvang i behandlingssituasjoner så trer alvorlig sinnslidelse inn ved fare for seg selv og andre. Dette kan bidra til en forskyvning fra dagens behandlingsbegrunnelse til mer bruk av begrunnelse i farekriteriet, og dermed økt stigma i forhold til en fra før sårbar gruppe.»

Sykehuset i Vestfold HF skriver:

«5-5 viderefører at pasienter kan innlegges eller underlegges tvang av hensyn til samfunnsvernet, og her gjelder fremdeles begrepet fra dagens psykisk helsevernlov, «alvorlig sinnslidelse». Også med nytt lovverk vil man derfor måtte ha med seg rettspraksis fra dagens lov. Samlet sett fremstår dette derfor uferdig og gi grunnlag for å skape forvirring.»

Politidirektoratet antar at forutsetningen om mindre tvang i helse- og omsorgssektoren ikke nødvendigvis vil føre til økt ressursbruk for politiet. Politidirektoratet mener imidlertid at utvalgets vurderinger av rammene for helse- og omsorgstjenestens eget regelverk i for liten grad omfatter forholdet mellom individ og samfunnsvern, og savner en prinsipiell diskusjon av hvordan forholdet mellom helse- og omsorgssektorens ansvar og justissektorens ansvar bør være. Samfunnsvernet og hensynet til andre må fortsatt i seg selv må kunne begrunne tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen peker på at den foreslåtte bestemmelsen ikke omfatter pasienter som på grunn av 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.

Helsedirektoratet mener departementet bør vurdere om personer som utgjør en fare for andre, kan omfattes av flere av de nye, generelle vilkårene for tvang.

Tvangsforsk mener at forslaget ikke er i tråd med CRPDs krav om diagnosenøytral lovgiving og at det dermed underminerer en av bærebjelkene i lovforslaget. De skriver bl.a.:

«Når alvorlig sinnslidelse koplet mot fare for andre er et sentralt grunnlag for å tvangsinnlegge personer i det psykiske helsevernet frykter vi at dette vil bidra til å underbygge en oppfatning i befolkningen om at personer med alvorlig psykisk lidelse er farlige. Slik sett mener vi lovforslaget paradoksalt nok bidrar til å underbygge diskriminering og stigmatisering av personer med psykisk lidelse.»

Tvangsforsk skriver videre at de over lang tid sett glidninger i bruk av tilleggskriteriene i psykisk helsevernloven, hvor en av faglige og kulturelle grunner har hatt ulik lokal preferanse for bruk av henholdsvis behandlings- og farekriteriet. De skriver bl.a.:

«At en ikke observerte en betydelig reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern da man i 1999-lovrevisjonen fjernet overlastkriteriet (det ble sannsynligvis erstattet av både behandlings- og farekriteriet) underbygger dette. Når fare for andre blir stående som et vilkår for å tvangsinnlegge personer med alvorlig sinnslidelse frykter vi derfor at antallet personer som blir tvangsinnlagt med dette som begrunnelse vil øke. Og under dette ligger en manglende vurdering i utvalget av CRPDs vektlegging av individets autonomi opp mot eksisterende lovgivings ditto vektlegging også av samfunnsvernet.»

6.5.6 Departementets vurderinger og forslag

Menneskerettighetene krever at staten skal beskytte personer mot integritetsinngrep fra andre personer. Departementet slutter seg til utvalgets vurdering av at det fortsatt er behov for særlige regler om tvangsbruk mot personer som utgjør en nærliggende fare for andre. Departementet støtter utvalgets vurdering av at det vil kunne være nødvendig å begrense den rettslige handleevnen til personer når det er nødvendig av hensyn til fare for andres liv eller helse. Begrensningen må likevel stå i et rimelig forhold til det man kan oppnå.

Departementet har i punkt 6.3 foreslått at regelverket om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren skal utformes mer diagnosenøytralt enn dagens regelverk. Begrepet «alvorlig sinnslidelse» oppleves av mange som særlig stigmatiserende. Det er derfor foreslått at det skal erstattes med vilkår om manglende beslutningskompetanse og sterkt behov for behandling.

Terskelen for inngrep mot personer som er en fare for andre, bør imidlertid være lavere enn mot personer som bare utgjør en trussel mot seg selv. Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at disse vilkårene ikke skal gjelde i situasjoner der det er en nærliggende fare for andres liv eller helse.

Departementet slutter seg også til utvalgets vurdering av at adgangen til tvangsbruk i situasjoner der det er en nærliggende fare for andres liv eller helse ikke bør være videre enn etter dagens regelverk og at vilkåret «alvorlig sinnslidelse» i denne sammenhengen representerer et rimelig kompromiss ved å både rette oppmerksomheten mot behovet for hjelp og redusert beslutningsevne.

Det vil ofte ikke være et spørsmål om det skal gripes inn fra samfunnets side, men om dette er en oppgave for helse- og omsorgstjenesten, eller om den må overlates til politiet.

Dagens regelverk har allerede et skille mellom regler som er begrunnet i hensyn til personen selv og de som er begrunnet i hensynet til andre. En tydeligere markering av at det er ulike hensyn som begrunner ulike bestemmelser, blant annet gjennom bruk av egne paragrafer, kan bidra til å tydeliggjøre dette.

Det kan være vanskelig å stille diagnoser på veldig unge mennesker. Departementet slutter seg derfor også til utvalgets forslag om å videreføre dagens regel om at vilkåret «alvorlig sinnslidelse» ikke skal gjelde for personer under 16 år. For personer under 16 år vil det dermed også i situasjoner der det er fare for andre være avgjørende om personen har et «sterkt behov» for behandling for psykiske helseproblemer. Styrken i behovet for hjelp vil dermed være avgjørende. Se også punkt 6.8 der det foreslås at offentligrettslige rettssikkerhetsgarantier skal erstatte foreldresamtykke som grunnlag for tilbakeholdelse ved sterke inngrep overfor barn.

6.6 Antatt samtykke

6.6.1 Innledning

Departementet har vurdert Tvangslovutvalgets forslag om at det skal være et gjennomgående vilkår for tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten at personen må antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom han eller hun hadde hatt beslutningskompetanse. Departementet vil ikke legge dette vilkåret til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Departementet vil isteden legge til grunn at det der det er mulig skal innhentes informasjon om hva personen ville ønsket dersom vedkommende var beslutningskompetent og at det skal legges betydelig vekt på denne informasjonen.

6.6.2 Gjeldende rett

Se omtale av gjeldende rett i NOU 2019: 14 punkt 14.4.3.1.

6.6.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at det skulle være et sentralt vilkår for tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten at personen må antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom han eller hun hadde hatt beslutningskompetanse. Vilket skulle ikke gjelde ved fare for andre og ikke for personer under den helserettslige myndighetsalder (16 år).

Utvalget foreslo å lovfeste en presisering av hva som skal vurderes. Det skulle tas utgangspunkt i personens holdninger tidligere i livet. Ved mangel på sikre holdepunkter, skulle det kunne legges vekt på hvordan personer med beslutningskompetansen intakt og i en sammenlignbar situasjon, antas å ville stille seg.

Utvalget foreslo også at departementet skulle gis hjemmel til å gi nærmere forskriftsbestemmelser om avgivelse og registrering av ønsker og preferanser med tanke på framtiden.

6.6.4 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser mener at det vil være vanskelig å praktisere et vilkår om antatt samtykke.

Bodø kommune skriver:

«En vurdering av antatt samtykke forutsetter at det er en tett og nær sammenheng mellom holdning og atferd. Er det empirisk belegg for en slik forutsetning? Hva vi mener som antatt friske, trenger ikke være det samme som når vi er konstatert (p)syke.

Når det gjelder det selvuttrykte: Hvor vanlig er det at personer har uttrykt en holdning og at denne er notert/journalført? Hvor skal man lete for å finne? Hvor lang tid har man?»

Kristiansand kommune skriver:

«Det er nok ganske uvanlig at en pasient på forhånd har et klart bilde av om vedkommende ville ønsket å bli underkastet tvang. Derfor kan et slikt lovkrav lett åpne for skjønnsmessige vurderinger som ikke nødvendigvis vil sikre bedre rettsikkerhet for den som skal utsettes for tvangsinngrep eller tvangsinngjørelse.»

Nasjonalt ledernettverk for voksenhabilitering, arbeidsutvalg skriver:

«Antatt samtykke innføres som et nytt begrep. Det er vanskelig å forstå hvordan begrepet skal oppfattes og hva må til for å sikre lik praksis med forståelsen av «antatt samtykke» og hvordan det kan styrke en persons rettsikkerhet. Formuleringer vedrørende samtykke vil medføre stor grad av skjønn og omfattende variasjon i praktisk anvendelse.»

Sykehuset Innlandet HF skriver:

«Vi kan ha en forståelse for bruken av begrepet når man snakker om personer med demens eller alvorlige psykiske lidelser som tidligere har hatt en normal fungering. Men det er vanskelig å se for seg hvordan dette skal vurderes med tanke på de psykisk utviklingshemmede. Formuleringer vedrørende samtykke vil medføre stor grad av skjønn og omfattende variasjon i praktisk anvendelse.»

Universitetssykehuset i Nord-Norge skriver:

«Pasienter med rusvansker forventes å ha en sterk ambivalens til bruken av rusmidler. Vurderingen av antatt samtykke her kan synes vanskelig, da en kan forvente at pasienter på ulike tidspunkt har ment ulike ting om det å ta imot behandling for ruslidelsen. Verdien i forhold til bedre ivaretagelse av pasientens integritet og medbestemmelse er derfor usikker.»

En del instanser er bekymret for at vilkåret om antatt samtykke, sammen med vilkåret om manglende beslutningskompetanse, vil føre til at en del personer ikke får nødvendig hjelp eller ikke får hjelp i tide. En del instanser er videre bekymret for at vilkåret vil føre til at pasienter blir skrevet ut for tidlig og at det for ruspasienter kan øke faren for overdoser.

Helse vest RHF, Helse Stavanger, klinikk psykisk helsevern voksne skriver:

«Pasienter i psykisk helsevern har noen ganger ikke innsikt i hvor syke de i perioder har vært, og vil etter en innleggelse kanskje gi uttrykk for at de aldri ville vært innlagt selv om de nå fremstår som samtykkekompetente. Skal dette da være til hinder for reinnleggelse på tvang ved eventuelt tilbakefall av sykdom slik at de skal gå ubehandlet. En slik lovendring vil i så fall ramme den syke selv og dennes pårørende sterkt. I tillegg blir ca. 50 % av pasientene (rundt 1300 årlig) som akuttinnlegges ved Helse Stavanger henvist av legevak

og tatt imot av lege på et akuttmottak eller på vakt. Disse legene har ikke tidligere kjennskap til pasientene og vil ikke være i en posisjon der de kan vurdere om pasienten kan antas å ha villet samtykke til innleggelse.»

Sørlandet sykehus skriver:

«Dette vilkåret vil kunne komme i konflikt med vilkåret om «sterkt behov» og forutsetningen om at helsehjelpen skal ytes etter kunnskap om beste praksis. Det stilles også spørsmål ved om hvordan «antatt samtykke» skal kunne bidra til å styrke en persons rettssikkerhet, dersom en pasient har store formidlingsvansker og begrenset orienteringsevne som følge av egen fungering. «Antatt samtykke» er et begrep som kan bidra til ulik praksis og manglende enhetlig forståelse.»

Forslaget støttes imidlertid av *Landsforeningen – We Shall Overcome*:

«Kravet om antatt samtykke som eget vilkår er en stor endring i positiv retning, og er muligens det sterkeste forslaget fra flertallet. Antatt samtykke tar som utgangspunkt at vedkommendes vilje skal respekteres når det er vanskelig/ umulig å få et fritt og informert samtykke, og er en bevegelse i retning av CRPD.»

De er imidlertid likhet med en del andre høringsinstanser, bekymret for hvordan vilkåret skal forstås og praktiseres.

Likestillings- og diskrimineringsombudet skriver:

«Dersom krav om manglende beslutningskompetanse vedtas som inngangsvilkår for å avgrense personkretsen som kan utsettes for tvang på helse- og omsorgsrettens område, vil ombudet fremheve betydningen av at dette kravet suppleres med selvstendig vilkår om antatt samtykke... Ombudet er enig i at et krav om antatt samtykke vil kunne være et skritt i retning av å implementere CRPD i norsk rett.»

Helsedirektoratet støtter ikke forslaget og foreslår isteden at pasientens syn på behandling i perioder der de er beslutningskompetente, skal vektlegges i en helhetsvurdering.

Stavanger kommune skriver (subsidiært):

«Stavanger kommune mener antatt samtykke bør være et vurderingsmoment, ikke et absolutt vilkår for å fatte tvangsvedtak. Tvangslovutvalgets begrunnelse for å oppstille vilkår om antatt samtykke er å ivareta pasientens/brukerens rett til selvbestemmelse så langt som mulig. Imidlertid mener Stavanger kommune at dette vilkåret i praksis kan ha motsatt effekt. Dersom en person tidligere i livet, mens vedkommende var frisk, har gitt uttrykk for skepsis til helse- og omsorgstjenester, vil vilkåret om antatt samtykke, tatt på ordet, innebære at man ikke under noen omstendighet kan fatte tvangsvedtak for personen senere i livet. Dette vil gjelde uavhengig av hvor hjelpetrequende han/hun blir. Samtidig er det lett å tenke seg at personen tidligere i livet manglet innsikt i hvordan det er å være pleietrequende, og kanskje ville hatt uttrykt seg annerledes dersom vedkommende hadde hatt slik innsikt. Man risikerer å frata pasienten/brukeren nødvendig hjelp vedkommende med tilstrekkelig kunnskap ville ha takket ja til.»

6.6.5 Departementets vurderinger og forslag

Retten til selvbestemmelse og vernet mot diskriminering som følge av nedsatt funksjonsevne, må balanseres mot andre rettigheter, blant annet retten til helse.

Selv om en person blir vurdert å mangle beslutningskompetanse, og de øvrige vilkårene for tvangsbruk er oppfylt, er det ikke opplagt at tiltak skal kunne gjennomføres ved bruk av tvang. Å stille krav om antatt samtykke vil styrke selvbestemmelsesretten til personer som blir vurdert å mangle beslutningskompetanse og slik bidra til å realisere intensjonene bak CRPD i norsk rett. Krav om antatt samtykke etablerer dessuten en årsakssammenheng mellom den manglende beslutningskompetansen og faren for skade som utløses ved at personen nekter å motta tjenesten.

Dersom det skal stilles vilkår om antatt samtykke blir det sentrale spørsmålet hvordan man skal finne ut hva personen ville ha ment om tiltaket dersom han eller hun ikke hadde manglet beslutningskompetanse.

Det sikreste grunnlaget har man når det finnes informasjon om hvordan personen tidligere har stilt seg til den aktuelle typen hjelp i en tilsvarende situasjon. Tidligere holdninger kan likevel ikke legges til grunn uten en kritisk vurdering av om holdningen fortsatt er gyldig. For eksempel kan en dårlig opplevelse under en tidligere innleggelse basert på samtykke til tilbakehold, ha fått personen til å endre holdning til tvangsbruk.

Det vil stille seg annerledes når behovet for helse- og omsorgstjenester nylig har oppstått. Mange vil ikke ha tatt stilling til hva de ønsker før de faktisk kommer i situasjonen og mange vil tidligere i livet ha manglet nødvendig innsikt til å ta stilling til hva de ville ha ønsket i den konkrete situasjonen. Holdninger eller synspunkter personen tidligere har uttrykt kan likevel gi grunnlag for antakelser om hvordan han eller hun ville ha stilt seg til det aktuelle spørsmålet hvis evnen til å ta beslutninger ikke hadde vært svekket. Det vil måtte legges stor vekt på hvor tydelig oppfatningen har kommet til uttrykk, hvor konsistent holdningen har vært og hvor nær den er i tid.

Det vil ofte være nødvendig å trekke inn pårørende eller andre som kjenner personen godt. Det kan være et krevende ansvar og en stor byrde for pårørende å skulle formidle pasientens ønsker. Det kan være vanskelig for den pårørende å bedømme om pasientens uttalte ønsker er uttrykt i en beslutningskompetent tilstand og om uttalelsen representerer pasientens «egentlige ønske». Formidlingsrollen kan få konsekvenser for relasjon mellom personen og dennes pårørende, særlig dersom det viser seg at den pårørende tar feil mht. personens ønsker eller dersom det viser seg at en behandling har liten effekt eller store bivirkninger. Det må også vurderes hvor pålitelig pårørendes formidling av personens ønsker er. Pårørende kan ha motsatte interesser av personen og bevisst eller ubevisst formidle ønsker som snarere er deres egne ønsker. Vilåret legger også et stort ansvar på helsepersonell som skal tolke og forstå pårørende, i lys av de ovennevnte usikkerhetsfaktorene.

Personen det gjelder vil kunne oppleve det som krenkende å bli fortalt hva de ville ha ment i en annen situasjon, særlig hvis de også oppfatter det som en tilbakemelding på hva de burde ha ment.

Dersom det finnes lite informasjon om personens holdninger blir spørsmålet om det også er relevant å trekke inn objektive momenter, dvs. i hvilken grad folk flest vil akseptere det aktuelle hjelpetiltaket med sine mulige fordeler og ulemper. Variasjonen i

behandlingsønsker er større i dag enn tidligere fordi folk generelt er mer opplyste om alternative behandlingsmåter og mer kritiske, blant annet til «skolemedisin». Dette vil ikke minst gjelde for behandling av psykiske lidelser, der det er en økende skepsis til bruk av antipsykotika og i tillegg økende kjennskap til og ønsker om å prøve ut legemiddelfrie behandlingsmetoder. Det vil dermed være vanskelig å legge et objektivt utgangspunkt til grunn for alle pasientgrupper og lidelser som omfattes av tvangshjemele.

Å ikke iverksette tiltak fordi det ikke foreligger et antatt samtykke vil kunne øke risikoen for at man må vente med å bruke tiltak til vilkårene for inngrep i nødssituasjoner er oppfylt eller til personen utgjør en fare for andre.

Forslaget om antatt samtykke som gjennomgående vilkår må ses i sammenheng med utvalgets forslag om adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler, begrenses til legemidler personen allerede har prøvd, se omtale i punkt 6.12. Vilkåret om antatt samtykke, vil også kunne slå inn overfor nysyke som aldri har prøvd legemidler, og ikke tidligere har vært innlagt, men likevel har uttrykt negative holdninger til psykiatrisk behandling. Kravet om antatt samtykke fører i praksis til at man kan reservere seg både mot innleggelse og medisinerings inntil man eventuelt utgjør en fare for andre. Personer som har reservert seg mot bruk av antipsykotika, vil ikke alltid fylle vilkåret om antatt samtykke til tvangsinnleggelse. Dette vil kunne være psykotiske og svært behandlingstrengende pasienter. Det vil være uheldig dersom disse pasientene ikke kan tvangsinnlegges når de blir veldig psykotiske. Det er verken riktig overfor personen, pårørende eller samfunnet å måtte vente med innleggelse til disse personen utgjør en fare for andre, eller oppfyller vilkårene for et inngrep i nødssituasjon.

Paulsrud-utvalget foreslo at et tilsvarende vilkår skulle tas inn i psykisk helsevernloven. Departementet konkluderte imidlertid med at antatt samtykke ikke burde være et absolutt vilkår, men at det i helhetsvurderingen av om tvang skulle iverksettes skulle legges betydelig vekt på om personen ville ha samtykket hvis han eller hun hadde vært samtykkekompetent.

Departementet støtter intensjonen i utvalgets forslag, nemlig å sikre størst mulig grad av selvbestemmelse og vurderingen av at antatt samtykke-perspektivet må sterkere inn i lovgivningen enn det som er tilfellet i dag.

Når man har informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg bør det legges stor vekt på om personen antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom han eller hun hadde hatt beslutningskompetanse. I situasjoner der det er usikkert hva personen ville ha ment er det derimot mer tvilsomt om et vilkår om antatt samtykke rent faktisk kan bidra til å styrke en persons rettssikkerhet. For helse- og omsorgstjenesten vil det kunne være svært arbeidskrevende å finne ut hva personen ville ha ment. Det kan også være vanskelig å vurdere om personen faktisk var beslutningskompetent da han eller hun f.eks. uttrykte skepsis til innleggelse i psykisk helsevern. Utviklingen har dessuten i senere år gått i retning av økt formell og reell brukervedvirkning, dvs. at det allerede i betydelig grad tas hensyn til personens ønsker.

Når man ikke har sikker informasjon om hva personen ville ha ment blir det etter departementets vurdering, riktigere at loven er åpen på at man overstyrer personens uttrykte ønske på tidspunktet da et tiltak blir satt i verk. Departementet foreslår derfor at det ikke innføres et gjennomgående selvstendig materielt vilkår om antatt samtykke. Informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket bør derimot tillegges betydelig vekt i vurderingen av om inngrepet står i et rimelig forhold til det som kan oppnås.

6.7 Nye regler for inntak til rusbehandling med tvang

6.7.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om nye regler for inntak til rusbehandling med tvang til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog). Kommunen skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse og gi slike opplysninger til spesialisthelsetjenesten.

6.7.2 Gjeldende rett

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 kan Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i dag treffe vedtak om inntak uten samtykke i rusinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale i NOU 2019:14 punkt 5.6.6, 5.6.9 og 5.6.9.

6.7.3 Tvangslovutvalgets forslag

Utvalget foreslo å overføre kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang fra fylkesnemndene og kommunene til lege eller psykolog i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget foreslo at oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten før inntak skulle inngå en samarbeids- og planleggingsavtale om personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet.

6.7.4 Høringsinstansenes syn

Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker støtter forslaget til ny inntaksmodell og mener det har gode grunner for seg. Helse Vest RHF v/ Helse Stavanger, psykisk helsevern voksne er positive til at vedtakene om tvang blir sterkere forankret i faget og hos de som skal være ansvarlig for behandlingen.

For personer med samtidige rus- og psykisk helseproblemer mener *Asker kommune m.fl.* at forslaget vil føre til tydeligere plassering av ansvar, og bedre vurderinger av hvilken

institusjon som er mest egnet. Forslaget kan også legge til rette for en likere praksis mht. tvangsvedtak enn hva som er tilfelle i dag.

Bl.a. *Kompetansesenter rus- region øst, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling på vegne av representanter fra Helse Stavanger og Helsefonna, Fylkesmannen Innlandet, flere kommuner og Actis-Rusfeltets samarbeidsorgan*) er bekymret for at den kommunale tverrfaglige (helse- og sosialfaglig) tilnærmingen vil svekkes.

Helsedirektoratet og en del andre peker også på at kommunene har god kjennskap til brukerne på rusfeltet og hvem som trenger hjelp. Spesialisthelsetjenesten vil ikke være i posisjon til å skaffe seg tilsvarende oversikt. *Helsedirektoratet* foreslår derfor å gi kommunene et ansvar for å være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse og gi kommunen mulighet eller plikt, til å gi slike opplysninger til spesialisthelsetjenesten på eget initiativ uten hinder av taushetsplikt.

Norsk forening for Avhengighetspsykologi er bekymret for at forslaget vil øke tvangsbruken for denne pasientgruppen.

Kompetansesenter rus- region øst skeptisk til om ny inntaksmodell vil ivareta rettssikkerheten i like stor grad som etter dagens regler.

Bergen kommune er redd for at ressursituasjonen vil påvirke spesialisthelsetjenestens vurdering og at flere brukere vil bli skrevet ut for raskt.

De fleste som uttaler seg er positive til forslaget om samarbeidsavtale i forkant av innleggelsen, bl.a. *Helsedirektoratet, Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, Asker kommune, Helse Stavanger, psykisk helsevern voksne, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling på vegne av representanter fra Helse Stavanger og Helsefonna, Statens helsetilsyn og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.*

Noen ønsker at det skal være mulig å gjøre unntak fra kravet bl.a. ved akutt behov for innleggelse eller dersom brukeren ikke selv ønsker avtalen.

6.7.5 Departementets vurderinger og forslag

Det er uheldig at ansvaret for initiering og gjennomføring av tvangsvedtak er delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Delt ansvar kan blant annet innebære at uenighet om behov og manglende samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fører til at det brukes mye ressurser på å forberede og fastsette vedtak om tvang som ikke blir gjennomført.

Det er også uheldig at prosessen frem mot tvangsvedtak er langvarig og krevende for kommunene. Dette fører til at de fleste tvangsinnleggelsener skjer på grunnlag av midlertidige vedtak truffet som hastesak og uten prosedyrer som sikrer rettssikkerheten. Videre viser forskning at praksis mellom kommunene varierer mye og at andre hensyn enn om vilkårene er oppfylt, avgjør om kommunene fremmer sak om tvang.

Departementet ser at utvalgets forslag kan føre til at kommunenes kunnskap om brukergruppen og tverrfaglige tilnærming ikke blir tilstrekkelig utnyttet. Dette er likevel

ikke nok til å forkaste utvalgets forslag. Mye kan avhjelpest gjennom forslaget om samarbeids- og planleggingsavtaler og direktoratets forslag om å gi kommunene ansvar for å være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse og informere spesialisthelsetjenesten om dette.

Selv om sosialfaglige aspekter er viktige, kan lovens vilkår også aktualisere medisinske vurderinger som kommunene ikke har kompetanse til å gjøre, blant annet for personer med både psykiske lidelser og rusavhengighet. For noen kan det være vanskelig å avgjøre om innleggelsen bør skje i psykisk helsevern eller i rusinstitusjon. Noen har dessuten behov for innleggelse i begge tjenestene, for eksempel overføring til videre rusbehandling etter at den psykiske helsen er stabilisert. Forslaget legger bedre til rette for fleksible løsninger og sammenhengende tjenester når inntak besluttes på samme måte.

Noen høringsinstanser er bekymret for at forslaget vil føre til økt bruk av tvang overfor rusavhengige når vedtaksprosessen blir raskere og mindre ressurskrevende. Departementet støtter utvalget som mener forslaget ikke vil gi økt tvangsbruk, og viser til at bruken av midlertidige vedtak er høy allerede i dag. De nye reglene vil alt i alt gi bedre rettssikkerhet. Utvalget viser også til at forslaget om manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i rusinstitusjon vil snevre inn gruppen av personer det kan være aktuelt å bruke tvang overfor.

Departementet foreslår etter dette å følge opp utvalgets forslag om å overføre kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog). Departementet slutter seg også til forslaget om å kreve samarbeids- og planleggingsavtale mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet slutter seg videre til forslaget fra Helsedirektoratet om å gi kommunene ansvar for å være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse og mulighet og plikt til å gi slike opplysninger til spesialisthelsetjenesten.

Forslaget innebærer at det som ellers i helse- og omsorgstjenesten, vil være den faglig ansvarlige som treffer vedtak om tvangsbruk i rusbehandling. Den eksterne kontrollen med tvangsbruken blir endret fra en forhåndskontroll (fylkesnemndene) til etterfølgende kontroll (fylkesmannen og tvangsbegrensningsnemndene). 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.

6.8 Tvangsdefinisjonen

6.8.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag til definisjon av tvang til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Tvang skal som hovedregel defineres som overvinnelse av motstand.

Iverksetting av helse- og omsorgstjenester som et barn motsetter seg, skal bare anses som tvang mot de eldste av barna som er ikke er helserettslig myndige og bare når det aktuelle tiltaket er særlig inngripende.

6.8.2 Gjeldende rett

Se omtale av tvangsbegrepet i dagens regelverk i NOU 2019:14 punkt 18.1.

6.8.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at tvangsbegrepet skulle begrenses til tilfeller med overvinnelse eller omgåelse av motstand. Dette innebærer to vesentlige endringer:

- I psykisk helsevern skal det ikke lenger kreves samtykke for frivillig innleggelse, manglende motstand er nok.
- De minst inngripende tiltakene mot personer med utviklingshemning og psykiske lidelser skal ikke lenger anses som tvang.

Overvinnelse av motstand med virkemidler som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker, eller omgåelse av motstand ved at vesentlig informasjon bevisst blir holdt skjult, skulle anses som tvang. Motstand skulle anses å foreligge når en person gir uttrykk for en negativ holdning til et tilbud som ikke kan overvinnes uten tvangsbruk. Ved tvil skulle det legges til grunn at det foreligger motstand. Dersom personen ikke motsetter seg tiltaket, skulle det ikke anses som tvang.

Om noe blir ansett som tvang eller ikke, skulle være avgjørende for om særlige krav til saksbehandling og kontroll- og overprøvningsmekanismer kommer til anvendelse. Utvalget foreslo videre at det skal lovfestes rammer i form av alminnelige vilkår som skulle gjelde selv om tiltaket ikke anses som tvang etter loven fordi personen ikke motsetter seg for eksempel for behandling av psykiske lidelser med legemidler.

Utvalget foreslo i hovedsak samme tvangsdefinisjon for barn mellom 12 og 16 år (og barn under 12 år som viser en særlig modenhet i situasjonen). Tvang skulle også for denne gruppen anses å foreligge ved overvinnelse av motstand med virkemidler som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker, eller omgåelse av motstand ved at vesentlig informasjon bevisst blir holdt skjult. Dette innebærer en vesentlig endring fra i dag: Foreldrene skal ikke lenger beslutte tvangstiltak overfor sine barn, slike tiltak skal etter den nye loven besluttes av institusjonen/helsepersonell. En begrensning skal likevel gjelde for barn; Tvangsbegrepet skal bare omfatte tiltak som er særlig inngripende, f.eks. tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering.

Dette skulle gi følgende hovedregel:

For barn under 12 år og tiltak som ikke er særlig inngripende – foreldrene bestemmer

For barn 12 til 16 år ved tiltak som er særlig inngripende – institusjonen/helsepersonellet bestemmer

6.8.4 Høringsinstansenes syn

En del høringsinstanser støtter forslaget om innskrenking av tvangsbegrepet.

Helsedirektoratet skriver for eksempel:

«Helsedirektoratet støtter innskrenking av tvangsbegrepet til inngrep overfor personer som yter motstand. Vi slutter oss til at det sikrer en sterkere prioritering av kontrollressursene, lettere tilgang til hjelp for de som ikke yter motstand og at en unngår unødig stigmatisering. Innskrenkingen retter dessuten opp i en utvikling som har gått for langt, når det gjelder hva som anses som tvang overfor personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. På det feltet blir det truffet en del vedtak også ved svært lite inngripende tiltak...»

Pasient- og brukerombudene:

«er enig i at terskelen for hva som regnes som tvang heves, og særlig når personene ikke viser motstand. Vi er enig i prinsippet om at det skal være lett å yte helsehjelp i disse tilfellene. En endring av terskelen kan også føre til mer respekt for lovverket fra de som utfører tjenesten. Vi er kjent med at ansatte som jobber med psykisk utviklingshemmede har utfordringer med å forstå logikken og begrunnelse for den nedre grensen for tvang i dagens lov, særlig når dette uten tvil fremstår som beste løsning for brukeren og vedkommende ikke protesterer.»

Norges institusjon for menneskerettigheter skriver at det menneskerettslig sett ikke er noe i veien for å ha en motstandsbasert tvangsdefinisjon og at det harmonerer godt med menneskerettslige prinsipper at rettsikkerhetsgarantiene tilpasses hvor alvorlig et inngrep er.

Kontrollkommisjonen for Nedre Buskerud og Blakstad skriver:

«Kontrollkommisjonen er positiv til definering av tvang som overvinnelse av motstand. Man har sett enkelte uheldige enkelttilfeller hvor vilkåret om samtykkekompetanse har medført at pasientens samtykke ikke kan anses «godt nok» selv om det reelt synes å være enighet om behandlingstiltak.»

Landsforeningen – We Shall Overcome skriver derimot:

«Forslaget om endring av tvangsbegrepet kommer som en «følgefeil» av å frata mennesker beslutningskompetansen. At hjelp skal være lett tilgjengelig uten tvang må sikres ved å følge vedkommens vilje og preferanser, ikke ved å lage et nytt tvangsbegrep som kun dekker en andel av tvangen.»

Noen instanser er kritiske til at det skal legges avgjørende vekt på at personen utviser motstand. Andre gir uttrykk for bekymring for hvordan forslaget vil slå ut for personer som ikke kan, eller ikke er vant med, å gi uttrykk for motstand, særlig personer med psykisk utviklingshemming.

Sivilombudsmannen er bekymret for hvilke konsekvenser forslaget vil få for rettssikkerheten til personer som er underlagt helse- og omsorgslovgivningen, men som av ulike grunner ikke viser motstand slik dette defineres av utvalget. Sivilombudsmannen skriver:

«Ombudsmannen vil generelt fremheve risikoen for at begreper som «motstand» blir gjenstand for omfortolkning og utglidning i praksis. Det er derfor viktig at utvalgets merknader som presiserer innholdet i begrepene, videreføres i klare lovgiveruttalelser.»

KS viser til at for personer som omfattes av kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven tolkes utvalgets forslag som en positiv endring.

6.8.5 Departementets vurderinger og forslag

6.8.5.1 Innledning

Når et tiltak anses som tvangsbruk, skal bestemte saksbehandlingsregler følges og kontrollrutiner settes i verk.

Dagens regelsett har flere tvangsbegrep med ulikt fokus og ulik rekkevidde, også innenfor samme lov. Blant annet brukes begrepene «motstand» og «tvang» til dels om hverandre. Bruk av tvang er inngripende tiltak som krever klar lovhjemmel. Det er lite tilfredsstillende at det er usikkerhet rundt hva som skal anses som tvang. Det bør derfor uansett klargjøres i loven hva man legger i «tvang».

Å definere et vidt spekter av tiltak som tvang, kan bidra til økt beskyttelse av sårbare personer fordi tvangsbruk utløser særskilte krav til saksbehandling og kontroll. Et snevrere tvangsbegrep gir økt selvbestemmelse og konsentrerer kontrollressursene rundt de mest inngripende tiltakene.

I det følgende brukes «tjeneste» om alle tilbud om bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Betegnelsen «tvangstiltak» eller bare «tiltak» brukes om fysiske anordninger og handlinger som er nødvendige for å gjennomføre en helse- eller omsorgstjeneste.

6.8.5.2 Motstand

Retten til selvbestemmelse har et sterkt menneskerettslig vern. Utgangspunktet er derfor at det må avklares hvordan den som får tilbud om en helse- eller omsorgstjeneste, stiller seg til det og at det må legges stor vekt på personens ønsker.

Tvangslovutvalget har i sitt lovutkast lagt opp til at regelverket skal skille mellom situasjoner der personen:

- mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg
- mangler beslutningskompetanse og motsetter seg
- har beslutningskompetanse og bruker den til å ta beslutninger om framtidig tvangsbruk (forhåndssamtykke og reservasjonsrett)

Det er bakgrunnen for at de har foreslått en egen definisjon av «motstand».

Dersom en person gir uttrykk for at han eller hun ikke ønsker å ta imot en helse- eller omsorgstjeneste, er utgangspunktet at det må anses som motstand, uavhengig av hva som er årsaken til motstanden.

Om det at personen ikke ønsker å motta tjenesten skal anses som motstand, må likevel vurderes konkret. Det må blant annet undersøkes om det negative utgangspunktet lett kan overvinnes, for eksempel ved å gi en bedre forklaring på hvorfor tjenesten er nødvendig eller hva den innebærer for personen.

Det er altså ikke slik at enhver negativ ytring bør anses som motstand. Det avgjørende må være hvor mye som eventuelt må til for å overvinne motstanden. Utvalget har i sitt

lovutkast lagt opp til at motstand skal anses å foreligge hvis personens negative holdning ikke kan overvinnnes uten bruk av tvang.

Flere høringsinstanser har pekt på at begrepene motstand og tvang brukes i begge definisjonene. Utvalget forklarer sitt valg av begreper med at «motstand» har en klar tilknytning til tidspunktet da vedtaket treffes, mens «tvang» i større grad knytter seg til gjennomføringen.

Departementet støtter forslaget om at motstand skal defineres i loven, og at motstand og å motsette seg skal anses å foreligge når overvinnelse av motstanden krever tvangsbruk, men mener at man i lovteksten heller bør referere til personens ønsker enn holdninger.

Å legge vekt på motstand vil styrke personens rettssikkerhet. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det ved tvil skal legges til grunn at det foreligger motstand.

Departementet slutter seg også til utvalgets forslag om at den som er ansvarlig for en beslutning eller et vedtak skal vurdere om personen motsetter seg tilbudet om en helse- eller omsorgstjeneste.

Konsekvensen av forslaget blir at et tiltak ikke anses som tvang, dersom personen ikke gir uttrykk for motstand mot tilbudet. Det fører til at færre tiltak vil bli ansett som tvang etter loven enn det som følger av dagens regelverk og praksis.

6.8.5.3 Tvang

Det kan ikke være avgjørende for hva som skal anses som tvang at en person har inntatt et negativt standpunkt til forslaget om helse- og omsorgstjenester. Fokus bør rettes mot hva som eventuelt må til for at tjenesten likevel skal kunne gjennomføres.

Vurderingen av hvor den nedre grensen for hva som skal anses som tvang i lovens forstand skal gå, bør ta utgangspunkt i hva som er vanlig i samhandling mellom mennesker. Det er for eksempel ikke behov for å verne personer som i utgangspunktet har stilt seg negative, men som lar seg overtale til å ta imot tilbudet hvis overtalelsen skjer på en måte som respekterer personens integritet og autonomi.

Departementet støtter forslaget om at tvang skal anses å foreligge når overvinnelse av motstand krever tiltak som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker. Det er imidlertid viktig at tjenestene får god veiledning om hvordan vilkåret skal forstås.

Retten til å få relevant informasjon er sentral for å kunne ta stilling til om man skal ta imot tilbudte helse- eller omsorgstjenester. Informasjonen må tilrettelegges slik at den som får den kan nyttiggjøre seg den. Det kan være faglige grunner til å utelate noe av informasjonen, for eksempel for å gjøre det lettere for personen å velge eller for å unngå unødvendig engstelse. Å omgå uttrykt motstand ved å holde vesentlig informasjon om tjenesten eller tiltaket skjult for personen, vil derimot stride mot personens rett til informasjon. Departementet støtter derfor forslaget om at tvang også skal anses å

foreligge når omgåelse av motstand krever at vesentlig informasjon bevisst holdes skjult for personen. Et eksempel er at medisiner skjules i maten.

Departementet viser også til at en beslutningsstøtteordning vil kunne bli et godt virkemiddel for å avklare hvilke tilbud en person ønsker å ta imot.

Samlet sett fører forslaget til legaldefinisjon av tvang til en innskrenking av hva som anses som tvang i helse- og omsorgstjenesten. I dag kreves det tvangsvedtak ved innleggelse i rusinstitusjoner og psykisk helsevern uten samtykke. Det vil bli lettere å yte helsehjelp til personer som ikke er beslutningskompetente, men heller ikke viser motstand. Det vil også bidra til at kontrollressursene konsentreres rundt de mest alvorlige inngrepene.

6.8.5.4 Særlig om barn

Barn over 16 år

Barn over 16 år er helserettlig myndige. Det taler for at motstand fra barn mellom 16 og 18 år tillegges samme vekt som motstand fra voksne. De bør vernes av de samme krav til saksbehandling og kontrollmekanismer som voksne. Tvangsbegrepet bør derfor være det samme som for voksne.

Barn under 16 år

Foreldreansvaret har vern både i nasjonal rett og i menneskerettighetene. For barn under 16 år må det derfor i tillegg til motstand fra barnet, tas hensyn til foreldres rett og plikt til å ta avgjørelser for sine barn. Offentlig saksbehandling og kontroll bør bare erstatte foreldreansvaret i situasjoner der det er et særlig behov for kontroll med tvangsbruken.

Utgangspunktet bør være det samme som for voksne, dvs. at motstand anses å foreligge når et barn gir uttrykk for at det ikke ønsker en tilbudt helse- eller omsorgstjeneste. Om det at barnet ikke ønsker å ta imot tjenesten skal anses som motstand i lovens forstand må vurderes konkret og i tillegg i lys av barnets alder. Terskelen for hva som i det konkrete tilfellet anses som motstand, vil kunne være høyere enn for voksne.

Det må for eksempel i større grad enn for eldre barn og voksne tas hensyn til at uvilje mer kan skyldes situasjonen de er i enn motstand mot tjenesten. Jo nærmere barnet er å fylle 16 år, dess lavere må terskelen bli for hva som skal regnes som motstand hos barn.

Behovet for å sikre barn nødvendig omsorg og behandling gjør likevel at det bør være større adgang til å prøve å overtale et barn. Adgangen bør likevel være mindre jo nærmere barnet er å fylle 16 år.

Barnets motstand bør tillegges større vekt jo eldre barnet er og jo mer inngripende det aktuelle tiltaket er. Av hensyn til foreldreansvaret bør iverksetting av helse- og omsorgstjenester som barnet motsetter seg, likevel bare anses som tvang mot de eldste av barna som er ikke er helserettlig myndige og bare når det aktuelle tvangstiltaket er særlig inngripende. Eksempler på tiltak som må regnes som særlig inngripende er innleggelse og

tilbakeholdelse i institusjon og behandling av psykiske lidelser med legemidler. Andre eksempler er fysisk tvang i form av holding, og andre tiltak som hindrer barnet i å bevege seg fritt.

Barn blir stort sett mer modne med alderen, men det er betydelige forskjeller innad i hver aldersgruppe. Den nedre aldersgrensen for offentlig kontroll med tvangsbruk bør derfor ikke være absolutt.

Departementet støtter utvalgets forslag om tvangsbegrep for barn mellom 12 og 16 år og for barn under 12 år som utviser en særlig modenhet i situasjonen. Dette betyr at institusjonen/helsepersonellet skal bestemme i stedet for foreldrene når det aktuelle tiltaket er særlig inngripende.

Forslaget fører til at tvangsbegrepet blir litt snevrere for barn under 16 år, dvs. at det skal mer til for at et tiltak anses som tvang mot barn enn mot voksne.

Departementet foreslår at det skal gå fram av virkeområdebestemmelsen når loven gjelder for barn.

6.9 Nødssituasjoner

6.9.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag til nærmere lovregulering av adgangen til tvangsbruk i nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Rammene for adgang til tvangsbruk i nødssituasjoner skal reguleres gjennom alminnelige vilkår som gjelder for alle tvangsinngrep og være arenafleksible, med særskilte vilkår for bruk av særlig inngripende tiltak.

Det skal være adgang til inngrep ved akutt fare for vesentlig skade. Inngrepet må være nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, være det minst inngripende alternativet og skal ikke kunne ivareta andre formål enn skadeavverging.

Avgjørelser om inngrep i nødssituasjoner skal treffes i form av beslutninger.

6.9.2 Gjeldende rett

Se omtaler av dagens regelverk i NOU 2019:14 punkt 5.4 og 23.2.

6.9.3 Menneskerettighetene

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 12 slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.

Retten til helse er blant annet nedfelt i FNs konvensjon om økonomiske og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 og CRPD artikkel 25.

Det følger blant annet av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), at inngrep må være forholdsmessige. I det ligger det at fordelene med inngrepet må veie tyngre enn ulempene eller skadevirkningene. Kravet til hvor stor overvekten av positive virkninger må være, kan være formulert ulikt blant annet etter rettsområde og hvem sine interesser som er truet.

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har slått fast at fysisk maktbruk overfor frihetsberøvede må være strengt nødvendig ut fra pasientens atferd.⁶

Et absolutt forbud mot «umenneskelig eller nedverdiggende behandling» er nedfelt i EMK artikkel 3 og Grunnloven § 93. I nyere praksis fra EMD om tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern har domstolen skjerpet kravene. Av særlig betydning er Bures mot Tsjekkia (2012) og M.S. mot Kroatia (2015). EMD slår fast at fysisk maktbruk overfor frihetsberøvede må være strengt nødvendig («strictly necessary») ut fra pasientens atferd. Dette blir underbygget slik:

«The Court notes that both the European and national standards [...] are unanimous in declaring that physical restraints can be used only exceptionally, as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.»

Uro i seg selv («mere restlessness») kan ikke rettferdiggjøre bruk av tvangsmidler. Det ble reagert på det som ble oppfattet som rutinemessig bruk av beltelegging. Mangelen på dokumentasjon av at mindre inngripende tiltak var prøvd, ble kritisert. Motstand mot bruk av tvangsmiddel kunne i seg selv ikke rettferdiggjøre slike midler.

6.9.4 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at adgangen til å bruke tvang i nødssituasjoner i sin helhet (uttømmende) skulle reguleres i den nye loven.

Utvalget foreslo at det ved akutt fare for personens eget liv eller vesentlig skade på egen helse eller egne eiendeler, skulle kunne besluttes og gjennomføres skadeavvergende tiltak, om nødvendig med bruk av tvang (nødrett). Tiltaket måtte være egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder være det minst inngripende alternativet, og fordelene for personen måtte overstige ulempene.

Utvalget foreslo videre at det ved akutt fare for andres liv, krenkelse av andres fysiske integritet eller vesentlig skade på andres eiendeler, skulle kunne besluttes og gjennomføres skadeavvergende tiltak, om nødvendig med bruk av tvang (nødverge). Tiltaket måtte være egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder være det minst inngripende alternativet, og tiltaket måtte ikke være urimelig overfor personen.

⁶ Bures mot Tsjekkia, 2012

Innenfor den tid som sto til rådighet skulle tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang være prøvd før det kunne gripes inn i nødssituasjoner. Tiltaket skulle ikke kunne opprettholdes lenger enn til den akutte situasjonen var avklart, og ikke kunne ivareta andre formål enn skadeavverging.

Utvalget foreslo også at det ved gjentatte nødssituasjoner skulle vurderes om det burde treffes vedtak etter de ordinære reglene.

Utvalget foreslår videre at mekaniske innretninger, skjerming, legemidler, fysisk nedleggelse og tilbakehold ved akutt selvmordsfare skal regnes som særlig inngripende og at de skal kunne besluttes og gjennomføres som skadeavverging i nødssituasjoner, når det vurderes strengt nødvendig og med særlige begrensninger. Samtykke fra personen kan ikke være et selvstendig grunnlag for særlig inngripende tiltak.

Se omtaler av utvalgets forslag om adgang til å bruke de mest inngripende tiltakene i punkt 6.12 - 6.15

6.9.5 Høringsinstansenes syn

Norsk psykiatrisk forening

«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.» «*Sivilombudsmannen* har under sine besøk i det psykiske helsevernet avdekket en rekke eksempler på bruk av ulovfestet nødrett som er rettslig problematisk. Det er derfor positivt at det foreslås å regulere lovlige tiltak i slike situasjoner på en måte som er bedre tilpasset helse- og omsorgssituasjoner.»

Statens helsetilsyn skriver:

«Det foreslås at all nødrett og nødverge må være hjemlet i forslaget til tvangsbegrensingslov og at straffeloven og helsepersonelloven § 7 om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke kan hjemle tvang.

Statens helsetilsyn støtter at det ikke bør utvikle seg mer generelle ordninger som kan hjemle tvang etter disse bestemmelsene, men mener at spørsmål om straff og straffrihet for den enkelte personell innen helse- og omsorgssektoren i nødrett og nødvergesituasjoner likevel bør vurderes løst etter bestemmelsene i straffeloven og hvor tvangsbegrensingsloven gir sitt tolkningsbidrag. Dette kan for eksempel være aktuelt ved bruk av tvang ved materiell skade.»

Andre instanser mener at man ikke bør bruke begrep som brukes i straffeloven.

Kristiansand kommune skriver:

«Nødrett/nødverge blir eksplisitt forbudt å bruke når man skal utøve tvang innenfor helse- og omsorgstjenestene. Tvangsforebyggingsloven er da eneste lovlige måte å utøve tvang på. Nødrett/nødverge er en siste utvei i dag i situasjoner der det er fare for liv og helse og som ikke dekkes av dagens lovverk. Det er nok mulig at man enkelte steder i dag har strukket disse hjemlene vel langt når man utøver tvang overfor pasienter/brukere. For å forebygge slik vilkårlig bruk av begrepene, har tvangslutvalget fremholdt at forslaget til tvangsløve er fullstendig uttømmende og gir hjemmel for all bruk av tvang, og at nødrett/nødverge derfor ikke er nødvendig. Det er bekymringsfullt at man ikke beholder denne nødutveien til bruk i spesielle situasjoner som utvalget ikke har kunnet overskue i sitt arbeid.»

Pasient- og brukerombudet (minus ombudet i Oslo og Akershus) skriver:

«Vi er videre positive til at adgangen til å benytte nødrett og nødverge blir uttømmende regulert. Dette mener vi øker og styrker rettsikkerhet for pasienter, og legger til rette for lik praksis. Imidlertid er vi noe usikre på om det er mulig å praktisere loven i de somatiske sykehusene med medisinsk behandling. Vi savner i lovutkastet en problematisering i forhold til disse situasjonene, da lovutkastet naturlig nok er mest sentrert rundt psykisk helsevern.

Pasient- og brukerombudene er kjent med at helsepersonelloven § 7 brukes i stor grad innen somatikken. Vi erfarer at hele avdelinger og helsepersonell i sykehus knapt har hørt om pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A, men utelukkende forholder seg til «øyeblikkelig hjelp»-regelen. Vi erfarer også at øyeblikkelig hjelp-regelen blir strukket langt. Et eksempel på dette er en pasient med infeksjon som ikke ønsker behandling. Siden pasienten er samtykkekompetent, kan ikke helsepersonell gi behandling med tvang. Legene avventer situasjonen til pasienten blir så dårlig at øyeblikkelig hjelp kan gis med tvang til tross for at pasienten er samtykkekompetent. Etter vår mening kan dette neppe være riktig anvendelse av eksisterende lovgivning, og det strider mot pasientens autonomi. Vi er imidlertid usikre på hvorvidt lovforslaget vil føre til en forbedring av rettsikkerhet med sin lovfesting av nødrett, og vi frykter at eksisterende praksis på somatiske sykehus videreføres og at nødrett fremdeles blir den foretrukne hjemmelen for inngrep.»

Ivareta peker på at det kan være en særlig fare for at innleggelse etter reglene om tiltak i nødssituasjoner, vil øke som følge av retten til å reservere seg mot tvangsmedisinering med antipsykotika og mener at utvalget med fordel kunne ha drøftet dette noe mer utfyllende.

Fylkesmannen i Oslo og Viken skriver:

«FMOV stiller seg i utgangspunktet positiv til at bestemmelser om nødrett og nødverge tas inn i lovutkastet. Vi er imidlertid skeptiske til at det skal vedtas en rekkes begrensninger i hvordan nødrett og nødverge skal kunne gjennomføres, når det nettopp er den akutte krisesituasjonen og mangel på ordinære muligheter til å håndtere utfordringene som karakteriserer nødretts- og nødvergesituasjonene.»

KS skriver:

«Vi er betenkt på den begrensningen som skrives inn i loven om at nødrett bare kan brukes innenfor de grenser som følger av tvangsloven selv. [...] Vi mener bestemmelsene i en ny tvangslov må virke sammen med strafferetten og erstatningsretten.»

Medisinsk forening for nevrohabilitering, Den norske legeforening skriver:

«Noen personer trenger et varig tiltak i gjentakende nødsituasjoner og det er viktig og bra at dette ivaretas i det nye lovforslaget.»

Helse vest RHF, Helse Stavanger HF, klinikk for psykisk helsevern skriver:

«Lovutkastet gir uttømmende regler for bruk av nødrett. Blant annet er reglene for håndtering av nødrettslig inngripen i forhold til tingskade strammet inn. Dette, sammen med å fjerne muligheten for bruk av mekaniske tvangsmidler/belter, vil mest sannsynlig føre til at en kommer opp i nødrettssituasjoner som ikke har hjemmel i tvangsbegrensningsloven men helsepersonellet er nødt for å løse. Det er ikke ønskelig å komme inn i en situasjon hvor helsepersonell blir anmeldt til politiet for nødrettssituasjoner og bli utsatt for politietterforskning for nødrettslige handlinger som i psykisk

helsevernloven er snevrere enn straffelovens bestemmelser. Dette vil kunne føre til at helsepersonell vil vegre seg for å gå inn å håndtere situasjoner som må håndteres og som ellers vil kunne eskalere med fare for skade både på pasienter og ansatte. Vi kan ikke ha et slikt system.»

Fylkesmannen i Agder skriver:

«Det er positivt at nødrett lovreguleres. Vår erfaring i forbindelse med tvungen helsehjelp er f. eks at der kapittel 4A ikke gir tilstrekkelig hjemmel, f.eks. av hensyn til andre beboere på institusjonen, blir det brukt nødrett, evt. nødverge. Dette er svært uheldig, da slike situasjoner ikke alltid nedtegnes i pasientens journal. I motsetning til vedtak etter kapittel 4A skal ikke Fylkesmannen informeres slik at tvangen kan vurderes, pårørende informeres ikke og det er ikke klageadgang.»

Oslo kommune skriver:

«Oslo kommune mener at begrepene nødrett og nødverge fremdeles bør kunne representere viktige sikkerhetsventiler for den tvangen som ikke dekkes av de foreslåtte bestemmelsene. Begrepene bør derfor ikke brukes i lovteksten.»

Bergen kommune skriver:

«En klargjøring av regler for bruk av tvang i nødsituasjoner er positivt. Vi ser at en i sykehjem av usikkerhet kan gå for raskt inn i situasjoner eller en kan vente for lenge slik at det oppstår fare for medbeboere og personell.»

Norsk psykologforening skriver:

«Beslutninger om inngrep i nødssituasjoner skal sendes til fylkesmannen som skal motta, holde oversikt og gjennomgå beslutningene for å vurdere om riktig framgangsmåte er fulgt og om lovens vilkår er vurdert. Fylkesmannen kan omgjøre vedtak som finnes ugyldige ved gjennomgangen. Dette vil gi en oversikt over tvangsbruk i nødssituasjoner vi ikke har hatt tidligere, og gi muligheter for oppfølging og korrigerende praksis på en helt annen måte.»

Helsedirektoratet skriver:

«Helsedirektoratet legger til grunn at utvalget ønsker å komme bort fra en praksis hvor tjenester "bygges på nødrett". Direktoratet støtter dette. Straffelovens bestemmelser er ikke å anse som positive rettsgrunnlag for inngrep. Konsekvensen av reguleringen utvalget legger opp til vil – slik vi forstår det - være at tilsynsmyndighetene kan reagere på "nødrettspraksis" fordi den vil være i strid med tvangsbegrensingsloven. Men helsepersonell vil selvsagt fortsatt – som alle andre – kunne påberope seg nødrett/nødverge i en eventuell straffeforfølgessituasjon.

Direktoratet støtter etter dette utvalgets vurdering av behovet for en enhetlig og uttømmende regulering av nødrettslig tvang i tvangsbegrensingsloven, bl.a. ut fra en vurdering av at tydelige hjemler og vedtakskrav vil gi mindre og riktigere tvangsbruk og mer enhetlig praksis. Vi finner det videre ryddig å skille mellom nødrettslig inngrep av hensyn til personen selv (nødrett) og inngrep av hensyn til andre (nødverge) slik utvalget foreslår, herunder å regulere utøvelse av nødverge tydeligere enn i gjeldende helselovgivning. En tydeliggjøring av at inngangsvilkåret er den akutte situasjonen synes også hensiktsmessige og klargjørende for de som skal anvende loven. Av pedagogiske grunner kan det være en fordel om en allerede i paragrafenes titler ser at de gir hjemmel for et vedtak eller en beslutning om tvang.»

Se omtaler av høringsinstansenes vurderinger av forslagene om adgang til å bruke de mest inngripende tiltakene i punkt 7.12-7.15.

6.9.6 Departementets vurderinger og forslag

6.9.6.1 Innledning

En nødssituasjon kan utløse behov for omsorgstiltak for å ivareta personens egen sikkerhet. Den kan også utløse behov for medisinsk diagnostikk, behandling og inngrep for å ivareta andres sikkerhet.

Dagens regulering av adgang til inngrep i nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten er fragmentert og til dels uoversiktlig. Adgangen til å bruke tvang for å hindre eller stanse utagering hos beboere på sykehjem er for eksempel ikke lovregulert.

Det er behov for å tydeliggjøre når en nødssituasjon foreligger og hvilken adgang det da er til å bruke tvang.

Det vil være en glidende overgang mellom nødssituasjoner og situasjoner der tidspress ikke gjør seg gjeldende på samme måte. I regelverket er det likevel behov for å trekke et skille mellom adgang til tvangsbruk i og utenfor nødssituasjoner.

6.9.6.2 Lovregulering av alle inngrep i nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten

Spørsmålene om hjemmel for inngrep i nødssituasjoner og straffrihet har i økende grad blitt sett på som to forskjellige problemstillinger. Straffelovens bestemmelser om straffrihetsgrunnene nødrett og nødverge gir begrenset veiledning om når det er adgang til å bruke tvang i helse- og omsorgstjenesten. Innholdet i den ulovfestede hjemmelen for nødinngrep på helseområdet er dermed uklart.

Utgangspunktet bør ikke være hva helsepersonell i en nødssituasjon kan gjøre uten å risikere straff, men hva en utagerende person skal kunne utsettes for i en situasjon der det må tas en rask beslutning om å gripe inn eller å la være å gripe inn, for å forebygge eller begrense en skade.

Adgangen til tvangsbruk utenfor nødssituasjon er regulert. En uttømmende regulering av adgangen til tvangsinngrep i nødssituasjoner vil gi tydeligere rammer for inngrep i nødsituasjoner, bidra til åpenhet om tvangsbruken og legge til rette for koordinert innsats for å begrense tvangsbruk i slike situasjoner.

Departementet støtter utvalgets forslag om uttømmende regulering av nødssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Strafferettslig nødrett og nødverge vil dermed ikke lenger kunne brukes som supplerende grunnlag for inngrep.

Retten til inngrep kan ikke være snevrere enn plikten til inngrep. Nødrettshjemlene må derfor tolkes i lys av helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 om pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner. Utvalget beskriver forslaget sitt som en innstramming sammenlignet med gjeldende rett, men en viss utvidelse sammenlignet med det som følger av pliktbestemmelsen. Utvalget

har lagt til grunn at bestemmelsene om rett til inngrep kan gi større fleksibilitet når det gjelder hvilke rettsgoder det skal kunne gripes inn for å verne, hvor nært i tid skaden må inntre og til dels hvilke tiltak som kan iverksettes, enn reglene om plikt til å gripe inn.

Det vil fortsatt kunne være aktuelt å straffeforfølge helsepersonell for enkelthandlinger, for eksempel kroppskrenkelser og ulovlig frihetsberøvelse. Helsepersonell vil ved straffeforfølgning ha samme anledning som andre tiltalte til å påberope seg nødrett og nødverge.

6.9.6.3 Krav til situasjonen

Det er behov for bedre samordning og klarhet om hva som skal regnes som en nødssituasjon.

Den klassiske nødssituasjonen er en krise i rask utvikling mot en nært forestående skade, eller et punkt der en skade ikke lenger kan hindres eller begrenses hvis det ikke blir grepet inn. Formålet med intervensjon må være å hindre eller begrense omfanget av en skade.

Hvor langt et hendelsesforløp må ha fått utvikle seg, dvs. hvilken risiko man er villig til å akseptere før det kan gripes inn, 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 (type skade) og omfang (hvor omfattende skade), hvor nært det forestående skadeutslaget er i tid og hvem sin interesse som er truet.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at begrepet «akutt fare» gir den ønskede fleksibiliteten i regelverket.

6.9.6.4 Hvilke interesser skal kunne vernes?

Betegnelsen nødrett brukes om situasjoner der det gripes inn av hensyn til personen selv, mens nødverge brukes når det gripes inn av hensyn til andre.

Liv må kunne vernes gjennom nødintervensjoner. Ved risiko for helseskader tilsier forholdsmessighetsprinsippet at det, også i nødssituasjoner, må være en terskel for inngrep. Terskelen for inngrep bør være lavere når det gripes inn for å verne andre enn når det er personens egen helse som er truet. Det må altså gjøres en konkret vurdering av om vilkåret er oppfylt i hvert enkelt tilfelle. Departementet støtter utvalgets vurdering av at vilkåret «vesentlig skade» ivaretar den nødvendige fleksibiliteten.

Adgangen til tvangsinngrep skal ikke være videre enn nødvendig. Eiendeler har ikke det samme vernet som liv og helse. Spørsmålet blir videre om terskelen for inngrep bør være lavere for å hindre ødeleggelse av andres enn av personens egne eiendeler.

Et generelt forbud mot inngrep for å hindre personer i å ødelegge eiendeler i akutte situasjoner vil kunne påføre en person store problemer i ettertid både økonomisk og følelsesmessig. Problemstillingen er blant annet kjent i omsorgen for mennesker med utviklingshemning. En forskjell fra kroppskrenkelser er at det ved tingskade i større grad er mulig å gjenopprette skaden gjennom andre virkemidler i etterkant, for eksempel ved økonomisk erstatning.

Behovet for fleksibilitet i regelverket kan ivaretas ved at både økonomisk verdi, nytteverdi og affeksjonsverdi tas med i vurderingen av om en tingskade er vesentlig. Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at det ikke bør angis bestemte beløpsgrenser for hva som skal anses som vesentlig og forslaget om at terskelen også ved tingskader, skal være «vesentlig skade».

6.9.6.5 Rammene for tvangsinngrep

For tjenestene ville det kanskje vært enklest hvis det hadde gått uttrykkelig fram av loven hvilke tiltak som kan gjennomføres i nødssituasjoner. Det ville imidlertid føre til at mange av situasjonene som faktisk oppstår, vil være uregulerte. Det vil igjen kunne føre til et press i retning av å stadig utvide listen over lovlige tvangsinngrep. Kravet om at inngrepet må stå i et rimelig forhold til det man kan oppnå tilsier dessuten at det må gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfellet. Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at loven skal regulere rammene for adgang til tvangsbruk i nødssituasjoner gjennom alminnelige vilkår som skal gjelde for alle tvangsinngrep og særskilte vilkår for bruk av særlig inngripende tiltak.

Det fremste særpreget ved nødssituasjonene er tidsnøden fram til skaden vil kunne inntre. Behovet for en rask avgjørelse legitimerer andre regler i nødssituasjoner. Det akutte i situasjon senker terskelen for inngrep i forhold til det som kan aksepteres utenfor nødssituasjoner. Antallet aktuelle virkemidler for å unngå eller begrense bruken av tvang vil dessuten ofte være sterkt redusert når situasjonen er blitt akutt.

Menneskerettighetene stiller krav om at inngrep skal være nødvendige og forholdsmessige, også i nødssituasjoner. Det må likevel tas hensyn til at det er liten tid til å vurdere situasjonen og alternative tiltak. Det er også liten tid til å ta avgjørelser. Det får blant annet betydning for hvilken saksbehandling og kontroll det er hensiktsmessig å kreve i forkant for å kvalitetssikre inngrepet. Det får også betydning for hvilke og hvor grundige vurderinger man kan forvente at det skal gjøres før avgjørelsen tas.

Vilkår om at det aktuelle tiltaket skal være den «klart» beste løsningen og at personen skal mangle beslutningskompetanse er viktige for å sikre at inngrepet er nødvendig og forholdsmessig og for å ivareta personens rett til selvbestemmelse. Disse vurderingene forutsetter imidlertid en tidsbruk som ikke er forenelig med de rammene en akutt situasjon setter.

Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at et inngrep i en nødssituasjon må være nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder være det minst inngripende alternativet og at det ikke skal kunne ivareta andre formål enn skadeavverging. 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.

En nødssituasjon varer fra det foreligger en akutt fare for vesentlig skade til krisen er brakt under kontroll. Tiltaket skal derfor ikke kunne opprettholdes lenger enn til den akutte situasjonen er avklart.

Departementet slutter seg også til forslaget om at avgjørelser i nødssituasjoner skal treffes i form av beslutninger, dvs. at det ikke skal treffes 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. Departementet slutter seg også til forslaget om at reglene for nødssituasjoner skal være arenafleksible.

6.9.6.6 Gjentatte nødssituasjoner

Når en person gjentatte ganger opptrer på en måte som kan skade vedkommende selv eller andre, vil tjenesten fortsatt kunne oppleve tidsnød i den enkelte situasjonen. Det vil samtidig være tid til å iverksette tiltak mellom hendelsene som kan påvirke hvor ofte nye nødssituasjoner oppstår og hvor langvarige de blir. Kravet om faglig forsvarlige tjenester gjør at det må arbeides systematisk for å identifisere hva som utløser og opprettholder den skadevoldende atferden, og hvordan situasjonene best kan håndteres. Det taler for at repeterende nødssituasjoner som hovedregel, håndteres som tiltak utenfor nødssituasjoner.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det ved gjentatte beslutninger om tiltak i nødssituasjoner skal vurderes om det bør treffes vedtak etter hovedregelen om individuelle behandling- og omsorgstiltak utenfor nødssituasjoner mot personer som motsetter seg tiltaket.

6.9.6.7 Bruk av særlig inngripende tiltak som skadeavverging i nødssituasjoner

Når det oppstår en situasjon med betydelig skadepotensiale, må helsepersonell ha mulighet til å bruke virkemidler som kan gjenopprette en forsvarlig situasjon.

Noen typer inngrep gir særlige rettssikkerhetsmessige utfordringer fordi tiltaket i seg selv kan framstå som særlig inngripende og på grunn av faren for misbruk som følge av den maktubalansen det ofte vil være mellom personen og personellet i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at det er nødvendig med strengere regulering av adgangen til å bruke særlig inngripende tiltak som skadeavverging i nødssituasjoner. Departementet støtter også utvalgets vurdering av at mekaniske innretninger som begrenser bevegelsesfriheten, skjerming, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler, fysisk nedleggelse og kortvarig tilbakehold ved akutt selvmordsfare bør regnes som særlig inngripende tiltak.

Se nærmere omtale av adgangen til å bruke korttidsvirkende legemidler i nødssituasjoner mekaniske innretninger og skjerming og i punkt 6.12, 6.13 og 6.15.

6.10 Tvangsbegrensningsnemnder

6.10.1 Innledning

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag til felles ordning for overprøving og kontroll, til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen. Statsforvalterne og nye felles nemnder vil være de sentrale kontrollorganene.

6.10.2 Gjeldende rett – dagens kontrollorgan

Dagens fire regelsett har fire ulike hovedmodeller for ekstern kontroll av tvangstiltak. Det varierer hvilken instans som utfører den eksterne kontrollen med vedtakene og om kontroll skjer før eller etter vedtakene iverksettes. Se omtale i NOU 2019:14 punkt 28.2.

6.10.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo en ny felles ordning for overprøving og kontroll der fylkesmennene og nye tvangsbegrensningsnemnder skulle være de sentrale kontrollorganene. Kontrollkommisjonene skulle avvikles, og fylkesnemndene skulle miste sin funksjon som klageinstans i saker om tvang overfor personer med utviklingshemming.

Tvangsbegrensningsnemndene skulle ha tre faste medlemmer og ledes av en jurist. De øvrige medlemmene skulle være en lege og ett lekmedlem med erfaring som pasient/bruker eller som pårørende. Nemndene skulle ha mulighet til å oppnevne ett ekstra sakkyndig medlem i enkeltsaker, hentet fra et særskilt opprettet utvalg av fagekspertter. Det kunne for eksempel være sakkyndige med kompetanses på spiseforstyrrelser, forebygging av tvang, rusavhengighet, fostermedisin, behandling med antipsykotika eller barnefaglig kompetanse. Medlemmene skulle oppnevnes for fire år av gangen med mulighet for å gjenoppnevnes for fire nye år. Etter dette skulle det være en karenstid på fire år før personen kan oppnevnes i samme eller andre nemnder.

Formålet med nemndenes virksomhet skulle være å begrense bruk av tvang og sikre helhetlig tenkning rundt individene slik at den totale belastningen av flere tvangstiltak ikke blir for stor. Videre skulle nemndene behandle klagesaker og godkjenne reservasjoner mot tvangsmedisinering og elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Utvalget foreslo også en ny ordning med obligatorisk kontroll innen 30 dager i de alvorligste sakene, blant annet ved tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold. Plikten skulle gjelde vedtak som ikke allerede har vært vurdert i klagesak. I høringsmøtet skulle nemnda gjøre en bred gjennomgang av saken og vurdere om lovens vilkår for tvang fortsatt er oppfylt, særlig plikten og retten til et tilrettelagt tilbud uten bruk av tvang. Kommunen og spesialisthelsetjenesten skulle ha plikt til å møte i høringsmøtet dersom de ble kalt inn.

Utvalget foreslo også at tvangsbegrensningsnemndene skulle gjennomføre stedlige tilsyn ved virksomheter eller tiltak der det utøves tvang.

Nemndene skulle oppnevnes av departementet (delegeres til Helsedirektoratet) etter forslag fra statsforvalteren. Utvalget foreslo at nemndene skulle være administrativt underlagt statsforvalteren. Det skulle lovfestes at nemndene skal være faglig uavhengige. Den enkelte nemnd skulle ha et geografisk avgrenset virkeområde, men skulle kunne behandle saker fra alle tjenesteområder (generalistorgan).

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, ivareta merkantile funksjoner for nemndene m.m. Statsforvalteren skulle videre være klageinstans for noen beslutninger. Statsforvalterne skulle ikke delta i saksforberedelsene av saker for nemndene.

6.10.4 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene støtter forslaget om opprettelse av nye nemnder.

Helsedirektoratet støtter i hovedsak forslagene til ny arbeidsfordeling mellom tvangsbegrensningsnemndene og fylkesmennene, men mener likevel nemndene i tillegg vil trenge en sterk faglig overbygning, som kan sikre lik og kvalitetssikret praksis.

Om dette uttaler direktoratet:

"Etter vårt syn må en overordnet administrativt overbygning, suppleres med en forsterket faglig overbygning, som sikrer lik og kvalitetssikret praksis. Det er behov for større ressurser enn det som i dag er avsatt til formålet. Overbygningen bør være faglig uavhengig. En mulighet er å legge ansvaret til sentralenheten for fylkesnemndene eller lage en tilsvarende enhet for tvangsbegrensningsnemndene. Den bør bestå av minst fem årsverk, herunder jurist og lege. Estimater bygger på direktoratets erfaring med oppfølging av kontrollkommisjonene og fylkesmennene.

Et slikt organ kan også mer kompetent og systematisk ivareta personal- og arbeidsrettslige problemstillinger. Dette gjelder f.eks. håndtering av konfliktsituasjoner innad i nemndene, spørsmål om forsikring og erstatning, sikkerhet, samt debrifing etter alvorlige hendelser, som at pasienter begår suicid eller drap etter opphør av tvangsvedtak i klageinstansen."

Norsk forbund for utviklingshemmede mener derimot det er fare for at nemndene blir til et sandpåstrøingsorgan.

Høringsinstansene er uenige om hvorvidt de nye nemndene vil føre til en effektivisering av kontrollsystemet og om det vil styrke eller svekke rettssikkerheten til dem det treffes tvangsvedtak for. *Statens helsetilsyn* mener den nye ordningen vil være:

«upraktisk, tungdrevet og potensielt svært kostbart. Ordningen fremstår til dels som svak og som et forsinkende ledd ved spørsmål om tvang for å kunne yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er vanskelig å se at den foreslåtte modell med tvangsbegrensningsnemnder vil utgjøre et vesentlig bidrag til å ivareta en hensiktsmessig og effektiv rettsikkerhetsordning.»

Statens helsetilsyn foreslår at fylkesmannen fortsetter med dagens oppgaver knyttet til tvang og overtar de oppgavene som er foreslått lagt til tvangsbegrensningsnemndene.

Stavanger kommune (støttes også av Gjesdal, Bjerkreim, Time, Sola, Randaberg og Klepp kommuner) er kritiske til at tvangsbegrensningsnemndene skal utføre tilsyn.

Helse Vest RHF, Helse Stavanger, klinikk psykisk helsevern voksne går imot forslaget om at nemndene skal ha en aktiv rolle i å redusere tvangen. Dette mener de er spesialisthelsetjenestens oppgave. De mener det er underlig at kontrollinstansen skal arbeide for redusert tvangsbruk uten å ha ansvar for de ansattes sikkerhet m.m.

En del høringsinstanser mener at tvangsbegrensningsnemndene bør utvides med et permanent fjerde medlem. Flere har også innspill til ytterligere kompetanse som bør være representert i nemnda, enten permanent eller som fagkyndig medlem som kan oppnevnes ved behov. Flere fylkesmenn er bekymret for om de vil klare å rekruttere et tilstrekkelig antall medlemmer til de nye nemndene.

Flere fylkesmenn stiller spørsmål ved om uavhengighet mellom nemdene og fylkesmennene i praksis er mulig. *Fylkesmannen i Innlandet* skriver f.eks.:

«Fylkesmannen skal dessuten fortsatt føre tilsyn etter helsetilsynsloven. Fylkesmannen er således både sekretariat for nemndene, og i tillegg klageinstans på visse vedtak. Dette innebærer en dobbeltrolle som kan svekke tilliten til Fylkesmannens uavhengighet og autoritet, og også kan være direkte i strid med fylkesmannens definerte oppgaver. Fylkesmannen er å anse som en enhet, og problematikken rundt denne dobbeltrollen vil derfor ikke la seg løse ved å overføre sekretariatsoppgavene til en annen avdeling enn den avdelingen som skal håndtere klager og overprøve det faglige innholdet.»

Statens helsetilsyn skriver:

«Lovforslaget innebærer uklarheter med henhold til fylkesmannens tilsynsrolle og arbeidsoppgaver for tvangsbegrensningsnemnda, som for eks. tilretteleggelse for nemndas uavhengige arbeid i enkeltsaker og en senere oppfølging av vedtakene hvis det er behov for å følge opp virksomheter. Videre innebærer lovforslaget uklarheter mellom nemndas selvstendige gjennomføring av stedlig tilsyn, og fylkesmannens utøvelse av tilsynsrollen.»

KS skriver:

«Vi er sterkt kritisk til det foreliggende forslaget om tvangsbegrensningsnemder, blant annet fordi det gir fylkesmannsembetene en dobbeltrolle som embetene selv ser ut til å mene er problematisk.»

Mange høringsinstanser mener at konsekvensene av Tvangslovutvalgets forslag er for dårlig utredet. De peker blant annet på at den nye kontrollordningen vil kreve betydelige ressurser også utover innføringsfasen.

6.10.5 Departementets vurderinger og anbefalinger

Departementet mener at en felles ordning for overprøving og kontroll av tvangsvedtak vil gi bedre rettssikkerhet for pasientene og støtter derfor dette forslaget. Et regelverk med felles vilkår for bruk av tvang på tvers av ulike tjenesteområder forutsetter langt på vei også en felles kontrollinstans. Departementet mener at det vil være uheldig dersom ulike kontrollorgan skal forvalte samme regelverk. Departementet støtter utvalgets vurdering av at det vil være lite effektiv ressursbruk å drifte ulike særordninger, særlig i tilfeller der ulike organer behandler saker om tvang overfor samme person.

Departementet støtter også utvalgets vurdering av at et felles rammeverk for behandlingen av saker der det kan være aktuelt med tvangsinngrep etter flere regelsett langt på vei er en forutsetning for helhetstenkning om individet, dvs. at det skal tas hensyn til den totale belastningen ved summen av ulike inngrep og at tiltak for å unngå tvang på ulike arenaer samordnes.

Departementet støtter også utvalgets vurdering av at ett felles kontrollorgan som skal forvalte regelverket, bør organiseres som en faglig uavhengig nemnd. Nemndsbehandling vil normalt gi bedre rettssikkerhet enn tradisjonell skriftlig saksbehandling. Styrken ved behandling i nemnd vil blant annet ligge i nemndens brede sammensetning med både fagkyndige medlemmer og lekrepresentanter. Lekrepresentanter er viktig bl.a. for å sikre et kritisk korrektiv til fagskjønnet. Nemndsbehandling gjør det også lettere med mer kontakt med pasienter og pårørende og åpner for at partene kan fremme sin sak muntlig for kontrollorganet.

Disse forholdene er særlig viktige ved behandling av klage på vedtak om tvangsmedisinering, som etter forslaget vil bli overført fra statsforvalteren til tvangsbegrensningsnemnda. En felles nemnd er også en forutsetning for utvalgets forslag om obligatorisk høring i de alvorligste sakene innen 30 dager, selv om pasient ikke har klaget.

Ulempene med en nemndsmodell er mindre fleksibilitet og at det normalt vil være mer ressurskrevende fordi flere personer er involvert.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at fylkesnemndene ikke bør bli ny felles kontrollinstans. Det ville være svært ressurskrevende, og gjøre det vanskeligere å videreføre en institusjonsnær kontroll tilsvarende den som kontrollkommisjonene ivaretar i dag. Departementet slutter seg også til utvalgets vurdering av at det ikke er nødvendig med et økt innslag av domstolslignende kontroll. Det menneskerettslige kravet om hurtig domstolsprøving ved frihetsberøvelser er oppfylt gjennom adgangen til å få prøve tvangsvedtak for de ordinære domstolene etter den hurtige prosessformen i tvisteloven kapittel 36.

Departementet er enig i at nemndene bør forankres administrativt hos statsforvalterne. Departementet mener dette kan gjøres uten at det vil utfordre nemndenes eller statsforvalternes uavhengighet. Nemndenes faglige uavhengighet vil bli lovfestet. Statsforvalteren vil ikke oppnevne nemndene og medlemmene. Det foreslås heller ikke at statsforvalteren skal treffe vedtak i første instans i saker som nemndene skal behandle som klageinstans. Departementet kan heller ikke se at statsforvalterens administrative støttefunksjon for nemndene vil skape problemer for statsforvalterens uavhengighet som tilsynsmyndighet. Statsforvalterne skal ivareta merkantile støttefunksjoner, men ikke delta i saksforberedelsen.

Departementet kan heller ikke se at hensynet til statsforvalterens uavhengighet i tilsynsrollen gjør at statsforvalteren ikke kan ha ansvar for å holde oversikt over tvangsvedtak og gjennomføre formalkontroll med vedtak. Statsforvalteren har også i dag kontrolloppgaver i tvangssaker, blant annet er statsforvalteren klageinstans i saker om

tvangsmedisinering. Departementet er imidlertid enig med utvalget i at det er en fordel med tett kontakt mellom nemndene og statsforvalterne. Dette kan gi bedre dialog om forhold som statsforvalterne bør følge opp som tilsynsmyndighet. Ansvar for å holde oversikt over tvangsvedtak og å føre formalkontroll kan også gi statsforvalterne et bedre grunnlag for å vurdere behov for tilsyn.

Statens helsetilsyn mener at forholdet mellom nemndenes selvstendige gjennomføring av stedlige tilsyn og statsforvalternes utøvelse av tilsynsrollen, er uklart. Utvalgets forslag innebærer en videreføring av det som i dag er situasjonen på kontrollkommisjonenes virkeområde. Både nemndene og statsforvalterne vil ha ansvar for å føre stedlig tilsyn, nemndene etter den nye loven og statsforvalterne etter helsetilsynsloven. Departementet kan ikke se at det er problematisk for uavhengigheten at det er to ulike kontrollinstanser som begge har i oppgave å føre kontroll. Dette tydeliggjør imidlertid behovet for tett og godt samarbeid mellom de to kontrollinstansene.

Etablering av tvangsbegrensningsnemndene og statsforvalterens nye rolle vil kreve betydelige organisatoriske endringer og etablering av nye saksbehandlingssystemer. Dette vil trolig også ha vesentlige økonomiske konsekvenser, særlig i etableringsfasen, sannsynligvis også over tid. Før det tas en endelig beslutning om det nye overprøvingssystemet, må det derfor gjennomføres en grundig utredning av de økonomiske og administrative konsekvensene.

6.11 Tvangsmedisinering i psykisk helsevern

6.11.1 Innledning

Departementet vil i det videre arbeidet med tvangslovgivningen ta utgangspunkt i Tvangslovutvalgets forslag til regler for tvangsmedisinering i psykisk helsevern

Det skal fortsatt være en snever adgang til tvangsmedisinering. Dagens krav om at behandlingen skal være faglig forsvarlig og i tråd med faglig anerkjente metoder videreføres.

Det innføres ikke en ordning med uavhengig psykiatrifaglig overprøving av tvangsmedisinering.

Det innføres en adgang til å reservere seg mot behandling med bestemte typer antipsykotika eller alle antipsykotiske legemidler. Reservasjonen skal kunne gjelde i inntil fem år om gangen. Reservasjonen skal bare gjelde i situasjoner der personen motsetter seg behandlingen. Reservasjonen skal ikke kunne gjøres gjeldende i nødssituasjoner, ved fare for andre eller når hensynet til omsorgssituasjonen for barn veier tyngre enn hensynet til personens rett til selvbestemmelse.

6.11.2 Gjeldende rett

Personer som er under tvungent psykisk helsevern, kan på nærmere vilkår tvangsbehandles med legemidler. Etter dagens regelverk er det ikke adgang til å reservere seg mot slik behandling. Se nærmere omtale av gjeldende rett i NOU 2019: 14 punkt 23.2.2 og 25.6.2.1.

6.11.3 Menneskerettighetene

Utgangspunktet er at helsehjelp skal være frivillig. Det går for eksempel fram av Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Biomedisinkonvensjonen) artikkel 2 at helsehjelp i utgangspunktet må baseres på samtykke. Ifølge artikkel 9 skal tidligere uttrykte ønsker knyttet til behandlingen tas med i betraktningen. Etter FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 12 anses alle å ha «rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder».

Etter Biomedisinkonvensjonen artikkel 8 vil derimot «enhver medisinsk inngripen» være tillatt i nødssituasjoner.

Ved inngrep mot personer som mangler beslutningskompetanse, kan statene etter artikkel 6 velge mellom ulike modeller, inngrep etter fullmakt fra hans eller hennes representant eller fra myndighet, person eller organ som loven gir bestemmelser om. Inngrepet må i tillegg være til direkte fordel for personen.

Etter artikkel 7 er tvangsinngrep mot alvorlig sinnslidende personer tillatt uten samtykke dersom unnlattelse av å gjennomføre behandling vil kunne føre til alvorlig helseskade hos vedkommende. Artikkel 26 tillater begrensninger i konvensjonens rettigheter av hensyn til andre.

Det går videre fram av artikkel 2 at det er et hovedprinsipp at hensynet til individets velferd skal gå foran rene samfunns- og forskningsinteresser.

Retten til liv og helse har også et sterkt vern etter menneskerettighetene. For eksempel gir FNs konvensjon om økonomiske og, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 enhver rett til den høyeste oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. CRPD artikkel 25 har en tilsvarende bestemmelse.

Komiteen som overvåker FN-konvensjonen om økonomiske og kulturelle rettigheter (ØSK) har gitt en generell kommentar til artikkel 12 om at staten i særlige tilfeller kan anvende tvang i behandling av mennesker med psykiske lidelser.

Det går fram av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3 at ingen må bli utsatt for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD)s tradisjonelle utgangspunkt, som også blir gjentatt i nyere praksis, er at tiltak som finnes medisinsk nødvendige og forsvarlige som utgangspunkt ikke kan være i strid med menneskerettighetene. EMD har tradisjonelt vært lite villige til å overprøve de medisinske vurderingene av tvangsbruk i psykisk helsevern.

CRPD artikkel 15 har en tilsvarende bestemmelse. Prinsippet er også nedfelt i Grunnloven § 93.

6.11.4 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo å opprettholde en snever adgang til tvangsmedisinering. Et mindretall (Erichsen og Gitlesen) foreslo å forby tvangsmedisinering.

Utvalget foreslo at fokuset i det nye regelverket skulle rettes direkte mot det enkelte tiltaket, dvs. at dagens ordning der det først treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern og deretter ev. om behandling uten eget samtykke oppheves.

Vilkår knyttet til personen og behovet for tiltaket

Utvalget foreslo at de alminnelige vilkårene for tiltak personen motsetter seg skulle gjelde. I det ligger det blant annet at tvangsmedisinering som hovedregel, bare skal kunne gjennomføres overfor personer som mangler beslutningskompetanse. Personen må ha et sterkt behov for den aktuelle behandlingen. Det må innebære en nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for vesentlig helseskade på personen dersom behandlingen ikke gis. Dersom personen allerede er under behandling, skal det kreves at vesentlig psykisk helseskade med stor sannsynlighet vil inntre i meget nær framtid dersom behandlingen avsluttes.

Andre behandlingstiltak enn de som er positivt nevnt, skulle ikke være tillatt dersom personen motsetter seg behandlingen.

Krav til behandlingen og prognose

Utvalget foreslo at behandlingen må være *egnet* til å hindre eller begrense skaden. Ut fra tidligere erfaringer med behandling av personen med det aktuelle virkestoffet, må legen vurdere det slik at det er stor sannsynlighet for at behandlingen vil hindre eller begrense vesentlig helseskade.

Dersom personen ikke har vært behandlet med det aktuelle virkestoffet tidligere, skulle det kreves alminnelig sannsynlighetsovervekt for at behandlingen vil hindre eller begrense vesentlig helseskade. Vurderingen skulle baseres på den vitenskapelige kunnskapen om effekten av virkestoffet på den aktuelle tilstanden.

Videre skulle det kreves at tiltaket er *nødvendig* for å hindre eller begrense skaden. Frivillige tiltak må være forsøkt i minst en uke, for eksempel motivering for frivillig medikamentell behandling. Personen må ha fått tilbud om flere samtaler, god tid til å reflektere over saken, og mulighet til å stille spørsmål og til å bli hørt når det gjelder valg av legemiddel og dosering. Personen skal også ha fått tilbud om omfattende og egnet ikke-medikamentell behandling.

Det skulle også kreves at behandlingen klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og faglig forsvarlig praksis. Legemiddelet og dosen må være godkjent for behandling av personens kliniske diagnose.

Videre foreslo utvalget at behandling med tvang må vurderes som forholdsmessig. Fordelene med tiltaket måtte klart overstige ulempene. I vurderingen skulle det legges særlig vekt på hvor stor belastning inngrepet vil medføre for personen, og hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn han eller hun har et omsorgsansvar for, eventuelt mindreårige søsken.

Krav til virksomheten

Utvalget foreslo at virksomheten som skal være ansvarlig for tvangsmedisineringen, skulle være faglig og materielt i stand til å gi personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Virksomheten måtte også ha kompetanse på, og tilby godt egnede alternativer til medikamentell behandling. Videre måtte den ha en materiell og faglig standard som kan redusere behovet for tvang.

Krav til fremgangsmåte

Utvalget foreslo at frivillighet skulle være forsøkt. Vedtak om tvangsmedisinering skal treffes av en lege etter samråd med annet kvalifisert personell. Vedtaksansvarlig skal alltid ha møtt personen, og dersom det er nødvendig for å sikre en forsvarlig utredning skal vedtaksansvarlig også selv ha undersøkt personen. I tillegg skal personen være undersøkt av en lege som er uavhengig av vedtaksansvarlig.

Utvalget foreslo at dagens ordning med tvungent psykisk helsevern som overbygning og forutsetning for å etablere tvangstiltak skulle oppheves slik at det ikke lenger skal treffes vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern før vedtak om tvangsmedisinering. Utvalget foreslo at de fleste vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern skulle videreføres enten i de alminnelige vilkårene for tvangstiltak eller i særreguleringen for tvangsmedisinering.

Særregler dersom personen utgjør en fare for andre

Dersom personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, foreslo utvalget at følgende vilkår for tvangsmedisinering *ikke* skulle gjelde:

- Vilkåret om stor sannsynlighet for vesentlig psykisk helseskade i meget nær framtid.
- Kravet om manglende beslutningskompetanse
- Kravet om at fordelene med tiltaket klart må overstige ulempene, men at tiltaket ikke må være urimelig overfor personen.

Regler for gjennomføringen av tvangsmedisineringen

Utvalget foreslo at tvangsmedisinering som hovedregel, skulle gjennomføres i institusjon i det psykiske helsevernet. Tvangsmedisinering skulle likevel kunne gjennomføres i annen helseinstitusjon eller bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester dersom dette er klart fordelaktig for personen pga. transport m.m. og sterke faglig grunner tilsier en slik løsning. Tvangsmedisinering skal gjennomføres så skånsomt som mulig og ikke på personens rom eller i lokaler personen bruker i det daglige.

Det skulle ikke være tillatt å bruke belter e.l. for å gjennomføre tvangsmedisinering.

Dersom det må brukes kroppslige inngrep som for eksempel fastholding, skulle det alltid være minst to personell til stede, med mindre dette er klart til ugunst for vedkommende. Minst en må være autorisert helsepersonell.

Det skulle løpende vurderes om lovens vilkår for tvangsmedisinering er oppfylt. Dersom dette ikke er tilfelle, skal tvangsmedisineringen avbrytes. Det skulle også vurderes kontinuerlig om gjennomføringen skjer i samsvar med det som er beskrevet i vedtaket. Endring av gjennomføringsmåte skulle bare være tillatt dersom endringen ble vurdert å være klart mindre inngripende. Tiltaket skulle avbrytes straks dersom det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

Utvalget foreslo at vedtak om tvangsmedisinering skulle kunne vare i inntil tre måneder.

Reservasjon mot tvangsmedisinering

Utvalget foreslo også en rett til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler i en forhåndserklæring. Forhåndserklæringen skulle være skriftlig, datert, underskrevet og angi hvilke legemidler reservasjonen gjelder. Den skulle kunne omfatte alle typer antipsykotiske legemidler. Erklæringen må være godkjent av en tvangsbegrensningsnemnd. Nemndene skal godkjenne erklæringer dersom personen tidligere har vært psykotisk og da blitt behandlet med antipsykotiske legemidler og personen er beslutningskompetent i spørsmålet om tvangsmedisinering. Erklæringen skulle kunne gjelde i inntil ti år.

Reservasjonen skulle ikke gjelde i nødssituasjoner, ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse eller dersom personen ikke motsetter seg behandlingen på gjennomføringstidspunktet. Reservasjonen skulle heller ikke gjelde dersom hensynet til omsorgssituasjonen for barn er et tungtveiende argument.

Forhåndserklæringer skulle kunne trekkes tilbake. En tilbaketrekking skal være skriftlig, datert, underskrevet og angi om tilbaketrekkingen gjelder hele eller deler av erklæringen.

Uavhengig psykiatrifaglig overprøving av tvangsmedisinering

Ved behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering foreslo utvalget at pasienten skulle kunne kreve en uavhengig psykiatrifaglig overprøving. Departementet skulle sørge for at det er tilgjengelig en gruppe uavhengige og særlig kvalifiserte psykiatere som oppnevnes i enkeltsaker og gjør en selvstendig gjennomgang av det faglige grunnlaget for tvangsmedisineringen. Rapport fra den oppnevnte psykiateren skulle oversendes nemnda og inngå i nemndas vurderingsgrunnlag i klagesaken.

Tvangsmedisinering i nødssituasjoner

Utvalget foreslo en uttømmende regulering av skadeavvergende tvangstiltak i nødssituasjoner, inkludert bruk av legemidler med korttidsvirkende beroligende effekt som skadeavvergende tiltak. Utenfor institusjon for psykisk helsevern måtte tiltaket være det absolutt siste alternativet. Beslutninger om bruk av legemidler i nødssituasjoner må

treffes av en lege. Samtykke skulle ikke kunne være et selvstendig rettslig grunnlag for tvangsmedisinering i nødssituasjoner, heller ikke forhåndssamtykke.

6.11.5 Høringsinstansenes syn

Adgang til og vilkår for tvangsmedisinering

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse synes det er vanskelig å konkludere i spørsmålet om adgang til tvangsmedisinering, men totalt sett opplever de lovutkastet som mye bedre enn dagens lovgivning, og støtter det.

Mental Helse Ungdom går imot fortsatt adgang til tvangsmedisinering.

Nasjonalt klinisk nettverk innen spiseforstyrrelser mener adgangen til tvangsmedisinering bør utvides til også å gjelde pasienter uten psykosetilstander.

En del helseforetak går imot forslaget fordi strengere vilkår for tvangsmedisinering vil gi sykere pasienter og en større belastning for pårørende. Tilsvarende mener *Fylkesmannen i Vestland* at summen av flere av forslagene innskrenker helsepersonellens handlingsrom for å kunne gi tilpasset helsehjelp til alvorlig syke pasienter. Fylkesmannen er urolig for at resultatet kan bli at de sykeste pasientene ikke får den hjelpen de trenger når de trenger den. Dette kan igjen føre til mer bruk av tvang og en større belastning på pårørende.

Mange i tjenesten går imot forslaget om krav til godkjenning av virkestoff og dose. *Fylkesmannen i Vestland* går imot å kreve at medikamentet må være godkjent for den spesifikke diagnosen. Fylkesmannen uttaler:

«Konsekvensen av denne løysinga er at pasienten i mange tilfelle ikkje får det beste legemiddelet som gir minst biverknader og i nokre tilfelle får eldre legemiddel med irreversible biverknader. Utgangspunktet i dag er at ein brukar godkjente antipsykotika for alvorlege sinnslidingar, noko som gir eit meir tilpassa behandlingsutval.

Eldre antipsykotika er ofte godkjent for fleire indikasjonar, som til dømes Haldol. Nyare antipsykotika har generelt ein mildare metabolsk biverknadsprofil. Mange av nyare antipsykotika er likevel berre godkjent for schizofreni, og veldig få legemiddel er godkjende for vedlikehaldsbehandling av bipolar lidning, og ikkje for andre psykoselidingar.

(...)Gamle legemiddel har oftare store biverknader som i større grad er irreversible, noko som er alvorleg. Dette gjeld for alle pasientgrupper, men gjer seg særleg gjeldande med omsyn til barn. Det er færre antipsykotiske legemiddel som er godkjent for barn.

Det å ta utgangspunkt i diagnose ved val av medikament harmoniser ikkje med utviklinga av fagfeltet. Utviklinga går i retning av å snakke om psykosespekterlidningar, framfor meir spesifiserte undergrupper. Det er ikkje faglege haldepunkt for at eldre medikament er betre for fleire diagnoser enn dei nyare medikamenta. Tvert imot.»

Norsk psykiatrisk forening viser også til at legemidler godkjennes for en diagnose, men kan senere tas i bruk også for andre diagnoser basert på ny kunnskap. Dersom patenttiden er utgått vil legemiddelfirmaene ikke søke om ny godkjenning. Forslaget kan derfor føre til at pasienter ikke får den beste behandlingen.

Norsk psykiatrisk forening går også mot at dosen skal være godkjent og uttaler:

«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.»

En del instanser kritiserer utvalgets omtale av kunnskapsgrunnlaget for effekt av behandling med antipsykotiske legemidler, blant annet *Helsedirektoratet*, *Norsk psykiatrisk forening* og flere helseforetak.

Sivilombudsmannen, *LDO* og *Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)* stiller spørsmål ved om forslaget er i tråd med menneskerettighetene og viser særlig til kunnskapsgrunnlaget for effekt og bivirkninger ved antipsykotika. *Sivilombudsmannen* mener blant annet at forslaget om et senket prognosekrav ved førstegangsmedisinering utgjør en økt risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. *LDO* og *NIM* mener departementet bør klargjøre kunnskapsgrunnlaget og vurdere grundigere om hjemmel for tvangsmedisinering bør videreføres.

Flere helseforetak er imot kravet om at frivillig behandling skal være forsøkt i 7 dager (i stedet for observasjon i fem dager) før tvangsvedtak. Dette vil påføre pasientene unødvendig lidelse i påvente av behandling. *LDO* derimot støtter dette kravet og peker på at det er særlig vesentlig å gjøre alt som er praktisk mulig for å unngå tvangsmedisineringsvedtak.

Norsk legevaktforum mener kravet om at personen skal vurderes av en uavhengig lege vil kunne føre til at legevaktsleger hentes inn til psykiatriske sykehus for denne type uavhengige vurderinger. Slike vurderinger er omfattende og krevende. Siden man blir kalt inn i en situasjon hvor en beslutning allerede er tatt, er det lite trolig at bestemmelsen medfører økt rettssikkerhet, men den er svært ressurskrevende.

Norsk psykiatrisk forening går imot et krav om å forsøke medisinfri behandling først. De viser til at denne behandlingen mangler tilstrekkelig vitenskapelig og klinisk dokumentasjon.

FFO stiller seg positiv til at utvalgets flertall foreslår en klar innstramming av adgangen til tvangsmedisinering, og at fokus rettes mot alternativer til tvang og medisiner.

Landsforeningen – We Shall Overcome støtter forslaget til mindretallet Gitlesen og Erichsen om forbud mot tvangsmedisinering. *WSO* viser til kunnskapsgrunnlaget for effekt og skadevirkningen med disse medikamentene.

Hvite Ørn Norge viser til at det praktiseres ulovlig tvangsmedisinering etter dagens psykisk helsevernlov og kritiserer sterkt Helsedirektoratets informasjon om effekt av behandling med antipsykotiske legemidler.

Reservasjonsrett

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, LUPE, FFO, WSO, Fylkeseldrerådet i Hordaland, Norsk sykepleierforbund, Brukerutvalget ved Ahus, Rådet for psykisk helse, Mental Helse Norge og Hvite Ørn Norge støtter reservasjonsrett mot tvangsmedisinering.

Helsedirektoratet støtter prinsipielt reservasjonsrett for antipsykotisk legemiddelbehandling, men mener utvalget undervurderer antallet som vil reservere seg. Direktoratets støtte er betinget av at unntakene presiseres og utvides noe og at det blir etablert gode, reelle alternativ til bruk av antipsykotika. Direktoratet foreslår også at reservasjonen ikke skal gjelde dersom «tungtveiende hensyn til de som personen bor sammen med tilsier det». Inntil vi har erfaring med konsekvensene av reservasjonsretten, foreslår direktoratet også at virketiden av en reservasjon begrenses til inntil 5 år.

Blant annet Norsk psykiatrisk forening, Ivareta, Hå kommune, Sandefjord kommune, Lillestrøm kommune, Vestre Viken HF, Overlegeforeninga i Helse Førde, Klinikk for psykisk helse og rus Helse Møre- og Romsdal, Helse vest RHF, Helse Stavanger HF, Legeforeningen, Fylkesmannen Oslo og Viken og Sunnfjord kommune går imot forslaget om reservasjonsrett.

Ivareta «savner en diskusjon av på hvilken måte denne retten er avveid opp mot pårørendes påregnelige økte omsorgsbyrde som følge av foreslått reservasjonsrett. I en tid der døgnbehandling reduseres og stadig større del av behandling skal gis poliklinisk, ambulant eller arenafleksibelt, legges det økte omsorgsoppgaver på pårørende uten en tilsvarende rett på økonomiske og praktiske støtteordninger....Pårørende til mennesker med alvorlige psykoselidelser og ROP pasienter vil ha behov for større rettigheter for å makte hverdagen når større del av omsorgen for syke mennesker skal skje utenfor døgninstitusjon.»

Fylkesmannen i Vestland mener reservasjonsretten kan ha positiv effekt for en del pasienter og sikre pasientsikkerheten. Men den kan også føre til at en del pasienter blir så syke at det er vanskelig for helsepersonellet å komme i behandlingsposisjon.

Flere helseforetak er ikke enig i utvalgets antakelse om at personer som har hatt god effekt av antipsykotiske behandling ikke vil reservere seg.

Flere peker på at det er vanskelig å ta stilling til slike fremtidige spørsmål og mener ti år er for lang varighet for slike erklæringer.

Norsk psykiatrisk forening mener det er uklart hvordan reservasjonsretten skal praktiseres og at konsekvensene av forslaget ikke er tilfredsstillende diskutert. Dette gjelder konsekvensene både for pasienten selv, for dennes familie og nærmeste og for samfunnet. Foreningen peker på at det kan være vanskelig å gjøre valg som skal gjelde i en fremtidig situasjon med omstendigheter som en ikke kjenner til på forhånd. Foreningen mener også det er uklart hvordan en skal forholde seg til mennesker som påfører seg selv ekstrem skade og fare.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) er bekymret for familiemedlemmer som har fått store bivirkninger etter å ha stått i årevis på høye

medisindoser uten at disse er trappet ned eller revurdert. De ønsker lovfestet en nedtrappingsplan og jevnlig revurdering av alle medisinene som pasientene tar.

LPP mener at pårørende må konsulteres ved vurderingen av om en person er beslutningskompetent til å reservere seg mot tvangsmedisinering.

Bruk av korttidsvirkende legemidler i nødssituasjoner

Norsk samfunnsmedisinsk forening og Molde, Fræna og Giske kommune kan ikke se at det er grunnlag for at adgangen til å bruke legemidler med korttidsvirkende beroligende effekt som skadeavverging i nødssituasjoner skal være ulik i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Sivilombudsmannen* anbefaler lovgiver å gi nærmere retningslinjer for vurderingen av hvilke legemidler som har «korttidsvirkende» effekt.

6.11.6 Departementets vurderinger og forslag

Departementet slutter seg til utvalgets forslag om å løsrive tvungen behandling fra vilkåret om forutgående tvangsinnleggelse.

6.11.6.1 Fortsatt adgang til tvangsmedisinering

Retten til selvbestemmelse og vernet mot inngrep i den personlige integriteten har et sterkt menneskerettslig vern. Behandling uten samtykke er et betydelig inngrep i personens integritet. Samarbeid med pasienten er dessuten ofte en viktig forutsetning for at behandlingen skal være vellykket. Utgangspunktet er derfor at helsehjelp skal gis frivillig.

Menneskerettighetene pålegger også statene å beskytte liv og helse for personer som ikke er i stand til å ivareta interessene sine. Et totalforbud mot tvangsmedisinering ville føre til at personer som kunne unngått vesentlig helseskade med hjelp av legemidler, må leve med alvorlige symptomer som kan lede til vesentlige helseskader og stort funksjonstap.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at menneskerettighetene ikke er til hinder for enhver medisinering som personen motsetter seg, og at fokus må rettes mot vilkårene for tvangsmedisinering. Det må blant annet sikres at behandlingen ikke er umenneskelig eller nedverdiggende og at inngrepet står i et rimelig forhold til det man kan oppnå med det.

Departementet er derfor enig med utvalget i at det fortsatt bør være adgang til tvangsmedisinering. For noen personer vil behandling med antipsykotiske legemidler uten samtykke forhindre vesentlig helseskade. Inntil mulighetene for alternativer til tvangsmedisinering er bedre, vil et totalforbud mot tvangsmedisinering kunne få alvorlige konsekvenser for pasienter og pårørende.

Samtidig er tvangsmedisinering et svært inngripende tiltak. Medikamentene som brukes påvirker og kan endre personens tanker, følelser og adferdsmønster, samt medføre somatiske bivirkninger. Noen mener derfor at tvangsmedisinering er mer inngripende enn tvangsinnleggelse og tvangstilbakehold.

Tiltaket skal uansett bare brukes som en siste utvei og under strenge vilkår. Det er også viktig å arbeide for økt oppmerksomhet rundt alternativer til å bruk tvang, blant annet legemiddelfri behandling.

Flere brukerorganisasjoner er sterkt imot tvangsmedisinering og mener at kunnskapsgrunnlaget for effekten av antipsykotiske legemidler er for svakt til å begrunne behandling med tvang. Noen viser også til at en del erfarer at tvangsmedisinering gir skader. Også Sivilombudsmannen, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Norges institusjon for menneskerettigheter viser til usikkerhet rundt kunnskapsgrunnlaget for behandlingseffekten og bivirkninger og mener forholdet til menneskerettighetene bør vurderes grundigere.

Sivilombudsmannen uttaler blant annet:

«Ombudsmannen viser til at EMK artikkel 8 krever en begrunnelse for videreføring av adgangen til tvangsmedisinering som kan vise at det er truffet en rettferdig balanse mellom de interesser inngrepet ivaretar og den skade inngrepet påfører. Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget som blir fremlagt i utredningen, kan ikke ombudsmannen se at utvalgets flertall underbygger sine forslag på en slik måte.»

(...)

«Tvangsmedisinering er uten tvil et svært alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse over egen kropp, tanker og følelser. I tillegg har kunnskapsgrunnlaget for at tvungen behandling med antipsykotiske legemidler har en overbevisende behandlingseffekt, lenge fremstått som uklart og omstridt, spesielt når det gjelder langtidseffekter. Samtidig er det godt dokumentert at bruk av antipsykotiske legemidler gir en rekke bivirkninger, som i noen tilfeller kan være alvorlige og irreversible.

Tvangsmedisinering er også utbredt, og utgjør dermed et omfattende unntak fra det menneskerettslige kravet om at helsehjelp skal skje på grunnlag av et fritt og informert samtykke. Dette er også utgangspunktet i norsk rett. På denne bakgrunn har ombudsmannen lagt til grunn at tvangsmedisinering utgjør en risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.»

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957) ble utgitt i 2013. Helsedirektoratet arbeider med en revisjon av retningslinjens kapittel om behandling med antipsykotiske legemidler. Formålet er å oppdatere kunnskapsgrunnlaget og vurdere om anbefalinger i dagens retningslinje må endres.

6.11.6.2 *Vilkår for tvangsmedisinering*

Tvangsmedisinering er et særlig inngripende tiltak. Departementet er derfor enig med utvalget i at vilkårene for tvangsmedisinering bør skjerpes.

Vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» videreføres ikke

Departementet støtter utvalgets forslag om å ikke videreføre vilkåret om at personen har en alvorlig sinnslidelse. Alvorlig sinnslidelse er et vilkår som er nært knyttet til noen diagnoser. Forbudet mot diskriminering som blant annet er nedfelt i FN-konvensjonen om

rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), gjør at en i størst mulig grad bør unngå regler som er basert på diagnoser eller diagnosenære kriterier. Samtidig er tvangsmedisinering et inngripende tiltak som det er behov for å ramme inn for å unngå utglidning og økt bruk overfor nye grupper. Departementet mener at vilkårene som er foreslått for tvangsmedisinering vil være tilstrekkelig til å unngå utglidning. Hjemmelen for tvangsmedisinering er avgrenset til å gjelde ved behandling av psykiske lidelser i det psykiske helsevernet og gir bare adgang til tvangsmedisinering av alvorlig syke, jf. vilkåret om at personen har sterkt behov for behandlingen for å hindre vesentlig helseskade.

Godkjenning av legemiddel og dosering

Utvalgets forslag om at legemiddelet og doseringen må være godkjent for den aktuelle diagnosen innebærer en innstramning i forhold til dagens regler. Utvalget mener dagens krav om at behandlingen er i tråd med «faglig anerkjent metode» er for løselig definert. Utvalget viser til at godkjenning av legemidler innebærer en grundig prosess der en vurderer pasientsikkerheten og etter en avveining av effekt og bivirkninger tar stilling til bruksområde og dosering. De godkjente indikasjonene og dosene har dermed et offentlig stempel. Utvalget ønsker å verne personer mot behandling som er velment, men som har for usikre effekter til at den kan gjennomføres uten samtykke.

Mange høringsinstanser, bl.a. fra de medisinske miljøene, Helsedirektoratet og Fylkesmannen i Vestland går imot forslaget og mener blant annet at det er en uheldig inngripen i de medisinske vurderingene som gjøres i den kliniske hverdagen. Forslaget setter for stramme rammer rundt helsepersonellens handlingsrom for valg av behandling. Det vil kunne føre til at pasienter ikke får den helsehjelpen som vurderes som best i det konkrete tilfellet. Hvilke medikamenter som blir godkjent kan avhenge av andre faktorer enn vurderingen av hvilke legemidler som er best egnet. Legemidler som er godkjent for en diagnose, kan senere tas i bruk også for andre diagnoser basert på ny kunnskap. Nyere legemidler med færre bivirkninger kan videre bli godkjent for færre diagnoser enn eldre legemidler med til dels irreversible bivirkninger.

Utvalget viste til at det finnes godkjente legemidler for alle psykososer og at usikkerhet om effekt og fare for at pasienten får behandling med uviss effekt, men med kjente bivirkninger, må veie tyngst ved behandling uten samtykke.

Departementet støtter ikke utvalgets forslag og mener det er tilstrekkelig å videreføre dagens krav om at behandlingen skal være faglig forsvarlig og i tråd med faglig anerkjente metoder. Forslaget gir en for lite fleksibel ramme rundt de kliniske vurderingene. Selv om pasientsikkerhet, effekt og bivirkninger vurderes, er ikke formålet med godkjenningsordningen å sette absolutte grenser for bruken av legemidlene.

Nærliggende og alvorlig fare - tidskravet

Tidskravet har en viktig funksjon i å begrense tvangsmedisinering. Departementet støtter derfor utvalgets forslag knyttet til tvangsmedisinering ved fare for forverring pga. opphør

av pågående behandling med antipsykotika. Etter utvalgets forslag skal skaden fortsatt medisinerings skal forhindre, med stor sannsynlighet måtte inntre i meget nær framtid.

Utvalget foreslår et unntak fra dette tidskravet dersom det er konkret fare for særlig alvorlig og langvarig funksjonstap. Dette er en lemping i forhold til gjeldende rett. Helsedirektoratet er bekymret for at dette unntaket kan føre til en utglidning av tidsfristen og undergrave tidskravet og viser blant annet til at unntaket kan åpne opp for bruk av medikamenter med svært lang virketid. Departementet vil derfor vurdere dette nærmere i det videre arbeidet med lovutkastet.

Krav om egnethet

Departementet støtter utvalgets forslag om å videreføre skjerpelsen av det alminnelige vilkåret om at tvangsmedisinering må være «egnet» til å forhindre eller begrense helseskaden ved å stille krav om større grad av sikkerhet for at behandlingen er forsvarlig og vil ha den ønskede effekten.

Effekten av antipsykotiske legemidler varierer fra person til person. Det er derfor nødvendig å vurdere effekten individuelt. Ved førstegangsbruk er det vanskelig å avgjøre hvilken effekt legemiddelet vil ha for den konkrete personen. Som regel må en prøve ut medikamentet for å kunne si noe sikkert om effekt for den aktuelle personen.

Departementet støtter derfor utvalgets forslag om å stille ulike krav til sannsynlighet for effekt for hhv. førstegangsbruk og senere bruk.

Departementet støtter utvalgets forslag om at det ved førstegangsbruk skal stilles krav om alminnelig sannsynlighetsovervekt for effekt. En lavere terskel ved førstegangsbruk er etter departementets syn nødvendig fordi det ellers i praksis vil være umulig å starte tvangsmedisinering av pasienter som ikke har vært behandlet tidligere.

Departementet støtter utvalgets forslag om at personen skal være forsøkt behandlet med frivillige tiltak før tvangsmedisinering kan iverksettes. Forslaget er en konkretisering av det alminnelige vilkåret om at tvang skal være nødvendig. Departementet vurderer dette kravet som en absolutt forutsetning for å kunne forsvare en fortsatt adgang til tvangsmedisinering.

Departementet støtter imidlertid ikke forslaget om at frivillighet skal være forsøkt i minst en uke. Dette er en utvidelse av dagens krav om at pasienten skal ha vært observert og forsøkt behandlet i fem døgn før etablering av tvungent vern. En del høringsinstanser går imot forslaget og mener det er for lenge å vente før en kan starte helsehjelpen. Blant annet Helsedirektoratet som mener det er tilstrekkelig å kreve fem dager. Direktoratet viser til at en ikke har et kunnskapsgrunnlag som tilsier at andre (legemiddelfrie) tiltak er bedre enn legemidler i en helt akutt fase. For det andre mener direktoratet at vilkåret er ressurskrevende, og ikke reelt gjennomførbart i akuttmottak uten store endringer i organisering og tilrettelegging av tjenesten. Etter direktoratets syn ville unntaket, av forsvarlighetsgrunner, kunne ende opp med å bli hovedregelen.

Krav til virksomheten

Departementet er enig i at det er viktig at virksomhetene har faglige og materielle ressurser til å redusere behovet for tvang. Det styres likevel primært av andre forhold enn lovgivning. Departementet støtter derfor ikke utvalgets forslag om å lovfeste et krav om at virksomheten skal ha en faglig og materiell standard som kan redusere behovet for tvang. Departementet mener også at kravet om at virksomheten må ha kompetanse på ikke-medikamentell behandling er overflødig i tillegg til kravet om at personen skal ha fått tilbud om ikke-medikamentell behandling før det kan treffes vedtak om tvangsmedisinering.

Krav til fremgangsmåte

Departementet støtter utvalgets forslag om å kreve at personen før det treffes vedtak om tvangsmedisinering skal være undersøkt av en lege som er uavhengig av den vedtaksansvarlige legen, og at 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 vedtaksansvarlig, men det må ikke foreligge et over-/underordningsforhold mellom legene og de skal ikke ha samme nærmeste overordnede.

Forslaget innebærer noen endringer i forhold til dagens regler. I dag kan tvungen medisinering bare vedtas for personer som er under tvungent psykisk helsevern. For å etablere tvungent psykisk helsevern må personen ha vært undersøkt av to leger. Den ene av disse skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Dette innebærer at vedkommende ikke kan være lege ved samme institusjon som vedtaksansvarlig. Vedtaket om tvangsmedisinering skal treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

6.11.6.3 Regler for gjennomføringen av tvangsmedisineringen

Departementet er enig i at det er viktig hvordan tvangstiltak generelt og tvangsmedisinering spesielt, gjennomføres.

Departementet støtter utvalgets forslag om at behandling som personen motsetter seg, som hovedregel skal skje i institusjon for psykisk helsevern og at eventuelle krav om forhåndsgodkjenning av institusjonen skal fastsettes i forskrift. Departementet støtter også forslaget om at det, på visse vilkår, 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.

6.11.6.4 Uavhengig psykiatrifaglig overprøving av tvangsmedisinering

Departementet viser til at Helsedirektoratet basert på erfaring med rekruttering av leger til kontrollkommisjonene og av psykiatere som fagkyndige dommere i rettssaker om tvungent vern, mener at det vil kunne bli vanskelig å få tilstrekkelig antall uavhengige kandidater. Det kan også være problematisk å finne kriterier for hvem som er «godt kvalifiserte» psykiatere. Departementet støtter derfor ikke utvalgets forslag om uavhengig psykiatrifaglig overprøving av tvangsmedisinering. Tvangsmedisinering er et særlig

inngripende tiltak som stiller særskilte krav til rettssikkerhetsgarantier. Det er behov for å sikre en reell og uavhengig psykiatrifaglig overprøving av vurderingene som gjøres av den vedtaksansvarlige. Departementet mener imidlertid dette bør ivaretas av tvangsbegrensningsnemndene. Nemndene har mulighet for å oppnevne ett fjerde medlem i saker om tvangsmedisinering. Nemndene har også anledning til å innhente uavhengige sakkyndige vurderinger som grunnlag for sin behandling av klagesaker om tvangsmedisinering.

6.11.6.5 *Reservasjonsrett*

Tvangsmedisinering er et svært inngripende tiltak som mange brukerorganisasjoner er sterkt imot. Retten til selvbestemmelse er en sentral menneskerettighet. En mulighet for å reservere seg mot bruk av antipsykotiske legemidler i en forhåndserklæring vil styrke selvbestemmelsen i et spørsmål som for mange er svært viktig.

En rett til å reservere seg vil på den annen side kunne føre til at svært alvorlig syke mennesker ikke vil få behandling som helsetjenesten mener er helt nødvendig. Dette kan få store konsekvenser for personen selv og i tillegg være belastende for pårørende. Departementet viser til at Norsk psykiatrisk forening, Legeforeningen og mange av høringsinstansene som representerer tjenestene og pårørende er bekymret for konsekvensene av forslaget om å innføre en adgang til å reservere seg mot framtidig bruk av antipsykotiske legemidler. Departementet mener derfor at det er behov for en nærmere vurdering av hvordan en eventuell reservasjonsordning bør innrettes for å sikre en best mulig balanse mellom hensynene til selvbestemmelse og til å gi nødvendig helsehjelp.

En del instanser peker på at det kan være vanskelig å forutse hva en vil ønske langt fram i tid. Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at personen selv skal kunne oppheve en reservasjonsklæring og at erklæringen bare skal omfatte situasjoner der personen motsetter seg behandlingen på tidspunktet det er aktuelt å igangsette behandling. Dette gjelder selv om personen på behandlingstidspunktet ikke har beslutningskompetanse.

Dersom det blir innført en reservasjonsrett slutter departementet seg til utvalgets forslag om at personen må være beslutningskompetent i spørsmålet om reservasjon og ha egen erfaring med slik behandling. Departementet slutter seg også til utvalgets forslag til formkrav, at det må spesifiseres hvilken type antipsykotika reservasjonen gjelder og at erklæringen skal godkjennes av tvangsbegrensningsnemnda. Formkravene sikrer at vilkårene for å reservere seg er oppfylt. Etterprøvbarhet sikres gjennom krav om skriftlighet og ved at statsforvalterne skal holde oversikt over reservasjonene.

Departementet er enig med Helsedirektoratet i at 10 år er lang tid. Dersom det innføres en reservasjonsrett mener departementet at den maksimale virketiden for reservasjonen i hvert fall ikke bør være lenger enn inntil 5 år. Departementet ber om at høringsinstansene vurderer om virketiden for en reservasjonsklæring bør begrenses ytterligere til:

- inntil to år generelt for alle
- inntil to år den første gangen personer reserverer seg
- inntil to år for personer som er under 25 år når de reserverer seg.

Dersom det innføres en reservasjonsadgang slutter departementet seg til utvalgets forslag om at reservasjonen ikke skal kunne gjøres gjeldende i nødssituasjoner, når det fare for andre eller når omsorgssituasjonen for barn taler mot det.

Departementet ber om at høringsinstansene vurderer om reservasjonsadgangen bør begrenses ytterligere gjennom:

- vilkår om at det før man kan reservere seg må ha gått seks måneder etter at behandling med antipsykotiske legemidler ble avsluttet.
- Utvalget foreslår at unntaket for nødssituasjoner bare skal gjelde ved kortvarige nødssituasjoner og bare så lenge den akutte nødssituasjonen varer. Departementet ber om høringsinstansenes syn på å la dette unntaket også omfatte gjentatte nødssituasjoner over flere dager, hvor situasjonen vedvarer etter at effekten av kortidsvirkende legemiddel har gått ut. Vi ber også om innspill på hvor lenge man i tilfelle bør kunne håndtere en nødssituasjon ved bruk av tvangsmidler uavhengig av reservasjon. Det ønskes også innspill på hva som vurderes som forsvarlig og minst mulig inngripende behandling i slike situasjoner.
- at reservasjonen ikke skal kunne gjøres gjeldende når tungtveiende hensyn til de personen bor sammen med tilsier det.

6.11.6.6 *Tvangsmedisinering i nødssituasjoner*

Departementet slutter seg til utvalgets forslag om å regulere uttømmende når tvangsmedisinering kan brukes i nødssituasjoner. Dette gir bedre forutsigbarhet og rettssikkerhet enn å basere tiltaket på ulovfestede regler.

6.11.6.7 *Tvangsmedisinering ved fare for andre*

Departementet er enig med utvalget i at det bør gjelde særlige regler for tvangsmedisinering dersom personen utgjør en fare for andre. Behovet for å beskytte samfunnet gjør at det ikke kan legges samme vekt på hensynet til personens selvbestemmelse. Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at vilkårene om manglende beslutningskompetanse, stor sannsynlighet for vesentlig psykisk helseskade i meget nær framtid og at fordelene med tiltaket klart må overstige ulempene, ikke skal gjelde i slike tilfeller.

6.12 Mekaniske innretninger

6.12.1 Innledning

Departementet vil i det videre arbeidet med tvangslovgivningen ta utgangspunkt i Tvangslovutvalgets forslag om adgang til å bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten.

Forbudet mot å bruke mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling av psykiske lidelser videreføres. Unntaket for tvangsernæring videreføres.

Det legges opp til at adgangen til bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner fases ut.

Fram til adgangen til bruk av mekaniske innretninger er faset ut, skal mekaniske innretninger som begrenser personens bevegelsesfrihet kunne brukes som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner. Forbudet mot bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner på barn under 16 år videreføres og utvides ikke til barn mellom 16 og 18 år. Adgangen til å bruke mekaniske innretninger for å avverge betydelig tingskade videreføres ikke.

Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om det er behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan den i så fall bør utformes.

6.12.2 Gjeldende rett

Se omtale av gjeldende rett i NOU 2019:14 punkt 5.5.13.3, 25.2 og 25.5.4.4.

VG-sakene

VG hadde høsten 2016 flere oppslag om beltelegging i institusjoner i psykisk helsevern. Som en del av arbeidet ba avisen i april 2016 om innsyn i alle tvangsprotokoller for året 2015 som omhandlet bruken av belter og remmer.

Ifølge VG forekom det totalt 4000 tilfeller av beltelegging i 2015 fordelt på 1200 personer. De dokumenterte blant annet at sykehusene unnlot å melde inn hver fjerde beltelegging, slik de er pålagt. Over 220 protokoller manglet informasjon om når pasienten ble løst ut av beltene eller årsaken til at de ble bundet fast.

Etter å ha forelagt materialet for forskere og jurister fant avisen at tvangsbruken var ulovlige eller sterkt problematisk i rundt 650 av sakene. Det ble funnet problematiske tilfeller av beltelegging ved samtlige sykehus. Belter har for eksempel blitt brukt ved uro, for å forebygge utagering, etter ønske fra pasientens selv og ofte i lange tidsrom etter at behovet har opphørt.

Materialet viste også at tvangsbruken øker på kvelder, netter og i ferier når de faste behandlerne ikke er på jobb.

Dagens praksis

I 2019 hadde 42 prosent av pasientene som hadde vært underlagt vedtak om bruk av tvangsmidler minst ett vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (varierer mellom 32 og 47 prosent på regionalt nivå). Tall for 1. Tertial 2020 viser både vekst fra samme periode året før og fra 3. tertial 2019.

I etterkant av VG-sakene sendte Helsedirektoratet brev til de regionale helseforetakene og kontrollkommisjonene med presiseringer av hvordan reglene skal forstås. I tillegg ble punktet om velferdskontroll i saksbehandlingsrundskrivet for kontrollkommisjonene revidert.

Det fremmes få klager til kontrollkommisjonene på vedtak som treffes under gjennomføringen av et tvangsvedtak. I 2019 fikk kontrollkommisjonene inn 90 klager på bruk av mekaniske tvangsmidler. Av disse fikk 11 medhold.

Sivilombudsmannens Forbyggingsenhet har blant annet pekt på til dels store forskjeller i praksis og i kvaliteten på dokumentasjon ved beltelegging i psykisk helsevern. Dokumentasjonen er viktig for å gi grunnlag for god internkontroll og for å sikre reell klagemulighet. Dokumentasjon er også avgjørende for at tilsynsmyndighetene skal kunne føre kontroll med bruken av tvangsmidler,

6.12.3 Menneskerettighetene

Retten til den høyeste oppnåelige helsestandard er blant annet nedfelt i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 25.

Ingen må bli utsatt for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Det går blant annet fram av Grunnloven § 93 og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3. Forbudet er absolutt. Praksis fra den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) viser likevel at det er en viss åpning for forholdsmessighetsvurderinger der de nærmere omstendighetene, herunder formålet med tiltaket, vil ha betydning.

Tvangslovutvalget skriver: «Det kan neppe være tvil om at det i Norge i dag forekommer mekaniske tvangsinngrep i et ikke ubetydelig omfang som er i strid med EMK artikkel 3s forbud mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, slik dette er forstått i nyere praksis av EMD. Utvalget baserer seg her på en samlet vurdering av VGs funn i sin gjennomgang av tvangsmiddelprotokoller og Forebyggingsenhetens funn gjennom sin mer dyptloddende, punktvis tilsynsvirksomhet. Til dels er det tale om materielle krenkelser, til dels krenkelser av prosessuell art der begrunnelsen for inngrepet er uklar eller ufullstendig.»

Utvalget mener det er behov for kraftfulle tiltak fra myndighetene for å følge opp brudd på menneskerettighetene i dagens praksis.

Staten har en særlig forpliktelse til å sikre vern av barns personlige integritet. Det går blant annet fram av Grunnloven § 104 og FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen).

6.12.4 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo å videreføre dagens forbud mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern, og unntaket for gjennomføring av behandling av spiseforstyrrelser med ernæring dersom slik bruk er strengt nødvendig av hensyn til faglig forsvarlighet.

Utvalget foreslo at dagens hjemmel i psykisk helsevern for å bruke mekaniske tvangsmidler for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting ikke skulle videreføres.

Utvalget foreslo videre at adgangen til å bruke mekaniske innretninger som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner skulle fases ut i løpet av tre år etter at loven er trådt i kraft. Fram til forbudet trer i kraft foreslo de en uttømmende regulering av adgangen til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner. Slike innretninger skal bare kunne brukes dersom det er akutt fare for liv eller vesentlig helseskade. Bruken må derfor straks opphøre når situasjonen har roet seg. Tiltaket skal bare kunne brukes i institusjon for psykisk helsevern som er særskilt godkjent for dette.

Utvalget foreslo at forbudet mot å bruke mekaniske innretninger på barn under 16 år skulle videreføres.

Mekaniske innretninger skulle ikke kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av den aktuelle avdelingen når de ikke er i aktiv bruk.

Mekaniske innretninger som hindrer personens bevegelsesfrihet i nødssituasjoner, skulle bare kunne brukes i institusjoner for psykisk helsevern som er særlig godkjent for dette. Med mindre personen motsetter seg det, skal personell oppholde seg i samme rom under belteleggingen.

Bruk av mekaniske innretninger som ledd i somatisk behandling, for eksempel ved gjennomføring av et inngrep der personen må ligge helt i ro, reguleres etter utvalgets opplegg fullt ut av de alminnelige vilkårene for tiltak personen motsetter seg. Det kreves blant annet at personen må ha sterkt behov for tiltaket som følge av en nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal ha blitt påført en vesentlig helseskade og at personen ikke er beslutningskompetent.

Utvalget foreslo i tillegg en særregel om bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål som personen motsetter seg. De alminnelige vilkårene for tiltak som personen motsetter seg skulle gjelde. Personens tilstand må i tillegg være preget av omfattende orienteringssvikt, eller alvorlig selvskading som ikke kan kontrolleres på annen måte. Tiltaket vil særlig være aktuelt for personer med spesielle syndromer som er knyttet til alvorlig selvskading. Vedtaket skulle kunne ha en varighet på inntil ett år.

6.12.5 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser uttaler seg om forslagene, men ikke alle skiller tydelig mellom nødssituasjoner og bruk av mekaniske innretninger utenfor nødssituasjon.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, LDO, Mental Helse Norge, Helse Vest RHF, Helse Førde HF, Helsedirektoratet, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Norsk psykologforening er hovedsakelig positive til å videreføre forbudet mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling.

Klinikk for psykisk helsevern og rus Helse Nord-Trøndelag HF skriver blant annet:

«Å ikke kunne benytte mekaniske tvangsmidler ved materiell skade og ødelagt inventar, som ofte er opptakten til mer alvorlig fysisk utagering, vil kunne føre til mer alvorlig skade på pasienten, medpasienter og ansatte gjennom at ødelagt inventar kan benyttes som våpen mot personell. Dette har vi sett flere eksempler på allerede, når vi ikke rekker å gripe inn raskt nok.»

Helsedirektoratet mener at unntaket for gjennomføring av behandling ved spiseforstyrrelser med ernæring må begrenses. De skriver blant annet:

«Det kan av hensyn til faglig forsvarlighet være behov for bruk av tvangsmidler ved nedlegging av sonde og for å gjennomføre sondingen, men det vil være tilstrekkelig og forsvarlig med tvangsbruk i form av fastholding. At personen river sonden ut etter sonding, er ikke forbundet med fare, og bruk av mekaniske tvangsmidler for å hindre dette bør ikke tillates.»

Norsk psykiatrisk forening mener at det er betenkelig å åpne for å planlegge beltelegging ved tvungen ernæring og bemerker at dette kan sees som en diskriminering av pasienter med alvorlig realitetsbrist ved psykoser i forhold til pasienter med spiseforstyrrelse.

Legeforeningen mener at det virker vilkårlig at mekanisk tvang skal kunne benyttes til tvungen ernæring, men ikke ved gjennomføring av tvungen behandling med legemidler eller ECT.

St. Olavs hospital mener at det også må kunne brukes mekaniske innretninger ved tvangsmedisinering med legemidler, som sprøyte fordi det ikke alltid vil være nok å holde pasienten for å unngå skade på pasient og personal.

Fylkesmannen i Oslo og Viken bemerker at:

«dersom lovgiver ønsker en individuell tilpasset behandling og tiltak der personen er medbestemmende i egen behandling og over hvilke tiltak som best ivaretar dem, bør ikke unntaksbestemmelsene innsnevres slik lovutkastet her legger opp til.»

Høringsinstansene er delte i synet på forslaget om at bruk av mekaniske innretninger for å avverge skade i nødssituasjoner skal fases ut over tre år. Mange høringsinstanser, bl.a. en del helseforetak, *Helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn* og *Legeforeningen* mener forbudet vil svekke sikkerheten til de ansatte. En del høringsinstanser, bl.a. *Mental Helse Norge*, en del helseforetak og *Fylkesmannen i Vestland* peker på at mekaniske innretninger i noen situasjoner egner seg bedre enn fysisk holding, blant annet overfor pasienter som har opplevd overgrep. Mange mener også at forbudet kan føre til økt bruk av andre tvangsmidler og politi. Bl.a. *Helsedirektoratet* mener forbudet vil kreve økt bemanning og opplæring.

Lovisenberg Diakonale sykehus skriver:

«Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har som kjent gjennom flere år arbeidet målrettet for å redusere bruken av tvang, og da spesielt bruken av mekaniske tvangsmidler (beltelegging). Vår erfaring er at dette ikke bare er mulig, men at det også kan være gunstig og hensiktsmessig for samarbeidet med og behandlingen av pasientene. På denne bakgrunnen mener vi å ha et særlig grunnlag for vurdering av de forslagene som foreligger i utredningen. Våre erfaringer bekrefter realismen i utvalgets hovedtilnærming." De skriver likevel: "... vi er ut fra våre erfaringer uenige i at det skal utfases uten at det er etablert forsvarlige, reelle alternativer (som polstrede isolasjons-rom/«pute-rom»), og særlig når belter likevel skal kunne brukes i sikkerhetsavdelinger.»

Helsedirektoratet mener at det bør vurderes om forbudet kan innføres delvis eller skrittvis, f.eks. ved at de mest utsatte avdelinger ikke omfattes av forbudet eller får noe lengre tid til utfasing og at utfasingen bør følgeevalueres.

Sivilombudsmannen mener derimot at en utfasing av mekaniske tvangsmidler i akutte faresituasjoner vil kunne bidra til å hindre at pasienter utsettes for umenneskelig eller nedverdiggende behandling, men påpeker at en vellykket utfasing forutsetter omfattende faglige og institusjonelle tiltak, særlig på akuttavdelingene.

En del høringsinstanser, bl.a. *Legeforeningen*, er kritiske til forslaget om at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i nærheten av avdelingen når de ikke er i aktiv bruk og peker på at det nettopp er et kjennetegn ved nødssituasjonene at de må håndteres raskt.

En del høringsinstanser, bl.a. *Legeforeningen*, stiller spørsmål ved forslaget om at bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner skal være forbeholdt godkjente institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Sivilombudsmannen, *Voksne for barn*, *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*, *Rådet for psykisk helse*, *OUS HF*, *Norsk psykologforening* og *Redd Barna* mener også at det ikke bør være adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler mot barn mellom 16 og 18 år. *Sivilombudsmannen* anbefaler at det vurderes strakstiltak for å raskest mulig avskaffe slike tiltak overfor barn opp til 18 år. *Kontrollkommissjonen for Levanger* mener at det ikke bør være adgang til å bruke mekaniske innretninger til behandling av spiseforstyrrelser til barn og unge.

Likestillings- og diskrimineringsombudet er skeptisk til at også selvskadingstilfellene omfattes av forslaget om at vedtak om mekaniske innretninger med omsorgsformål kan ha en varighet på inntil ett år og mener at den maksimale vedtaksperioden bør være langt kortere.

6.12.6 Departementets vurderinger og forslag

Retten til den høyeste oppnåelige helsestandard må balanseres mot forbudet mot nedverdiggende behandling. Tvangslovutvalgets forslag representerer en klargjøring og en vesentlig innstramming sammenlignet med dagens regler. Utvalget mente at dette sannsynligvis er nødvendige grep for å bringe norsk regelverk og praksis i samsvar med menneskerettighetene.

6.12.6.1 *Bruk av mekaniske innretninger ved undersøkelse og behandling*

Departementet støtter utvalgets vurdering av at en adgang til å bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, ved undersøkelse og behandling vil gi en fare for utglidning. Departementet støtter derfor forslaget om å videreføre forbudet mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern. Forbudet innebærer blant annet at det ikke er anledning til å reime personen fast for å gjennomføre tvangsmedisinering.

Departementet støtter utvalgets forslag om å stramme inn adgangen til å bruke mekaniske innretninger som ledd i somatisk behandling ved at det reguleres av de alminnelige vilkårene for tiltak personen motsetter seg.

Flere høringsinstanser mener at det gir dårlig sammenheng i regelverket å ha særregler for tvungen ernæring. Departementet viser til at det fortsatt vil være en viss adgang til å bruke mekaniske innretninger ved somatisk behandling og har lagt avgjørende vekt på at prosedyrene ved gjennomføring av tvungen ernæring er mer krevende og at det vil innebære et klart skadepotensiale dersom personen ikke holdes rolig. Departementet støtter derfor forslaget om å videreføre unntaket for tvungen ernæring, men stiller seg bak Helsedirektoratets vurdering av at bruk av belter i forbindelse med tvangsernæring bare kan forsvares der det er umiddelbar fare for personens liv. Ifølge direktoratet vil det dreie seg om pasienter som i utgangspunktet er i svært dårlig somatisk forfatning, med stor fare for hjerterytmeforstyrrelse og død. Direktoratet viser også vil at pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser generelt er skjøre og ofte har benskjørhet. I slike situasjoner kan bruk av mekaniske innretninger være et tryggere alternativ enn for eksempel fastholding.

6.12.6.2 *Nødssituasjoner*

Bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten er et særlig inngripende tiltak og faren for misbruk er stor. Departementet har forståelse for at mange høringsinstanser er bekymret for ansattes sikkerhet. Også pasienter kan bli skadelidende i en utageringssituasjon som ikke kommer raskt under kontroll. Departementet ser også at et forbud mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, kan føre til økt bruk av andre tvangstiltak som ikke nødvendigvis oppleves som mindre inngripende av den som blir utsatt for dem. Dette gjelder blant annet pasienter som har vært utsatt for overgrep og som kan oppleve fastholding som svært traumatisk og et dårligere alternativ til mekaniske innretninger.

Det er på den annen side svært bekymringsfullt at Tvangslovutvalget mener at det i dag skjer brudd på menneskerettighetene i forbindelse med beltelegging o.l. Departementet mener at det er viktig å arbeide for å begrense bruken av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten. Utvalget mente at det ligger et potensial for å redusere bruk av tvang gjennom forebyggende arbeid, men at det ville ta tid og kreve ressurser å gjennomføre kvalitetshevende tiltak som kan redusere tvangsmiddelbruken generelt, og spesielt for beltelegging o.l. Erfaringene fra Lovisenberg sykehus viser at selv om man har jobbet intensivt for å redusere bruken av tvang og mekaniske innretninger, har bruken av

medikamenter med beroligende effekt økt i samme tidsrom. Det samme har kortvarig fastholding.

Ingen forebyggende tiltak vil kunne hindre alle farlige nødsituasjoner, men det bør være mulig å forebygge brudd på menneskerettighetene.

Departementet støtter utvalgets vurderinger. Departementet mener at det bør legges opp til at adgangen til å bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten i nødssituasjoner, skal fases ut. Utvalget foreslo at utfasingen skulle skje i løpet av tre år etter at lovendringene trer i kraft. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av hvor lang utfasingsperioden bør være. Departementet foreslår også at det legges opp til en følgeevaluering av arbeidet med utfasing av bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner.

Samtidig er det viktig at behovet for fortsatt adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner vurderes på nytt når utfasingsperioden utløper, blant annet om det er grunn til å videreføre hjemmelen for noen avdelinger med særskilte utfordringer.

Departementet legger derfor opp til å komme tilbake til Stortinget med en vurdering av om det er forsvarlig å innføre et generelt forbud mot bruk av mekaniske innretninger som skadeavverging i nødssituasjoner når utfasingsperioden er utløpt og av om det i så fall bør gjøres unntak fra forbudet.

Inntil det er endelig avklart om bruken av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten skal fases ut, er det viktig med strenge vilkår for å bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten. Utvalgets forslag om at adgangen til å bruke tvang i nødssituasjoner i sin helhet (uttømmende) skal lovreguleres og forslagene om generelle rammer for slike inngrep er omtalt i punkt 6.9. Departementet foreslår videre å følge opp utvalgets forslag om å tydeliggjøre at mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten bare skal kunne brukes i akutte situasjoner, og skal opphøre straks den akutte faren er over. Med mindre personen motsetter seg det, skal personell oppholde seg i samme rom under belteleggingen. Tilsvarende gjelder i dag ved fastspenning i stol eller seng.

Departementet ser at det å ikke kunne bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten for å avverge materielle skader, kan bidra til at en situasjon utvikler seg til mer alvorlig fysisk utagering. Departementet mener likevel at det bør legges avgjørende vekt på at bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten er et så alvorlig inngrep i den personlige integriteten at det bare bør kunne brukes når det er strengt nødvendig. Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at tiltaket bare skal brukes for å avverge en nært forestående helseskade, og ikke lenger kunne begrunnes i fare for tingskade.

Psykisk helsevern har en funksjon som siste skanse, særlig ved alvorlig utagerende adferd. Behovet for å bruke mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten i nødssituasjoner er derfor sterkest ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det bare skal være adgang til å

bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner i institusjoner i psykisk helsevern som er særlig godkjent for dette.

Den klassiske nødssituasjonen er en krise i rask utvikling mot en nært forestående skade, eller et punkt der en skade ikke lenger kan hindres eller begrenses hvis det ikke blir grepet inn. Departementet har derfor forståelse for at tjenestene er bekymret for at mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, fram til adgangen er faset ut ikke skal være tilgjengelige i situasjoner som krever rask handling. Tanken bak utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i umiddelbar nærhet til den aktuelle avdelingen, er at redusert tilgjengelighet kan bidra til å redusere bruken ved at andre, mindre inngripende tiltak vurderes først. Forslaget vil sannsynligvis kreve mer personell, flere kompetansehevende tiltak og etablering av gode alternativer.

Departementet ber om høringsinstansenes særskilte vurdering av dette forslaget, og av hvordan man kan sikre god og trygg håndtering av nødssituasjoner samtidig som det legges til rette for redusert bruk av mekaniske innretninger.

6.12.6.3 Særlig om barn

Staten har en særlig forpliktelse til å sikre vern av barns personlige integritet. Etter Barnekonvensjonen regnes alle under 18 år som barn. Mange høringsinstanser, blant annet *Sivilombudsmannen*, mener at forbudet mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten bør utvides til å gjelde alle under 18 år.

Barnevernet har ikke adgang til å benytte mekaniske innretninger i akutte faresituasjoner, jf. forskrift 15. november 2011 nr. 1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon §§ 13 og 14. For enkelte barn kan det framstå som tilfeldig om utfordringene deres blir møtt med tiltak fra helsetjenesten eller fra barneverntjenesten. Departementet viser likevel til at psykisk helsevern har en siste skanse-funksjon fordi barn i barnevernet kan bli overført til psykisk helsevern ved akutte kriser. Departementet slutter seg derfor til utvalgets vurdering av at det kan forsvares at regelverkene har ulike aldersgrenser.

Departementet ser at det ville ha vært et naturlig første skritt i retning av utfasing av adgangen til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner å ikke videreføre adgangen til å bruke tiltaket overfor barn mellom 16 og 18 år.

Utvalget viste blant annet til at bruk av mekaniske innretninger i enkelttilfeller også for barn kan være det lempeligste tiltaket. Dette kan gjelde barn som i psykotiske faser står i fare for å påføre seg selv store skader. For barn som har opplevd overgrep, kan det være særlig skremmende å bli holdt fysisk fast.

Tjenestene må tilrettelegges og tilpasses barnets behov. Det er viktig at barn får traumesensitiv omsorg. Tjenestene må gjøre det de kan for å unngå at det oppstår situasjoner som kan gjøre det nødvendig med inngripende tiltak. Hvis en vanskelig situasjon inntreffer, må helsepersonellet ha kunnskap om og trening i konflikthåndtering, felles problemløsning, avledning og i å roe ned situasjonen. Det følger av det helserettslige forsvarlighetskravet at det, når det tas stilling til virkemiddelbruk i en akutt

situasjon, blant annet skal tas hensyn til barnets alder, om dette er en førstegangssituasjon og forhold i barnets sykehistorie m.m.

Utvalget kom videre til at det for de få, men sårbare, barna det her dreier seg om er viktig å forberede innføringen av et forbud mot mekaniske innretninger like godt som for voksne. Utvalget understreket imidlertid at det i arbeidet med å utfase bruken av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, burde prioriteres å avskaffe slik bruk overfor barn. Departementet støtter utvalgets vurderinger og forslag. I mellomtiden vil innstramningen av adgangen til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner også gjelde for barn mellom 16 og 18 år.

6.12.6.4 Mekaniske innretninger med omsorgsformål

Departementet støtter utvalgets vurdering av at særlige rettssikkerhetshensyn gjør seg gjeldende når mekaniske innretninger brukes som omsorgstiltak. I slike situasjoner vil det primært dreie seg om bruk av armskinner, spesialklær og sengehester. Tiltaket vil typisk være aktuelt for personer med demens og psykisk utviklingshemning.

Departementet deler på den annen side Helsedirektoratets bekymring for at tvangsbruk med grunnlag i en relativt rundt formulert omsorgstvangshjemmel vil øke når terskelen for bruk av andre tvangstiltak heves. En omsorgshjemmel som er svært konkret om hva som regnes som tillatte mekaniske tvangsmidler, kan få en utilsiktet effekt der tjenestene i større grad opplever å få et «godkjenningsstempel» på bruk av mekaniske tvangsmidler innenfor omsorgstjenesten. Dette kan igjen føre til mer tvang enn i dag fordi presiseringen oppleves som om terskelen for tvangsbruk senkes.

Mekaniske tvangsmidler er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

Bevegelsehindrende tiltak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A er i hovedsak avgrenset til helsehjelp. Helsehjelp omfatter også tiltak om stell og pleie for personer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet slutter seg i utgangspunktet til utvalgets forslag om adgang til bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål. Departementet mener likevel at det er behov for å se nærmere på hvordan utvalgets forslag forholder seg til omsorgsformål på ulike arenaer (institusjon, omsorgsbolig/bofellesskap, eget hjem), ettersom dette varierer noe etter dagens lovverk blant annet i kap. 9 og 4A. Departementet ber om at høringsinstansene vurderer om det er behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan den i så fall bør utformes.

6.13 Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

6.13.1 Innledning

Departementet vil i det videre arbeidet med tvangslovgivningen ta utgangspunkt i Tvangslovutvalgets forslag om lovfesting av adgang til å bruke ECT.

Det gis adgang til å bruke ECT uten samtykke dersom unnlattelse av behandling i løpet av få uker medfører alvorlig fare for personens liv og personen ikke motsetter seg.

Vedtak om ECT uten samtykke skal kunne treffes for inntil to uker. Vedtaket skal ikke kunne forlenges ut over to uker og ikke kunne fornyes.

Det skal være adgang til å reservere seg mot bruk av ECT i inntil ti år om gangen.

6.13.2 Om ECT

Ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) påføres en kontrollert mengde strøm gjennom elektroder plassert på hodet for å indusere et generalisert krampeanfall, et såkalt «grand mal» -anfall. I dag gis ECT mens pasienten er i narkose og har fått muskelavslappende midler. Behandlingsmetoden har vært brukt til behandling av en rekke psykiske lidelser, men er best dokumentert for behandling av depressive tilstander.

Det er faglig uenighet om hvordan ECT kan føre til symptomlette. De vanligste teoriene går ut på at blant annet blodsirkulasjonen stimuleres og at effekten av behandlingen kommer av at nervecellenes plastisitet påvirkes. Enkelte mener imidlertid at den terapeutiske effekten, forbedring av depresjonssymptomene, er et resultat av skadevirkninger av intervensjonen.

Kunnskapsgrunnlaget for ECT er gjennomgått av Helsedirektoratet i deres faglige retningslinje fra 2017 (IS-2629 Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT). Dokumentasjonen for effekt er i stor grad av lav kvalitet, og anbefalingene er gradert som svake. Den kliniske erfaringen er like fullt at mange pasienter som ikke har nytte av annen behandling, kan ha stort utbytte av ECT.

Noen pasienter får varige kognitive problemer etter behandlingen. Det er imidlertid uklart hvor mange dette gjelder og hvor lenge slike bivirkninger varer.

6.13.3 Gjeldende rett og praksis

Dagens bruk av ECT uten samtykke baseres på nødrett og gir ikke rett til å reservere seg mot ECT. Se omtale av gjeldende rett i NOU 2019:14 punkt 25.6.5.1.

Det er stilt spørsmål ved Norges praksis når det gjelder ECT ved nødrett i rapport av 18.05.15 fra Europarådets menneskerettighetskommissærs besøk i Norge. Det er også tatt opp av Sivilombudsmannen i en besøksrapport fra Stavanger universitetssykehus fra mai 2017 at ECT begrunnet i nødrett er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. En enkeltsak belyste de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen.

Om bruk av ECT for å forhindre selvmord ved alvorlige depresjoner skriver direktoratet i sin faglige retningslinje fra 2017:

«I forarbeidene til psykisk helsevernloven (Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 87) (15) henvises det til at en akutt situasjon typisk vil være hvor det foreligger en overhengende fare for

selvmord på grunn av alvorlig depresjon. På gruppenivå er det imidlertid ikke forskningsbasert grunnlag for å trekke konklusjonen at ECT er egnet til å avverge selvmord (25). Som regel kan andre tiltak enn ECT ha effekt, og andre tiltak bør derfor forsøkes først».

6.13.4 Menneskerettighetene

Å gi ECT uten et informert og frivillig samtykke innebærer et klart inngrep i personens integritet og selvbestemmelse som er vernet etter retten til privatliv etter EMK artikkel 8, jf. Grunnloven §102.

6.13.5 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo å lovfeste en snever adgang til å bruke ECT uten samtykke som et livreddende tiltak. Lovreguleringen skulle gi en uttømmende regulering av adgangen til ECT uten samtykke slik at strafferettslig nødrett ikke lenger skulle kunne påberopes som rettslig grunnlag.

Et mindretall (Erichsen og Gitlesen) foreslo å forby ECT uten samtykke. ECT skulle bare brukes dersom pasienten samtykket eller hadde uttrykt ønske om ECT i en forhåndserklæring basert på fritt og informert samtykke.

Et annet mindretall (Vagle) foreslo å gjøre flertallets forslag til regulering tidsbegrenset til tre år og deretter evaluere bestemmelsen.

De generelle vilkårene for tvangstiltak (manglende beslutningskompetanse, sterkt behov for tiltaket for m.m.) skulle etter utvalgets forslag også gjelde ved ECT.

Utvalget foreslo at det alminnelige vilkåret om at behandlingen må kunne begrense alvorlig helseskade skulle skjerpes ved å stille krav om at unnlattelse av å gi ECT vil innebære en alvorlig fare for personens liv i løpet av få uker. Utvalget foreslo videre at det ikke skulle kunne treffes vedtak om eller gjennomføres ECT dersom personen motsetter seg tiltaket.

Tiltaket måtte anbefales av en lege som har erfaring med ECT, som har undersøkt personen og som er uavhengig av den vedtaksansvarlige.

Vedtaket om ECT kan etter utvalgets forslag bare ha en varighet på inntil to uker. Etter to uker skal behandlingen avsluttes dersom personen ikke samtykker til videre behandling.

ECT skal gjennomføres så skånsomt som mulig og tiltaket skal straks avbrytes dersom lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

Reservasjon mot ECT

Utvalget foreslo å innføre en rett til å reservere seg mot ECT i en forhåndserklæring. Forhåndserklæringen må være skriftlig, datert, underskrevet og godkjent av en tvangsbegrensningsnemnd. Nemndene skal godkjenne erklæringer dersom personen er beslutningskompetent i spørsmålet om å reservere seg mot ECT. Erklæringen kan gjelde i inntil ti år.

Forhåndserklæringer kan trekkes tilbake. En tilbaketrekking skal være skriftlig, datert og underskrevet og sendes statsforvalteren (tidl. Fylkesmannen).

6.13.6 Høringsinstansenes syn

En del instanser er positive til å lovregulere adgangen til bruk av ECT uten samtykke fordi det er uholdbart at dagens praksis er hjemlet i strafferettslig nødrett. Dette gjelder blant annet Helsedirektoratet.

Mange av disse er imidlertid uenig i vilkårene for ECT uten samtykke. Mange uttaler at ECT vil kunne være livreddende behandling for alvorlig deprimerte pasienter med næringsvegring og dehydrering. I disse situasjonene bør ECT også kunne brukes selv om pasienten gjør motstand.

Helsedirektoratet støtter forslaget om at tiltaket ikke skal kunne iverksettes ved motstand, men mener behandlingen bør kunne forlenges utover to uker. De viser til at noen pasienter vil bruke betydelig lengre tid enn to uker på å bli tilstrekkelig bedret til å være i stand til å samtykke til forlengelse av behandlingen.

NIM og *Sivilombudsmannen* anbefaler departementet å vurdere om forslaget er i tråd med menneskerettighetene. *SOM* viser særlig til at tiltaket er inngripende, kunnskapsgrunlaget for effekt usikkert og at noen pasienter opplever alvorlige bivirkninger etter behandlingen. *SOM* viser også til sine funn om bruk av ECT på grunnlag av nødrett etter besøk ved noen sykehus i 2017 og 2018. Besøkene viser at tiltaket ser ut til å bli praktisert på en måte som fremstår som ulovlig. Det samlede tvangsomfanget der ECT blir gitt på grunnlag av nødrett medfører etter *SOMs* vurdering en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig og nedverdiggende behandling. *LDO* mener det er tvilsomt om forslaget er i tråd med menneskerettighetene.

Fylkeseldrerådet i Hordaland, Informasjonssenteret Hieronimus, Landsforeningen – We Schall Overcome, FFO, Advokatforeningen og *LDO* støtter mindretallet Erichsen og Gitlesen sitt forslag om at ECT bare kan brukes dersom pasienten samtykker eller har uttrykt ønske om ECT i en forhåndserklæring basert på fritt og informert samtykke.

Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE) og *Mental Helse Norge* støtter mindretallet Vagles forslag om en midlertidig hjemmel med påfølgende evaluering.

Mental Helse Norge viser til at de har medlemmer som både har positive og negative erfaringer med bruk av ECT. De støtter utvalgets flertall i at ECT kun kan benyttes der personen ikke motsetter seg tiltaket. *Mental Helse* er opptatt av økt kunnskap om denne behandlingsformen, og ønsker mer forskning på området.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE), Mental Helse Norge, FFO, Statens helsetilsyn og *Norsk sykepleierforbund* støtter innføring av reservasjonsordninger for ECT.

En del *helseforetak* er kritiske til forslaget om reservasjonsrett. Det vises blant annet til at det kan være vanskelig å avgjøre om personen er beslutningskompetent for et så alvorlig tema og med ti års virkning. Det kan også være vanskelig for en person å forutsi hvor alvorlig en sykdomsepisode vil kunne bli, og hva konsekvensene av å reservere seg vil være.

6.13.7 Departementets vurderinger og forslag

6.13.7.1 Lovhjemmel for bruk av ECT

Utvalget mente at dagens rettstilstand der ECT uten samtykke begrunnes i strafferettslig nødrett, var uholdbar. Innholdet i den strafferettslige nødrettsnormen er uklart, og det er vanskelig å styre klinisk praksis med et så vagt rettslig utgangspunkt.

Departementet slutter seg til utvalgets vurderinger og forslaget om at adgangen til å bruke ECT uten samtykke bør reguleres i lov. Det er uheldig at et så inngripende tiltak i dag gjennomføres på grunnlag av strafferettslig nødrett og ikke etter en klar lovhjemmel og med rettssikkerhetsgarantier som blant annet krav til prosessen og klagerett. En lovregulering med krav om å treffe vedtak ved bruk av ECT, vil også gjøre det enklere å føre tilsyn med virksomheten og å få en nasjonal oversikt over bruken. Departementet støtter derfor en lovregulering og at det ikke lenger skal være adgang til å bruke ECT på grunnlag av nødrett.

Departementet er også enig med utvalget at det ikke bør foreslås et totalforbud mot ECT uten samtykke. Klinisk erfaring og praksis har vist at ECT i noen tilfeller kan være livreddende. Et totalforbud vil kunne føre til at helsetjenesten i noen situasjoner ikke kan gi potensielt livreddende helsehjelp.

Samtidig er det viktig å begrense bruken av ECT uten samtykke så mye som mulig. Selv om klinisk erfaring tilsier at behandlingen kan være livreddende i noen situasjoner, er kunnskapsgrunnlaget for behandlingen ikke tilstrekkelig til å forsvare utstrakt bruk uten samtykke. Det er en svært inngripende behandling som kan gi skader og som bare bør brukes etter samtykke eller som siste utvei.

Departementet støtter derfor også utvalgets forslag om at ECT uten samtykke bare skal kunne brukes dersom personen ikke motsetter seg tiltaket og unnlattelse av å gi ECT i løpet av få uker, vil føre til alvorlig fare for personens liv, og at det bare skal kunne treffes ett vedtak om bruk av ECT i inntil to uker. Behandlingen vil dermed bare være aktuell overfor personer som er i ferd med å dø som (en indirekte) følge av sin psykiske tilstand. Typisk vil dette gjelde personer som har sluttet å ta til seg næring og væske, og i slike tilfeller vil man også kunne oppleve at motstanden mot ECT til slutt oppgis.

6.13.7.2 Reservasjonsrett

Videre støtter departementet utvalgets forslag om å innføre en rett til å reservere seg mot ECT. Retten til selvbestemmelse tilsier at det bør være mulig å reservere seg mot

behandlingen. Forutsetningen er at personen er beslutningskompetent i spørsmålet om reservasjon.

En rett til å reservere seg kan innebære at helsetjenesten kan komme i en situasjon der en ikke kan gi helsehjelp som kunne vært livreddende. På bakgrunn av svakt/mangelfullt kunnskapsgrunnlag, fordi behandlingen er inngripende og kan gi skader og av hensyn til personens rett til selvbestemmelse, bør dette imidlertid ikke være avgjørende. Dersom en beslutningskompetent person har tatt stilling til at han eller hun ikke ønsker ECT selv som livreddende tiltak, må beslutningen respekteres. Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at det ved reservasjon mot framtidig bruk av ECT, i motsetning til forslaget om reservasjonsadgang mot medisinerer med antipsykotiske legemidler, ikke skal kreves at personen har egen erfaring med ECT.

6.13.7.3 Menneskerettighetene og ECT

Et inngrep etter EMK artikkel 8 er lovlig dersom det har hjemmel i lov, skal ivareta et legitimt formål og er forholdsmessig ("nødvendig i et demokratisk samfunn"). Utvalgets forslag innebærer en klar lovhjemling av tiltaket. Tiltaket har som formål å beskytte personens helse som er et av de legitime formålene etter artikkel 8. Avgjørende for om forslaget er i overensstemmelse med artikkel 8 og Grunnloven § 102 blir derfor om tiltaket er forholdsmessig.

En forholdsmessighetsvurdering innebærer en vurdering av om belastningene ved inngrepet står i et rimelig forhold til det som skal oppnås ved tiltaket. ECT er et svært inngripende tiltak, men forslaget setter strenge rammer for bruken. ECT skal bare kunne gis uten samtykke dersom personen mangler kompetanse til å samtykke og heller ikke motsetter seg behandlingen, og bare som livreddende tiltak. Det kreves at det uten behandling, vil være alvorlig fare for personens liv i løpet av få uker. Departementet mener derfor det er rimelig forhold mellom tiltaket og formålet som tiltaket skal ivareta.

En sentral del av forholdsmessighetsvurderingen er også om tiltaket er egnet og nødvendig for å ivareta det aktuelle formålet. Selv om kunnskapsgrunnlaget for ECT er uklart, har erfaringer fra klinisk praksis vist at tiltaket kan være livreddende. Dette gjelder særlig for alvorlig deprimerte pasienter som har sluttet å ta til seg næring.

Sivilombudsmannen (SOM) har stilt spørsmål ved om ECT uten samtykke er nødvendig. Et tiltak vil ikke bli vurdert som nødvendig dersom det finnes andre mindre inngripende tiltak som i tilstrekkelig grad vil ivareta formålet. SOM viser blant annet til at det bare er om lag 30 prosent av sykehusene som bruker ECT på grunnlag av nødrett. SOM stiller også spørsmål om det for alvorlig deprimerte pasienter som har sluttet å ta til seg næring, kan være et bedre og mindre inngripende alternativ å gi pasienten næring intravenøst.

Etter EMK artikkel 3 er det forbudt å utsette noen for tortur eller «umenneskelig eller nedverdiggende behandling». Det samme følger av Grunnloven § 93. Fordi ECT innebærer et særlig inngripende tiltak, er det også behov for å vurdere om tiltaket er i strid med denne bestemmelsen. Artikkel 3 setter et absolutt forbud mot tiltak som innebærer tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling. En forholdsmessighetsvurdering vil

derfor ikke kunne gjøre slike tiltak lovlige. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har imidlertid i sin praksis lagt til grunn at tiltak som er medisinsk nødvendige og forsvarlige i utgangspunktet ikke er i strid med forbudet i artikkel 3.

Som drøftelsen ovenfor viser, mener departementet at ECT uten samtykke i noen helt spesielle tilfeller vil kunne være medisinsk nødvendig og forsvarlig som livreddende tiltak.

Slik forslaget er utformet med en klar lovhjemling og en svært snever adgang til å bruke ECT uten samtykke, mener departementet at forslaget ikke er i strid med retten til vern om privatliv etter EMK artikkel 8, jf. Grunnloven § 102 eller forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling og straff etter EMK artikkel 3, jf. Grunnloven § 93.

I forhold til dagens regulering innebærer forslaget en tydelig styrking av de formelle rettssikkerhetsgarantiene ved ECT, særlig ved at det må treffes vedtak om ECT som vil være gjenstand for rettslig kontroll, blant annet en klageadgang for personens nærmeste pårørende. Kravet om at personen skal undersøkes av en uavhengig lege med erfaring med bruk av ECT, og som må tilrå tiltaket, er også nytt.

6.14 Skjerming

6.14.1 Innledning

Departementet vil i det videre arbeidet med tvangslovgivningen ta utgangspunkt i Tvangslovutvalgets forslag om at det skal være adgang til skjerming som akutt skadeavverging, kortvarig gjennomføringstiltak ved behandling i psykisk helsevern og vern av medpasienter i psykisk helsevern.

Skjerming defineres som «å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende.»

Formålet med skjermingen skal avgjøre hvor strenge vilkår som stilles og hvor lenge tiltaket skal kunne brukes.

Det skal fortsatt være adgang til å bruke skjerming for å avverge skade i nødssituasjoner. Skjerming av personer over 18 år skal kunne skje bak låst dør dersom det er nødvendig av sikkerhetshensyn.

I psykisk helsevern skal skjerming kunne brukes i inntil 72 timer når det er strengt nødvendig for å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon. Det må gå 24 timer før det kan treffes nytt vedtak.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern kan ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene, slik at det ikke er behov for en egen bestemmelse om behandling av psykiske helseproblemer med skjerming.

I psykisk helsevern skal det fortsatt være adgang til å gripe inn med skjerming utenfor nødssituasjoner for å ivareta fellesskapsinteresser ved utagerende atferd.

6.14.2 Gjeldende rett

Se omtalen av gjeldende rett i NOU 2019: 14 punkt 5.5.13.3, 23.8.5.3.1, 25.6.3.1 og 26.2.3.

6.14.3 Menneskerettighetene

Menneskerettighetene gir personer rett til den høyeste oppnåelige helsestandard. Det er blant annet nedfelt i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 25.

Menneskerettighetene forbyr også umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Det går blant annet fram av Grunnloven § 93 og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3. Forbudet er etter ordlyden absolutt. Praksis fra den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) viser likevel at det er en viss åpning for forholdsmessighetsvurderinger der de nærmere omstendighetene, herunder formålet med tiltaket, vil ha betydning.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 12 slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.

Det følger blant annet av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), at inngrep i personers integritet må være forholdsmessige. I det ligger det at fordelene med inngrepet må veie tyngre enn ulempene eller skadevirkningene.

Sivilombudsmannen kommenterer i sin temarapport om skjerming at terskelen for å iverksette skjerming som et kontrolltiltak etter det norske regelverket, er klart lavere enn det den Europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) synes å legge opp til ettersom det ikke kreves at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.

6.14.4 Praksis

Begrepet skjerming har ikke et helt klart innhold. I psykisk helsevern er særlig grensen mot såkalt isolering vanskelig. Ifølge utvalget blir de samme lokalene ikke sjeldent brukt til begge tiltakene, og det etableres løsninger rundt utgangshindringen som i realiteten bryter ned det tydelige ytre skillet mot skjerming. Ifølge utvalget bidrar det blant annet til at tiltaket kan bli vanskeligere å forstå og akseptere og at inngrepet dermed lettere kan oppleves som straff.

Kritikken mot bruk av skjerming som behandlingstiltak har vært økende de senere årene og er forsterket gjennom Sivilombudsmannens temarapport fra desember 2018. Rapporten er basert på funn som er gjort under forebyggingsenhetens besøk. Sivilombudsmannen slår

fast at selv om skjerming ikke er ment å være isolasjon eller avstraffelse, har funn gjort under deres besøk vist at skjerming ofte oppleves slik. Det skyldes særlig at skjerming ofte innebærer store inngrep i pasientenes selvbestemmelse, bevegelsesfrihet og tilgang til meningsfull sosial kontakt. Mange utsettes for skjerming. Skjerming kan pågå over lang tid og pasientene er ofte utsatt for en rekke restriksjoner under skjermingen. Det foreligger lite kunnskap om effekten av skjerming i Norge. Ifølge Sivilombudsmannen er tiltaket en blanding av tvangstiltak og behandling slik at formålet kan framstå uklart.

Omfanget av skjerming med vedtak har ifølge tall fra Helsedirektoratet økt hvert år mellom 2015 og 2020 i det psykiske helsevernet. Mens det i 2015 ble registrert 2249 skjermingsvedtak var antallet 2840 i 2018. I 2018 hadde 1397 pasienter 1 vedtak om skjerming. 1080 pasienter hadde 2-4 vedtak, mens 285 pasienter hadde mellom 5 og 9 vedtak. 78 pasienter hadde 10 eller flere vedtak om skjerming i 2018.

Foreløpige tall for 2020 viser at det ble truffet 7444 skjermingsvedtak mot 2995 pasienter.

6.14.5 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at skjerming, i loven, skulle defineres som å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende og at skjerming reguleres som fire tiltak med ulike formål.

De foreslo en hovedbestemmelse med alminnelige vilkår for tiltak som personen motsetter seg. Den gjelder i utgangspunktet også for skjerming. De foreslo i tillegg særskilte bestemmelser om skjerming som dels viser til vilkårene i hovedbestemmelsen, dels gjør unntak fra vilkårene og dels stiller opp ytterligere vilkår.

Skjerming som akutt skadeavverging

Utvalget foreslo at det fortsatt skal være adgang til å bruke kortvarig skjerming i nødssituasjoner. Formålet med skjermingen må være skadeavverging.

Personell må være til stede i rommet eller i nær tilknytning til rommet der skjermingen gjennomføres. Når personen er under 18 år, skal minst ett personell alltid være til stede i rommet eller i naborommet med ulåst dør. Skjerming av personer over 18 år kan skje bak låst dør dersom det er nødvendig av sikkerhetshensyn. Tiltaket som etter gjeldende rett omtales som isolering, foreslås dermed videreført. Personen må ha forsvarlig tilsyn og mulighet til å kontakte personell ved behov.

Skjermingen skal avsluttes så snart situasjonen som utløste adgangen til skjerming har roet seg.

Skjerming som behandling i psykisk helsevern

Utvalget foreslo at det fortsatt skal være adgang til å bruke skjerming som ledd i behandling av psykiske helseproblemer i psykisk helsevern. Adgangen strammes likevel betydelig inn ved at det kreves at personen fyller de alminnelige vilkårene for tiltak personen motsetter seg.

Vedtak om skjerming som behandling skulle kunne ha en varighet på inntil to uker.

Skjerming som kortvarig gjennomføringstiltak i psykisk helsevern

Utvalget foreslo at det for personer som er tvangsinnlagt i institusjon for psykisk helsevern, skulle kunne treffes vedtak om og gjennomføres kortvarig skjerming som personen motsetter seg, dersom det er strengt nødvendig for å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang må være prøvd.

Vedtaket skal kunne ha en varighet på inntil 72 timer. Det må ha gått minst 24 timer før det kan treffes et nytt vedtak.

Skjerming av hensyn til medpasienter i psykisk helsevern

Utvalget foreslo at det for personer som til tross for at de motsetter seg det, er innlagt i institusjon i psykisk helsevern og med utagerende atferd, skulle kunne treffes vedtak om og gjennomføres skjerming som vedkommende motsetter seg, dersom dette er nødvendig av hensyn til medpasienters rett til nødvendig helsehjelp. Tiltaket må ikke være urimelig overfor personen og tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang må være prøvd.

Vedtaket skulle kunne ha en varighet på inntil to uker.

Krav til lokalene der skjerming gjennomføres

Utvalget foreslo at lokalet dersom skjerming gjennomføres innendørs, så langt dette er forsvarlig ut fra hensynet til personens sikkerhet, skal være innredet som et vanlig beboelsesrom.

6.14.6 Høringsinstansenes syn

En del av høringsinstansene, blant annet *Helsedirektoratet*, *Mental Helse Ungdom*, *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse* og *Pårørendealliansen* er positive til utvalgets forslag og mener at det fører til en betydelig heving av terskelen for bruk av skjerming.

Helsedirektoratet er positive til at årsaken til skjerming avgjør hvor strenge vilkårene er og hvor lenge tiltaket kan pågå. *Psykologforeningen* mener at forslaget sannsynligvis gi en mer human gjennomføring, og innskjerpende bruk ved krav om begrunnelse og formål for hvorfor man tar i bruk skjerming.

Norsk sykepleierforbund, *Fylkesmannen i Oslo og Viken* og *Helsedirektoratet* er kritiske til forslaget om at reguleringen av skjerming skal fordeles på fire bestemmelser. *Helsedirektoratet* er bekymret for at regelverket blir uoversiktlig og lite tilgjengelig, og at dette gir betydelig risiko for feil praksis. *Direktoratet* mener derfor at det bør vurderes om bestemmelsene kan samles selv om det vil bryte med lovforslagets struktur.

Landsforeningen – We Schall Overcome går imot forslaget og mener de fire hjemlene for skjerming samlet sett ikke vil føre til en innstramning av skjermingspraksis.

Sivilombudsmannen har merket seg at flere av lovforslagene synes å reflektere funnene i ombudets temarapport om skjerming. *Sivilombudsmannen* og *Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)* mener likevel at departementet bør foreta en nærmere

vurdering av kunnskapsgrunnlaget om effekten av skjerming opp mot menneskerettighetene. Sivilombudsmannen framhever også betydningen av at lovgiver foretar en generell forholdsmessighetsvurdering.

KS viser til at skjermingstiltak som virkemiddel også bør være tilgjengelig for kommunene, og viser særlig til pasienter som utsetter ansatte og andre pasienter for vold. KS mener at man med tilstrekkelige saksbehandlings- og kontrollrutiner vil man klare å ivareta pasientintegriteten.

Nødssituasjoner

Helsedirektoratet og KS slutter seg til utvalgets forslag.

Sivilombudsmannen mener at det er tvilsomt om forslaget om bruk av skjerming ved akutt fare for vesentlig tingskade kan opprettholdes i lys av menneskerettslige krav.

Ombudsmannen er også bekymret for at bruk av begrepet skjerming i disse situasjonene skal bidra til en normalisering og at flere personer plasseres bak låst eller stengt dør.

Hå kommune er kritisk til forslaget om at det aldri skal være adgang til å bruke skjerming for personer under 18 år på låst rom.

Behandling av psykiske helseproblemer med skjerming

Norges institusjon for Menneskerettigheter (NIM) er positive til at det foreslås en betydelig terskelheving for bruk av skjerming som behandlingstiltak.

Sivilombudsmannen er i tvil om hvorvidt forslaget oppfyller den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD)s krav om at behandlingstiltaket må være i samsvar med «recognised rules of medical science», sett i lys av det svake kunnskapsgrunnlaget for skjerming som behandlingstiltak og mener at det må foretas en nærmere vurdering av hvilke begrensninger forbudet mot tortur og umenneskelig behandling setter i saker om tvangsbehandling.

Mental Helse Norge mener at inntil to ukers varighet på vedtak om skjerming som behandling og skjerming av hensyn til medpasienter er altfor lenge.

Kortvarig skjerming i psykisk helsevern som gjennomføringstiltak

Helsedirektoratet slutter seg til utvalgets betraktninger om at en hjemmel for kortvarig skjerming kan bidra til å redusere skjermingsbruk og støtter forslaget. Direktoratet skriver blant annet:

«Det synes fornuftig å lage en hjemmel som ivaretar det kortvarige behovet og ikke "sklir ut" i en skjerming av lengre varighet enn strengt nødvendig, slik som det er risiko for med phvl. § 4-3 som tillater vedtaksperioder på inntil 14 dager av gangen.»

Tvangsforsk synes dette er et interessant nytt forslag som kan gjøre adgangen til behandling av psykiske helseproblemer med skjerming overflødig. De mener at det for å markere skillet mot nødssituasjoner bør vurderes å erstatte begrepet skjerming med «tiltak for å gjenopprette behandlingssituasjonen».

Sivilombudsmannen anbefaler at behovet for en hjemmel om kortvarig skjerming som gjennomføringstiltak klarlegges.

Helse vest RHF, Helse Stavanger HF, klinikk for psykisk helsevern mener at forslaget om adgang til kortvarig skjerming for å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon balanserer behandlingsperspektivet og helsepersonellens krav på en trygg arbeidssituasjon. De skriver blant annet:

«At hjemmelen oppad begrenses til 72 timer gir økt sannsynlighet for at en har lyktes med å etablere en behandlingssituasjon i de aller fleste tilfellene.»

En del av høringsinstansene, blant annet *Norsk sykepleierforbund, Helse Stavanger HF, klinikk for psykisk helsevern* og *Ahus, Spesialisert døgnbehandling ved psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser* støtter ikke forslaget om 24 timers opphold før det kan treffes nytt vedtak. *Norsk sykepleierforbund* mener at forslaget gir brudd i nødvendig behandling, som kan medføre økt risiko for vold og trakassering mot medpasienter og personale og forlenget sykdomstilstand fordi mangel på kontinuitet gir ustabile og uforutsigbare omgivelser.» *Helse vest RHF, Helse Stavanger HF, klinikk for psykisk helsevern* foreslår at det gis anledning til å utvide perioden på 72 timer når det foreligger en dokumentert nærliggende fare for vold mot helsepersonell eller medpasient.

KS mener at det også bør være hjemmel for å bruke kortvarig skjerming i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Skjerming av hensyn til medpasienter i psykisk helsevern

Helse vest RHF, Helse Stavanger HF, klinikk for psykisk helsevern viser til at det av og til er nødvendig å holde pasienter borte fra medpasienter og at forslaget om at det også her stilles krav om at tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før skjerming iverksettes fremstår som underlig og idealistisk.

Fylkesmannen i Møre- og Romsdal mener at det er behov for en tilsvarende bestemmelse for somatiske helseinstitusjoner.

Tvangsforsk mener at man bør bruke et annet begrep enn i de andre bestemmelsene om skjerming.

Krav til skjermingslokalene

Mental Helse Norge er ikke fornøyde med utvalgets forslag om at skjermingsrommene skal ha samme utforming som vanlige beboerrom:

«da mange av beboerrommene i dag ikke er spesielt egnet hverken som beboerrom eller skjermingsrom.»

Sivilombudsmannen støtter innføring av krav til utforming av skjermingslokale, men mener at det er behov for utfyllende vurderinger om hva et slikt krav skal innebære. Det bør presiseres at kravet om en human utforming er absolutt og at unntak ikke kan begrunnes ut fra hensynet til stimulusreduksjon, så lenge sikkerhetshensyn ivaretas.

Sivilombudsmannen peker på at etter menneskerettslige standarder er adgangen til å benytte isolasjonspregede tiltak i helsevesenet snevre og at bruk av skjerming kan utgjøre en risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, særlig der det pågår over lang tid, på en inngripende måte, med lite meningsfull menneskelig kontakt og med lav grad av selvbestemmelse og bevegelsesfrihet.

Ombudsmannen anbefaler at den enkeltes mulighet til å ha meningsfull menneskelig kontakt gis et vern i loven, på lik linje med andre grunnleggende behov.

Ombudsmannen har under sine besøk funnet bruk av inngripende fysisk makt for å opprettholde skjerming. Ombudsmannen kan ikke se at utvalget klargjør om slike tiltak fortsatt er forbudt for å iverksette eller opprettholde skjerming. Ombudsmannen anbefaler at lovgiver klargjør denne problemstillingen i det videre arbeidet.

Sivilombudsmannen anbefaler at sentrale helsemyndigheter vurderer særlige rettssikkerhetsgarantier for å unngå langvarig skjerming og om den tillatte varigheten av skjermingsvedtak bør begrenses. *Norges institusjon for Menneskerettigheter (NIM)* mener at departementet bør vurdere om rettssikkerhetsgarantiene knyttet til ulike former for skjerming er tilstrekkelige.

Fylkesmannen i Oslo og Viken mener at også skjerming utendørs bør reguleres. *Norsk sykepleierforbund* ønsker at det skal utarbeides forskrifter for praktiseringen av skjerming.

6.14.7 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det gir grunn til bekymring at Sivilombudsmannen er i tvil om hvorvidt dagens praksis for bruk av skjerming er i tråd med menneskerettighetene.

Tydeliggjøring av formålet med skjerming, i hvilke situasjoner tiltaket kan brukes og hvor og hvordan skjermingen skal gjennomføres, vil være viktig for å sikre at skjermingspraksis ikke kommer i konflikt med forbudet mot nedverdiggende behandling. Det vil også bidra til å sikre at det er et rimelig forhold mellom integritetsinngrepet mot den enkelte og det som kan oppnås med tiltaket.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at formålet med skjermingen må avgjøre hvor strenge vilkår som skal stilles og hvor lenge tiltaket skal kunne brukes.

Departementet vil i det følgende vurdere forholdet til menneskerettighetene for hvert enkelt skjermingstiltak.

Departementet støtter utvalgets forslag om at skjerming i loven skal defineres som «å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende.»

I dagligtalen brukes begrepet skjerming også om tilbakehold mot pasientens vilje. Tilbakehold skjer typisk i skjermede/forsterkede avdelinger i sykehjem for personer med demens. I slike tilfeller må i dag de generelle vilkårene for å gi helsehjelp som pasienten

motsetter seg, være oppfylt. Formålet med tilbakeholdelsen avgjør hvor lenge tilbakeholdelsen kan vare.

Adgangen til innleggelse i skjermede/forsterkede avdelinger i sykehjem reguleres i utvalgets lovutkast kapittel 5 Innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon. Etter hovedbestemmelsen om alminnelige vilkår for innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg, kreves det blant annet at personen har et sterkt behov for behandling av somatiske helseproblemer, pleie eller omsorg i helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.

Her er temaet skjerming som individuelt behandlings- og omsorgstiltak. Adgangen til å iverksette tiltak for å sørge for ro/hindre støy for pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (herunder sykehjem), som personen motsetter seg, men der formålet ikke er å holde personen atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende, reguleres etter utvalgets lovutkast i hovedbestemmelsen om alminnelige vilkår for tiltak som personen motsetter seg.

Departementet ser at forslaget om at skjerming skal reguleres i mange paragrafer fordelt på fire lovkapitler kan gjøre at regelverket blir uoversiktlig og lite tilgjengelig. På den annen side understreker utvalgets forslag at formålet med skjermingen skal ha stor betydning for utformingen og praktiseringen av regelverket. Flere instanser er skeptiske til at begrepet skjerming brukes om alle tiltakene. Departementet vil i det videre arbeidet med lovforslaget vurdere lovstrukturen og hva tiltakene bør kalles.

Hvilke rettsikkerhetsmekanismer som bør knyttes til de ulike skjermingstiltakene vil bli vurdert i det videre arbeidet med den nye kontroll- og overprøvningsordningen (tvangsbegrensningsnemnder mv.).

Skadeavverging i nødssituasjoner

Den klassiske nødssituasjonen er en krise i rask utvikling. Det kan ikke stilles like strenge vilkår for å gripe inn som i situasjoner der det er lengre tid til å vurdere hvordan situasjonen bør håndteres. Hovedfokus må dermed rettes mot at inngrep må være forholdsmessige. I det ligger det at fordelene med inngrepet må veie tyngre enn ulempene eller skadevirkningene. Inngrepet må heller ikke føre til nedverdiggende behandling av den som utsettes for det.

Utvalgets forslag om at adgangen til å bruke tvang i nødssituasjoner i sin helhet (uttømmende) skal lovreguleres og forslagene om generelle rammer for slike inngrep er behandlet i punkt 6.9.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at skjerming kan være et egnet virkemiddel for å gjenopprette en forsvarlig situasjon ved akutt fare. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det fortsatt skal være adgang til å bruke skjerming for å avverge skade i nødssituasjoner.

Kravet til hvor stor overvekten av positive virkninger må være vil være ulikt etter hvem sine interesser som er truet. Det skal mer til for at hensynet til å unngå tingskade anses som forholdsmessig.

Situasjoner kan fort eskalere fra fare for tingskade til fare for personskade. Det foreslås strenge krav til situasjonen for å kunne iverksette skjerming som skadeavverging. Kortvarig skjerming er mindre inngripende enn mekaniske innretninger. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det, i motsetningen til det som er foreslått for mekaniske innretninger, bør være adgang til å bruke skjerming for å avverge fare for tingskade.

Departementet slutter seg videre til utvalgets forslag om at det i utgangspunktet må være personell til stede i rommet der skjermingen gjennomføres eller i nær tilknytning til rommet. Retten til selvbestemmelse tilsier at personen må kunne få være alene på skjermingsrommet hvis det anses forsvarlig av hensyn til personens sikkerhet. Forslaget viderefører dagens adgang til kortvarig skjerming med åpen dør.

Departementet slutter seg også til utvalgets forslag om at skjerming av personer over 18 år skal kunne skje bak låst dør dersom det er nødvendig av sikkerhetshensyn. Forslaget viderefører dagens adgang til isolering. Personen må i så fall ha forsvarlig tilsyn og mulighet til å kontakte personell ved behov.

Barn har en sterkere rett til omsorg enn voksne. Kravene til tilsyn må derfor skjerpes når personen er under 18. Departementet slutter seg til utvalgets forslag om at når personen er under 18 år, skal minst ett personell alltid være til stede i rommet eller i naborommet med ulåst dør. Beslutningen om hvorvidt en eller flere fra personalet skal være sammen med barnet må tas etter en konkret faglig vurdering. Barn har også rett til selvbestemmelse. Dersom barnet har et klart ønske om det og det finnes forsvarlig, må personellet derfor likevel kunne oppholde seg i et tilstøtende rom, med ulåst dør.

Adgangen til å bruke skjerming som akutt skadeavverging faller bort når den akutte situasjonen har roet seg.

Psykisk helsevern har en funksjon som siste skanse. Det kunne tale for å begrense adgangen til å bruke et såpass inngripende tiltak som skjerming til psykisk helsevern. Departementet støtter likevel utvalgets vurdering av at det strenge kravet til situasjonen og den uttømmende reguleringen av adgang til inngrep i nødssituasjoner gjør det vanskelig å avskjære muligheten for skjerming som akutt skadeavverging i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener at den foreslåtte innrammingen av tiltaket vil sikre at tiltaket ikke brukes i større utstrekning enn menneskerettighetene tillater. Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at skjerming som skadeavverging, skal kunne brukes i alle institusjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Kortvarig skjerming som gjennomføringstiltak i psykisk helsevern

Personers rett til liv og helse må ivaretas samtidig som inngrep ikke må være i strid med forbudet mot nedverdiggende behandling og være forholdsmessig.

Mange høringsinstanser mener at det er behov for et slikt kortvarig skjermingstiltak som utvalget har foreslått og flere av dem, blant annet Helsedirektoratet, mener at det vil kunne bidra til at den totale bruken av skjerming reduseres.

Departementet støtter utvalgets vurdering av at det fortsatt bør være adgang til å bruke skjerming som en kortvarig spesialisert miljøterapi for å legge til rette for annen behandling. Departementet støtter også utvalgets vurdering av at det ikke bør stilles like strenge vilkår som når skjerming brukes som ledd i behandling og at det sentrale må være at skjerming er nødvendig og forholdsmessig. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at tiltaket må være strengt nødvendig for å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon.

Departementet ser det som viktig å sikre at skjermingen faktisk blir kortvarig. Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at det skal tas inn en maksimal tidsgrense i loven. De høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet, har ingen innvendinger mot forslaget om at grensen skal gå ved 72 timer, altså tre døgn.

En del av høringsinstansene er derimot skeptiske til forslaget om at det etter tre døgn må gå 24 timer før det eventuelt kan treffes et nytt vedtak. Departementet ser at det kan oppstå situasjoner der «friperioden» kan få uheldige konsekvenser for behandlingsløpet. Departementet støtter likevel utvalgets vurdering av at denne begrensningen er nødvendig for å hindre utglidning.

Departementet slutter seg også til utvalgets forslag om at denne formen for skjerming bare skal kunne brukes i psykisk helsevern.

Skjerming som behandling ved psykiske helseproblemer

Inngrep må kunne begrunnes i hensyn som veier tyngre enn vernet om personens integritet. Retten til helse kan være et slikt hensyn. Personers rett til liv og helse må ivaretas samtidig som inngrep ikke må være i strid med forbudet mot nedverdiggende behandling og være forholdsmessig.

Skjerming som behandling i psykisk helsevern, er omdiskutert og kunnskapsgrunnlaget er svakt. Skjerming er også i stor grad et norsk fenomen. Andre land har i hovedsak lov hjemler for «seclusion» som også omfatter isolasjon. Dette gjør at forskning fra andre land i liten grad er generaliserbare til norske forhold.

Skjerming av behandlingssmessige hensyn benyttes oftest når det er vurdert at det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk eller at skjermingen kan motvirke uro eller angst. På grunn av manglende evidens på gruppenivå, må faglig ansvarlig begrunne vedtaket med forventet effekt på individnivå.

Pasienter har ulike erfaringer med skjerming. Noen opplever trygghet, og at det at personale er til stede gir ro og god hjelp. Andre opplever skjermingen som straff, enkelte benevner det som tortur, noe som øker redsel og uro, ev. aggresjon, gir tankekaos og negativt syn på seg selv. Sivilombudsmannens temarapport «Skjerming i psykisk helsevern» (2018) underbygger dette og beskriver at det er avgjørende hvordan skjerming gjennomføres i praksis.

En artikkel i tidsskrift for den norske legeforening om Skjerming i akuttpsykiatrien fra 2015 konkluderer slik: «Begrepet «skjerming» dekker ulike tilnærminger, og det kunnskapsmessige grunnlaget er generelt svakt. Kliniske behandlingsstudier er i stor grad av eldre dato og trolig ikke dekkende for dagens praksis. Manglende effektstudier gjør at vi per i dag har lite kunnskap om nytten av behandling med skjerming.» (Norvoll, Ruud og Hynnekleiv). Det vil også i fremtiden være vanskelig å fremskaffe evidens for om skjerming har behandlingsmessig effekt hos pasienter med psykiske lidelser.

Departementet ser at kunnskapsgrunnlaget generelt ikke gir veldig god støtte for å vurdere vilkåret om at skjerming som behandling må kunne hindre vesentlig helseskade.

Departementet viser til at Sivilombudsmannen er i tvil om hvorvidt forslaget oppfyller den europeiske menneskerettighetsdomstolens krav. Helsedirektoratet er i tvil om hvorvidt det er behov for en egen bestemmelse om skjerming som behandling.

Departementet er derfor kommet til at det bør vurderes om en adgang til kortvarig skjerming i psykisk helsevern som gjennomføringstiltak, er tilstrekkelig for å ivareta tjenestenes behov for skjerming knyttet til behandling. På denne måten kan helsepersonellet komme i posisjon til å starte behandling som har et mer solid kunnskapsgrunnlag. En slik avgrensing ville kunne virke disiplinerende for tjenesten og bidra til en ytterligere markering av formålet med skjerming. Departementet ber om høringsinstansenes syn på om den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern kan ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene.

Skjerming av hensyn til medpasienter i psykisk helsevern

En person som utsetter andre for fare for helseskade har ikke et like sterkt menneskerettslig vern mot integritetsinngrep som når han eller hun utsetter seg selv for fare. Departementet støtter derfor utvalgets vurdering av at vilkårene ikke bør være like strenge for å bruke skjerming av hensyn til medpasienter.

Departementet støtter utvalgets forslag om at det fortsatt skal være adgang til å gripe inn med skjerming utenfor nødssituasjoner for å ivareta fellesskapsinteresser ved utagerende atferd. Det kan for eksempel dreie seg om sterkt støyende og sjikanerende atferd.

Departementet støtter også forslaget om at vilkårene skal være at skjerming er nødvendig av hensyn til medpasienters rett til nødvendig helsehjelp og at alternativer til tvang er prøvd.

For å sikre at det er et rimelig forhold mellom det som kan oppnås med skjermingen og inngrepet i pasientens integritet, mener avdelingen at det, i tråd med utvalgets forslag, også bør være et vilkår at tiltaket ikke er urimelig for den som blir skjermet.

Departementet slutter seg også til forslaget om at vedtaket kan ha en varighet på inntil to uker.

Krav til lokaler

Kravene til utforming av lokaler der tiltaket gjennomføres innendørs bør være felles for alle skjermingstiltakene. Departementet støtter utvalgets forslag om at utgangspunktet må være at lokalet skal være innredet som et vanlig beboelsesrom og at unntak må være begrunnet i hensynet til personens sikkerhet. Sikkerhets hensyn vil først og fremst være aktuelle når skjerming blir brukt som akutt skadeavverging.

Forslaget må ses i sammenheng med utvalgets forslag om at behovet for frisk luft, mat, drikke, toalettbesøk, meningsfulle aktiviteter med mer alltid skal ivaretas under gjennomføring av tvangstiltak. Kravet gjelder generelt, men har ifølge utvalget ut fra det som er framkommet i praksis, blant annet i Sivilombudsmannens temarapport, spesiell relevans ved skjerming.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) peker i sin rapport *Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet* på at flere skjermingsenheter i det psykiske helsevernet i Norge ikke er tilpasset urolige og sårbare pasienter.⁷ Uhensiktsmessige lokaler kan føre til mer støy og uro som er krevende å håndtere og kan føre til bruk av fysiske virkemidler både fra pasienter og ansatte. Dette kan gi økt risiko for skade for alle involverte. I noen tilfeller kan lite tilpassede lokaler føre til økt bruk av dempende medisiner, med økt risiko for pasientskader.

Ukom anbefaler at departementet i det videre arbeidet med oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget sørger for at lovforslaget stiller mer spesifikke krav til den fysiske utformingen av skjermingslokalene enn tilfellet er i dag. Ukom anbefaler videre at departementet gir Helsedirektoratet i oppdrag å fastsette en normerende minstestandard for fysisk utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet som beskriver hvordan pasientrom skal innredes, eksempelvis med fargebruk, møbler og utstyr. Ukom anbefaler også at departementet bruker sine eiervirkemidler for sikre en strategisk og operativ styring av de fire regionale helseforetakene og at de regionale helseforetakene gis i oppdrag å sikre at skjermingsenhetene i nye sykehusbygg for psykisk helsevern bygges i samsvar med Helsedirektoratets minstestandard.

6.15 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om et mer diagnosenøytralt regelverk medfører at vilkårene for tvangsbruk endres vesentlig. Implementeringen av det nye regelverket i tjenestene vil kreve god opplæring og veiledning, og omfattende informasjon til pasienter og brukere.

⁷ Rapport 1-2021

Forslaget om manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår for tvangsbruk, vil kreve vurderinger av personers samtykkekompetanse i flere tilfeller enn i dag. Det vil medføre noe økt ressursbruk i tjenestene, særlig i en overgangsfase.

Kravet om at helsepersonell skal kartlegge om det finnes informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg hvis han eller hun hadde vært beslutningskompetent, finnes allerede i psykisk helsevernloven. Det samme gjelder ved somatiske inngrep. Kravet gjelder dermed allerede for de største gruppene det brukes tvang mot. Konsekvensene av å utvide kravet til å gjelde ved all tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten vil dermed bli beskjedne.

Forslaget om nye regler for inntak til rusbehandling uten samtykke innebærer en reduksjon i kostnadene ved at tvangsvedtakene treffes i tjenestene uten behandling i fylkesnemndene. Vilkåret om samarbeids- og planleggingsavtale vil føre til noe økte kostnader for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Forslaget til uttømmende regulering av adgangen til å bruke tvang i nødssituasjoner er i hovedsak en videreføring av adgangen som i dag utledes av straffrihetsgrunnene i straffelovgivningen. Forslaget vil gi klarere regler og en tydeligere avgrensning av når det er adgang til å bruke tvang i nødssituasjoner. Det vil kunne bidra til en reduksjon i den faktiske tvangsbruken. Kravet til saksbehandlingen skjerpes og rammene for lovlig tvangsbruk tydeliggjøres. Forslaget har ikke økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Forslaget om en felles tvangsdefinisjon vil isolert sett føre til at det treffes færre tvangsvedtak. Det vil være behov for å utarbeide veiledere for å sikre god gjennomføring. De administrative konsekvensene av forslaget antas likevel å bli beskjedne.

Etablering av de nye nemndene vil trolig ha vesentlige økonomiske konsekvenser, særlig i etableringsfasen.

Det er ikke grunn til å tro at lovfesting av adgangen til å bruke ECT uten samtykke vil føre til økt bruk. Styrkede prosessuelle rettigheter vil dermed få svært beskjedne økonomiske og administrative konsekvenser. Administrasjonskostnadene for reservasjonsordningen antas også å bli beskjedne.

Forslaget om at beslutningskompetente personer som tidligere er behandlet med antipsykotiske legemidler, skal kunne reservere seg mot fremtidig tvangsmedisinering, gir nye oppgaver for nemndene som skal godkjenne reservasjonserklæringer og statsforvalterne som skal holde oversikt over reservasjoner. Reservasjonsadgangen vil også kunne føre til at flere med alvorlige tilstander skrives ut til kommunene.

Et forbud mot bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner vil kunne føre til økte ressursbehov i spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren, men må ses i sammenheng med adgangen til bruk av andre tiltak i nødssituasjoner.

Adgangen til skjerming i andre situasjoner enn som ledd i behandling, blir om lag som i dag.

Vedlegg 1

Forslag til revidert lovtekst kapittel 1 og 5

Kapittel 1 Formål, virkeområde, definisjoner m.m.

§ 1-1 *Lovens formål*

Formålet med loven er å

1. forebygge og begrense bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten
2. hindre vesentlig helseskade
3. fremme og sikre respekten for menneskeverdet og menneskerettighetene, herunder selvbestemmelsesrett, integritetsvern og barns særlige rettigheter og behov
4. sikre at vedtak om og gjennomføring av tiltak skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og
5. fremme faglig og etisk forsvarlighet i tjenestene.

§ 1-2 *Lovens virkeområde*

Loven gjelder bruk av tvang og tiltak uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten overfor personer over 16 år.

Når tiltaket er særlig inngripende, og barnet motsetter seg dette, gjelder loven for barn mellom 12 og 16 år og barn under 12 år som viser en særlig modenhet i den aktuelle situasjonen. Innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon og behandling av psykiske lidelser med legemidler skal i alle tilfeller regnes som særlig inngripende tiltak.

Loven gjelder ikke tiltak til vern mot smittsomme sykdommer.

Loven gjelder for private som yter spesialisthelsetjenester etter avtale med et foretak og private som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med en kommune, når ikke annet følger av loven her. Avtalen skal ha særlige bestemmelser om hvordan kontroll med virksomheten skal utøves i saker etter loven her. Kapittel 4 og § 7-1 gjelder også for private uten avtale. Departementet kan 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.

Departementet kan i forskrift fastsette at hele eller deler av loven ikke skal gjelde dersom en institusjon under loven her er ansvarlig for opphold som skjer med grunnlag i barnevernloven og straffeprosessloven § 167.

Kongen kan gi forskrift om at loven og forskrifter med hjemmel i loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene.

Kongen kan gi forskrift om at loven og forskrifter med hjemmel i loven helt eller delvis skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen og på norsk redningsansvarsområde.

§ 1-3 *Definisjoner*

I loven her menes med

1. person: pasient eller bruker, slik disse begrepene er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a og bokstav f
2. psykisk helsevern: spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske helseproblemer
3. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet: spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av rusproblemer
4. offentlig myndighet: enheter under helse- og omsorgstjenesten, arbeids- og velferdsforvaltningen, barneverntjenesten, kriminalomsorgen, politiet og andre offentlige enheter som er direkte engasjert i saken
5. skjerming: å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende.
6. tvang:
 - a) overvinnelse av motstand med virkemidler som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker, eller
 - b) omgåelse av motstand ved at vesentlig informasjon bevisst holdtes skjult
1. motstand og motsetter seg: uttrykk for ikke å ønske en helse- eller omsorgstjeneste, enten verbalt eller ved adferd. Ved tvil om hva personen ønsker, skal det legges til grunn at det foreligger motstand.

Når tiltaket er særlig inngripende, gjelder loven for personer med store formidlingsvansker med mindre annet framgår av loven her. Innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon og behandling av psykiske lidelser med legemidler skal i alle tilfeller regnes som særlig inngripende tiltak.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som etter loven her skal regnes som institusjon, helseinstitusjon og bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester, krav til enhetene og krav om forhåndsgodkjenning.

§ 1-4 *Offentlige myndigheters varslingsplikt*

Dersom det framstår som klart at en person har behov for tiltak etter loven her, har offentlig myndighet plikt til å varsle helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell skal gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten i samsvar med helsepersonelloven § 32 andre ledd.

Departementet kan gi forskrifter om innholdet i varslingsplikten.

Kapittel 5 Innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon m.m.

I Innleggelse og opphold som personen ikke motsetter seg

§ 5-1 *Innleggelse og opphold som personen ikke motsetter seg*

Det kan treffes beslutning om og gjennomføres innleggelse og opphold i institusjon eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester for en person som har fylt 18 år og mangler beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-

3 dersom fordelene for personen overstiger ulempene og personen ikke motsetter seg tiltakene.

§ 5-2 Innleggelse og opphold som personen ikke motsetter seg når det er særlig fare for framtidig bruk av tvang

Dersom en person ikke motsetter seg innleggelse og opphold i helseinstitusjon, men det er sannsynlig at vedkommende uten lov vil forsøke å forlate institusjonen i løpet av ti dager, gjelder følgende vilkår for å treffe vedtak og gjennomføre tiltaket:

1. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, jf. § 2-1 og 2-2.
2. Personen har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b.
3. Det foreligger fare for personens eget liv eller for at personen skal bli påført helseskade.
4. Personen er ikke beslutningskompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
5. Tiltaket er egnet til og nødvendig for hindre eller begrense den aktuelle skaden og det minst inngripende tiltaket.
6. Fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor belastende inngrepet vil være for personen, og hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn han eller hun har et omsorgsansvar for og eventuelle mindreårige søsken.
7. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.
8. Personen er undersøkt av lege.

Vedtaket kan ha en varighet på inntil 10 dager.

II Forhåndssamtykke til tvungent tilbakehold

§ 5-3 Forhåndssamtykke til tvungen tilbakeholdelse i helseinstitusjon

Dersom tungtveiende faglige grunner tilsier det, kan en person forhåndssamtykke til tvungen tilbakeholdelse i helseinstitusjon. Forhåndssamtykket kan gis før eller under oppholdet. Dersom samtykket gis før oppholdet starter, kan det også omfatte tvungen avhenting og innleggelse.

De særlige kravene til dokument om forhåndssamtykke til bruk av tvang, jf. § 9-21 må være oppfylt.

Samtykket kan gis for inntil tre uker. Personer som selv tar initiativ til å binde seg for en lengre periode, kan samtykke til tilbakehold i inntil seks uker. Tidsrommet samtykket gjelder for (samtykkeperioden) skal regnes fra tidspunktet da samtykket ble gitt.

Forhåndssamtykket kan fornyes før samtykkeperioden utløper. Et samtykke til fornyelse kan trekkes tilbake innen 24 timer etter at det er gitt.

Personer som rømmer i samtykkeperioden, kan hentes tilbake til institusjonen med tvang.

III Innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg

§ 5-4 *Vilkår for innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg*

Det kan treffes vedtak om og gjennomføres innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon som personer som motsetter seg, dersom følgende vilkår er oppfylt:

1. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, jf. § 2-1 og § 2-2.
2. Personen har et sterkt behov for behandling for
 - a) psykiske helseproblemer i institusjon for psykisk helsevern
 - b) rusproblemer i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
 - c) andre helseproblemer i institusjon spesialisert for dette formål eller
 - d) somatiske helseproblemer, pleie eller omsorg i helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vurderingen av når det foreligger «sterkt behov», skal være individuell og ta utgangspunkt i hva som er alminnelig akseptert i klinisk praksis.

3. Det er en nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade.
4. Personen er ikke beslutningskompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
5. Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden og er det minst inngripende alternativet.
6. Fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene.. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastende inngrepet vil være for personen. Det skal også legges vekt på hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn han eller hun har et omsorgsansvar for og eventuelle mindreårige søsken. Der det er mulig skal det innhentes informasjon om hva personen ville ønsket dersom vedkommende var beslutningskompetent. Det skal legges betydelig vekt på denne informasjonen.
7. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.
8. Personen er undersøkt av lege. Ved spørsmål om innleggelse eller tilbakehold i institusjon for psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, skal personen være undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Kravet om uavhengig legeundersøkelse gjelder ikke der nytt vedtak blir truffet og personen i den mellomliggende perioden kontinuerlig har vært under oppfølging for samme tilstand i spesialisthelsetjenesten.
9. For tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, er det i tillegg et vilkår at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Dersom kommunen ikke allerede er kjent med at innleggelse har skjedd, skal den orienteres uten hinder av taushetsplikten. For tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for psykisk helsevern bør det så langt som mulig foreligge en slik avtale.

Kommunen skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og gi slike opplysninger til spesialisthelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva en samarbeids- og planleggingsavtale skal inneholde.

Vedtaket kan ha en varighet på inntil ett år. Vedtak om plassering i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, kan likevel ikke vare lenger enn tre måneder. For innleggelse og tilbakehold av personer på grunn av fare for andre og av gravide ved fare for det ufødte barnet gjelder §§ 5-5 og 5-6.

§ 5-5 Innleggelse og tilbakeholdelse i psykisk helsevern ved fare for andre

Det kan treffes vedtak om og gjennomføres innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon i psykisk helsevern som personen motsetter seg, dersom personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. I tillegg må følgende vilkår være oppfylt:

1. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, jf. § 2-1 og § 2-2.
2. Personen er
 - a) over 16 år og har en alvorlig sinnslidelse eller
 - b) under 16 år og har et sterkt behov for behandling som nevnt i § 5-4 nr. 2.
3. Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden og er det minst inngripende tiltaket.
4. Tiltaket er ikke urimelig overfor personen. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastningen inngrepet vil være for personen. Det skal også legges vekt på hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn han eller hun har et omsorgsansvar for og eventuelle mindreårige søsken.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.
6. Personen er undersøkt av to leger. En av dem skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Kravet om uavhengig legeundersøkelse gjelder ikke der nytt vedtak blir truffet og personen i den mellomliggende perioden kontinuerlig har vært under oppfølging for samme tilstand i spesialisthelsetjenesten.

Vedtaket kan ha en varighet på inntil ett år.

§ 5-6 Innleggelse og tilbakeholdelse av gravide ved fare for det ufødte barnet

Det kan treffes vedtak om og gjennomføres innleggelse og tilbakeholdelse i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet som personen motsetter seg dersom hun er gravid og misbruker rusmidler. I tillegg må følgende vilkår være oppfylt:

1. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, jf. § 2-1 og 2-2.
2. Det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for at det ufødte barnet påføres helseskade.
3. Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, og er det minst inngripende alternativet.
4. Tiltaket er ikke være urimelig overfor kvinnen. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor belastende inngrepet vil være for kvinnen. Det skal også legges vekt på hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn hun har et omsorgsansvar for og eventuelle mindreårige søsken.

5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby kvinnen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.
6. Institusjonen er særlig tilrettelagt for at kvinnen skal bli i stand til å ta vare på barnet.
7. Kvinnen er undersøkt av to leger. Den ene av dem skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen.
8. Det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Dersom kommunen ikke allerede er kjent med at innleggelse har skjedd, skal den orienteres uten hinder av taushetsplikten.

Kvinnen kan holdes tilbake i hele svangerskapet dersom det er nødvendig for å hindre eller begrense helseskade på det ufødte barnet.

For tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, er det i tillegg et vilkår at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Dersom kommunen ikke allerede er kjent med at innleggelse har skjedd, skal den orienteres uten hinder av taushetsplikten.

Når det er truffet vedtak etter paragrafen her og kvinnen er tatt inn på institusjon, skal kommunen uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om dette. Meldingen skal omfatte opplysninger om hvem kvinnen er, vurderingen av rusmisbruk og fare for skade på barnet som lå til grunn for vedtaket, forventet termin og hvilken institusjon kvinnen er tatt inn på.

§ 5-7 Utgangsbegrensende tiltak om natten utenfor helseinstitusjon

Det kan treffes vedtak om og gjennomføres utgangsbegrensende tiltak som personen motsetter seg, for person som mottar heldøgns helse- og omsorgstjenester utenfor helseinstitusjon dersom personen ikke er i stand til å klare seg selv utendørs på grunn av omfattende orienteringssvikt. I tillegg må følgende vilkår være oppfylt:

1. Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, jf. § 2-1 og § 2-2.
2. Det er en nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for at vedkommende skal bli påført vesentlig helseskade.
3. Personen er ikke beslutningskompetent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
4. Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden og er det minst inngripende alternativet.
5. Fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene.
6. Personen er undersøkt av lege.

Utgangsbegrensende tiltak kan gjennomføres i tiden fra kl. 23.00 til kl. 06.00.

Personen må få forsvarlig tilsyn og mulighet til å kontakte personell i det tidsrommet tiltaket gjelder.

Vedtaket kan ha en varighet på inntil ett år.

§ 5-8 Innleggelse og tilbakeholdelse som avlastningstiltak for pårørende

Innleggelse og tilbakeholdelse i kommunal helseinstitusjon som personen motsetter seg, men som er nødvendig avlastning for pårørende, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, kan treffes vedtak om og gjennomføres dersom vilkårene i § 5-4 er oppfylt. Vurderingen av vilkårene i § 5-4 skal gjøres ut fra personens behov for tiltak når hjelpen ikke blir gitt av pårørende.

Vedtaket kan ha en varighet på inntil ett år.

§ 5-9 *Forbud mot overføring til tvungen tilbakeholdelse (konverteringsforbud)*

Når en person har samtykket til å bli undersøkt eller motta behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, kan det ikke treffes vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg, etter § 5-4 ved samme eller tilsvarende institusjon med mindre det foreligger akutt fare for skade på egen helse.

§ 5-10 *Overføring mellom institusjoner*

Dersom personen ikke samtykker, kan det treffes vedtak om overføring til annen helseinstitusjon innenfor rammene av ett og samme vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse i tiltak etter §§ 5-4, 5-5 og 5-6. Overføringen må ikke være urimelig ut fra hensynet til personen, plasseringsalternativer og forholdene ellers.

§ 5-11 *Midlertidige vedtak*

Dersom det er sannsynlig at lovens vilkår for innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg etter §§ 5-4 til 5-6, er oppfylt, men det er behov for tid til endelig avklaring, kan det treffes et midlertidig vedtak med en varighet på inntil sju dager.

Sannsynlighetskravet gjelder også for avklaring av spørsmålet om beslutningskompetanse.

Tvangsbegrensningsnemndas leder kan samtykke til forlengelse i ytterligere fem dager dersom det anføres tungtveiende faglige grunner for dette og behovet for fristforlengelse ikke skyldes forhold institusjonen kan lastes for.

Kommunen skal uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om midlertidige vedtak om innleggelse av gravide ved fare for det ufødte barnet. Meldingen skal omfatte opplysninger om hvem kvinnen er, vurderingene av rusmisbruk og fare for skade på barnet som lå til grunn for vedtaket, forventet termin og hvilken institusjon kvinnen er tatt inn på.

Vedlegg 2

Beskrivelser av pasientforløp før og etter lovendringene

Vedlagt er åtte mulige forløp utarbeidet av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forløpene tar utgangspunkt i Tvangslovutvalgets lovforslag, justert i tråd med departementets vurderinger av de sentrale lovforslagene i kapittel 6. Forløpene illustrerer sentrale endringer i regelverket. Det gis også noen vurderinger av konsekvenser av regelverksendringene. Forløpene gir ingen uttømmende oversikt, men er ment som et pedagogisk hjelpemiddel for høringsinstansene.

1) Bruk av sporings- og lokaliseringsteknologi som personen ikke motsetter seg

For personer med utviklingshemning vil utkastet til ny lov innebære en betydelig forenkling, og gi gruppen samme tilgang på denne teknologien som andre personer med manglende samtykkekompetanse har i dag.

| Bruk av sporings- og lokaliseringsteknologi som personen ikke motsetter seg, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 | Bruk av sporings- og lokaliseringsteknologi som personen ikke motsetter seg, utkastet til ny lov kapittel 6 I | Eksempler på (mulige) konsekvenser av endringene |
|---|---|---|
| <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose psykisk utviklingshemning • Tvangstiltak nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, § 9-5 • Andre løsninger enn tvang er forsøkt. • Tiltaket er forholdsmessig • Tiltaket er faglig og etisk forsvarlig. | <ul style="list-style-type: none"> • Personen mangler beslutningskompetanse • Tiltaket må være egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense fare for personens eget liv eller for at personen skal bli påført helseskade. • Fordelene for personen må overstige ulempene. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. | <ul style="list-style-type: none"> • Overfor en person med utviklingshemning vil det bli vesentlig enklere å kunne ta i bruk f.eks. GPS. • Hvis personen har beslutningskompetanse i spørsmålet om bruk av teknologi, vil hen kunne samtykke til bruken på linje med andre. |
| Beslutningsfasen | Beslutningsfasen | Beslutningsfasen |

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. | <ul style="list-style-type: none"> • Den som er ansvarlig for helsehjelpen treffer beslutning etter § 6-2. • Samråd med annet kvalifisert personell. | <ul style="list-style-type: none"> • Langt enklere saksbehandling. • Beslutning, ikke (tvangs)vedtak. Mindre stigmatiserende. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. | <ul style="list-style-type: none"> • Beslutning kan treffes for inntil ett år om gangen. | <ul style="list-style-type: none"> • Ingen endring. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Det vil kunne være saker her hvor kommunen mangler tilstrekkelig kompetanse, som nå faller utenfor bistandsplikten. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Statsforvalteren skal overprøve vedtaket. Statsforvalteren skal prøve alle sider av saken. | <ul style="list-style-type: none"> • Ingen obligatorisk overprøving, men klageadgang på beslutning og gjennomføring. | <ul style="list-style-type: none"> • Avbyråkratisering. |
| Gjennomføringsfasen | Gjennomføringsfasen, utkastet til ny lov kapittel 8 | Gjennomføringsfasen |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak etter loven her skal gjennomføres så skånsomt som mulig. | <ul style="list-style-type: none"> • Kravet er nytt som sådan, men det er usikkert om det vil ha noen selvstendig betydning i praksis. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ved gjennomføringen av tiltaket skal det være til tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten. | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å beskrive endringen, ettersom kravet ikke har vært praktisert (poenget med f.eks. GPS er at personer skal kunne bevege seg rundt alene/selvstendig). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Den ene av de to tjenesteyterne skal minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høghskolenivå. | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Ikke relevant, jf. ovenfor. |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak. | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Det vil kunne være saker her der kommunen mangler tilstrekkelig kompetanse, som nå faller utenfor bistandsplikten. |
|--|-------------------------------------|--|

2) Inngrep i enkeltstående nødsituasjoner av hensyn til andre

For inngrep i enkeltstående nødsituasjoner av hensyn til andre, antas ny lov ikke å medføre endringer av betydning for personer med utviklingshemning. Personer med andre utfordringer, f.eks. psykiske lidelser, vil omfattes av reguleringen i ny lov. Det vil medføre at personer som pr. i dag blir utsatt for uregulert tvangsbruk basert på straffrihetsreglene (nødvergebestemmelsen) i straffeloven, får bedre rettssikkerhet.

| Inngrep i nødsituasjoner av hensyn til andre, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 | Inngrep i nødsituasjoner av hensyn til andre, utkastet til ny lov kapittel 4 | Eksempler på (mulige) konsekvenser av endringene |
|---|--|--|
| <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose psykisk utviklingshemning | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Når kravet om en bestemt diagnose er fjernet, vil flere personer enn i dag potensielt kunne omfattes av reguleringen. Det vil medføre at personer som nå blir utsatt for uregulert tvangsbruk basert på straffrihetsreglene i straffeloven 2005, får bedre rettssikkerhet. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tvangstiltak nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, § 9-5 | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket må være egnet og nødvendig for å hindre eller begrense skade ved akutt fare for andres liv, krenkelse av andres fysiske | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme, og vil trolig ikke innebære noen endringer. |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>integritet eller vesentlig skade på andres eiendeler, § 4-2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket skal være det minst inngripende alternativet. • Tiltaket kan ikke opprettholdes lengre enn til den akutte situasjonen er avklart. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Andre løsninger enn tvang er forsøkt. | <ul style="list-style-type: none"> • Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, innenfor rammene av den tid som er til rådighet. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme, og vil trolig ikke innebære noen endringer. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er forholdsmessig. | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket skal ikke være urimelig overfor personen. | <ul style="list-style-type: none"> • Sammen med kravet om at tiltaket skal være nødvendig, det minst inngripende og at det ikke kan opprettholdes lenger enn til den akutte situasjonen er avklart, antas det ikke å være noen rettsendring her. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er faglig og etisk forsvarlig. | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Kravet er ikke videreført, men øvrige bestemmelser antas å ivareta formålet. |
| Beslutningsfasen | Beslutningsfasen | Beslutningsfasen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Beslutning treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller – dersom det ikke er tid til dette – av tjenesteyteren | <ul style="list-style-type: none"> • Beslutning treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller dersom det ikke er tid til dette, av det aktuelle personellet. | <ul style="list-style-type: none"> • Likelydende bestemmelser. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Statsforvalteren, verge og pårørende. | <ul style="list-style-type: none"> • Den nedtegnede beslutningen skal meddeles til personen selv og til nærmeste pårørende, evt. verge, og oversendes til Statsforvalter. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme, unntatt at verge ikke er obligatorisk etter lovforslaget. |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Gjennomføringsfasen | Gjennomføringsfasen, utkastet til ny lov kapittel 8 | Gjennomføringsfasen |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår</i> | <ul style="list-style-type: none"> Tiltak etter loven her skal gjennomføres så skånsomt som mulig. | <ul style="list-style-type: none"> Kravet er nytt som sådan, men det er usikkert om det vil ha noen selvstendig betydning i praksis. |

3) Hindre/begrense vesentlig skade på person selv med tiltak som personen motsetter seg, fra psykisk utviklingshemning til diagnosenøytralitet

For personer med utviklingshemning går de vesentligste endringene ut på at det med ny lov innføres et gjennomgående vilkår om manglende beslutningskompetanse. I tillegg endres innretningen av spesialisthelsetjenestens bistandsplikt. Personer med andre utfordringer, f.eks. psykiske lidelser, autisme eller annet, vil omfattes av reguleringen i ny lov. Det vil medføre at personer som pr. i dag blir utsatt for uregulert tvangsbruk får muligheter til å bli ivaretatt bedre, med bedre rettssikkerhet.

| Hindre/begrense vesentlig skade på personen selv med tiltak som personen motsetter seg, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 | Hindre/begrense vesentlig skade på personen selv med tiltak som personen motsetter seg, utkastet til ny lov kapittel 6 II | Eksempler på (mulige) konsekvenser av endringene |
|--|--|--|
| <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> | <i>Vilkår mm. (vurderingsfasen)</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> Diagnose psykisk utviklingshemning | <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> Når kravet om en bestemt diagnose er fjernet, vil flere personer enn i dag potensielt kunne omfattes av tvangsreglene. Det vil medføre personer som nå |

| | | |
|---|---|---|
| | | blir utsatt for uregulert tvangsbruk får bedre rettssikkerhet, evt. også at personer blir ivaretatt på en bedre måte (i dag kan personer bli utsatt for omsorgssvikt pga. manglende hjemler). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tvangstiltak nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade, § 9-5 | <ul style="list-style-type: none"> • Nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for vesentlig helseskade. • Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense skaden. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme, og vil trolig ikke innebære noen endringer. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Andre løsninger enn tvang er forsøkt. | <ul style="list-style-type: none"> • Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme, og vil trolig ikke innebære noen endringer. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er forholdsmessig. | <ul style="list-style-type: none"> • Fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas i utgangspunktet å dekke det samme, men kravet om at fordelene <i>klart</i> skal overstige ulempene høyner muligens terskelen for tvang. Det kan i alle fall gi høyere bevissthet om forholdsmessighetsvurderingen. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er faglig og etisk forsvarlig. | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og faglig forsvarlig praksis. | <ul style="list-style-type: none"> • Antas å dekke det samme og vil ikke nødvendigvis medføre noen endringer. |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Personen har et sterkt behov for at det aktuelle tiltaket blir gjennomført. | <ul style="list-style-type: none"> • Kravet er nytt, men vil ikke nødvendigvis medføre noen endringer, da også dagens lov vil innebære at personen må ha et sterkt behov for tiltaket for at vilkårene skal være oppfylt. |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Krav om manglende beslutningskompetanse. | <ul style="list-style-type: none"> • Vilåret er nytt. • Vil gi personer med utviklingshemning større rom for selvbestemmelse. |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Personer som vurderes å være beslutningskompetente vil kunne fortsette med den "selvskadelige atferden". Stor potensiell belastning for pårørende. Hvis kompetansevurderingen er feilaktig, vil det i tillegg være omsorgssvikt. Derfor viktig med gode vurderinger av beslutningskompetanse. |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> Virksomheten er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet. | <ul style="list-style-type: none"> Vilkåret er nytt som sådan, men vi har også i dag lovregler som gir pasienten/brukeren rett til tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Det er derfor usikkert hvor stor selvstendig betydning dette vilkåret vil ha uten økte ressurser/økt kompetanse. |
| <i>Beslutningsfasen</i> | <i>Beslutningsfasen</i> | <i>Beslutningsfasen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. | <ul style="list-style-type: none"> Vedtaksansvarlig for kommunale tiltak som har pleie- og omsorgsformål, skal være den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen. | <ul style="list-style-type: none"> Antas å dekke det samme, i hovedsak. |
| <ul style="list-style-type: none"> Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. | <ul style="list-style-type: none"> Vedtak med omsorgsformål kan som hovedregel ha en varighet på mer inntil ett år. | Stort sett likelydende regel, ingen større konsekvenser. |
| <ul style="list-style-type: none"> Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. | <ul style="list-style-type: none"> Spesialisthelsetjenesten skal bistå der en kommune vurderer å treffe vedtak etter §§ 6-5, 6-8 eller 6-9 som ledd | <ul style="list-style-type: none"> Innebærer en annen innretning av spesialisthelsetjenestens bistandsplikt sml. med kap. 9. Det vil trolig være saker |

| | | |
|--|--|---|
| | i tiltak med pleie- og omsorgsformål overfor person med store formidlingsproblemer og ved gjennomføringen av slike tiltak | der kommunen mangler tilstrekkelig kompetanse, som nå faller utenfor bistandsplikten. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Statsforvalteren skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Statsforvalteren skal prøve alle sider av saken. | <ul style="list-style-type: none"> • Myndigheten til overprøving er foreslått overført tvangsbegrensningsnemndene. | <ul style="list-style-type: none"> • Store endringer, med et uttalt "tvangsbegrensningsformål" Uvisst hva konsekvensene blir i praksis, for tjenestene og pasienter/brukere. |
| Gjennomføringsfasen | Gjennomføringsfasen, utkastet til ny lov kapittel 8 | Gjennomføringsfasen |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak etter loven her skal gjennomføres så skånsomt som mulig. | <ul style="list-style-type: none"> • Kravet er nytt som sådan, men det er usikkert om det vil ha noen selvstendig betydning i praksis. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ved gjennomføringen av tiltaket skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten. | <ul style="list-style-type: none"> • Ved bruk av tvang i form av kroppslige inngrep, herunder fastholding, skal det alltid være minst to personell til stede under gjennomføringen, med mindre dette er klart til ugunst for vedkommende. | <ul style="list-style-type: none"> • Kravet om at det skal være to tjenesteytere/personell til stede under gjennomføringen, er snevret inn til kun å gjelde kroppslig/fysisk tvang, herunder fastholding. Kravet er mer målrettet enn det någjeldende, men pga. den vide tvangsdefinisjonen i kap. 9 har det vært gitt omfattende unntak fra kravet. Derfor usikkert hvilken betydning endringen vil ha i praksis. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Den ene av de to tjenesteyterne skal minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller | <ul style="list-style-type: none"> • Minst en må være autorisert helsepersonell. | <ul style="list-style-type: none"> • Som ovenfor. I tillegg er innholdet i kompetansekravet endret. |

| | | |
|--|--|--|
| pedagogiske fag på høgskolenivå. | | |
| <i>Ikke noe tilsvarende vilkår.</i> | <ul style="list-style-type: none"> Ved gjennomføring utenfor helseinstitusjon, skal det utarbeides en plan for forsvarlig oppfølging av personen før og etter tiltaket. | <ul style="list-style-type: none"> Kravet er nytt, og kan legge til rette for bedre oppfølging og ivaretagelse av personen. |
| <ul style="list-style-type: none"> Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak. | <ul style="list-style-type: none"> Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av vedtak der den har plikt til å bistå etter § 9-7. | <ul style="list-style-type: none"> Innebærer en innskrenkning av spesialisthelsetjenestens bistandsplikt sml. med kap. 9. Det vil trolig være saker der kommunen mangler tilstrekkelig kompetanse, som nå faller utenfor bistandsplikten. |

4) Pasientforløp – Behandling av personer med demenslidelser med psykofarmaka i sykehjem

Etter dagens regelverk kan undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke ikke iverksettes med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Slik helsehjelp reguleres hovedsakelig av psykisk helsevernloven jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2, annet ledd.

| Forløp etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven | Forløp etter utkastet til ny lov | Eksempler på mulige konsekvenser av endringene |
|--|--|--|
| <u>Pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg behandlingen</u> | <u>Pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg behandlingen</u> | |
| Vurderingsfasen | Vurderingsfasen | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Hjemmel:</p> <p>Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, annet ledd jf. § 4-3, 5 ledd</p> <p>§ 4-6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende samtykkekompetanse. <p>Ikke motstand.</p> <p>Antatt samtykke og i pasientens interesse.</p> <p>§ 4-6, jf. 4-3, 5 ledd:</p> <p>Dersom pasienten har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse (eller motsetter seg medisineringsen) må behandlingen skje med hjemmel i psykisk helsevernloven (se under)</p> | <p>Hjemmel:</p> <p>§ 6-2 gjelder for behandling av psykiske lidelser med andre legemidler enn antipsykotika</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende beslutningskompetanse. • Ikke motstand. • Fordelene overstiger ulempene. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. <p>§ 6-4 gjelder for behandling av psykiske lidelser med antipsykotika</p> <p>Se vilkår under § 6-2, i tillegg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nødvendig for å hindre eller begrense helseskade på personen selv. • Krav om samsvar med faglig anerkjent metode og faglig forsvarlig praksis. • Legemiddelet og dosen er godkjent for behandling av personens kliniske diagnose. • Unntak § 1-3, fjerde ledd jf. § 6-10 dersom pasienten har store formidlingsvansker og tiltaket er objektivt betydelig inngripende, kommer lovens | <p>For personer med demens som også har store formidlingsvansker vil bestemmelsen i lovens § 1-3 fjerde ledd styrke den enkeltes rettsikkerhet.</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | bestemmelser om tvang til anvendelse uavhengig av motstand. | |
| Beslutningsfasen | Beslutningsfasen | |
| <p>Ansvarlig for helsehjelpen (lege) treffer beslutning om medisinerings etter nærmere angitte vilkår i § 4-6, annet ledd.</p> <p>Krav om samråd med annet kvalifisert helsepersonell.</p> <p>Det skal, der det er mulig, innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.</p> <p>Ved alvorlig sinnslidelse følges reglene i psykisk helsevernloven (se under)</p> | <p>Ansvarlig for helsehjelpen (lege) treffer beslutning om medisinerings med andre legemidler enn antipsykotika etter nærmere angitte vilkår i § 6-2 jf. § 9-2.</p> <p>Vedtak om medisinerings etter § 6-4 som treffes i det psykiske helsevernet, skal treffes av lege med relevant spesialistgodkjenning jf. § 9-1, annet ledd.</p> <p>Vedtak om medisinerings etter § 6-4 som ikke treffes i det psykiske helsevernet treffes av faglig ansvarlig for tiltaket (lege) og som er utpekt av virksomheten til å ha et vedtaksansvar.</p> <p>Den vedtaksansvarlige trenger ikke være psykiater eller tilknyttet psykisk helsevern, men må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken jf. § 6-4, annet ledd nr. 4 jf. § 9-1 tredje ledd.</p> <p>Vedtak om medisinerings etter § 6-10 jf. § 1-3, fjerde ledd skal treffes av lege med relevant spesialistgodkjenning som er utpekt av virksomheten</p> | <p>Antipsykotisk medisin som gis til personer med demenslidelser i sykehjem med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, kan besluttes av lege uten ytterligere krav til spesialisering. Kravet som fremgår av ny lov § 6-4 annet ledd nr. 4 om at den vedtaksansvarlige må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern vil være en styrke både faglig og for den enkeltes rettssikkerhet.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>jf. § 9-1, annet ledd. (se nærmere under)</p> <p>Pasienten skal uttale seg og medvirke, det samme gjelder nærmeste pårørende, så langt det er mulig jf. § 9-5.</p> <p>Krav om samråd med annet kvalifisert personell jf. § 9-6.</p> | |
| <u>Pasienter uten samtykke som motsetter seg behandlingen</u> | <u>Pasienter uten samtykke som motsetter seg behandlingen</u> | |
| Vurderingsfasen | Vurderingsfasen | |
| <p>Hjemmel:</p> <p>Phvl § 4-4 jf. § 3-3</p> <p>§ 4-4 hjemler medikamentell behandling med antipsykotika uten pasientens samtykke etter gitte vilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende samtykkekompetanse • Må være underlagt tvungent psykisk helsevern. • Frivillige tiltak må være prøvd. • Krav om at behandlingen med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring, eller | <p>Hjemmel:</p> <p>§ 6-10, jf. § 6-5 hjemler tvungen medikamentell behandling med antipsykotika</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangler beslutningskompetanse. • Motsetter seg tilbudet. • Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang må være prøvd, inkl. ikke-medikamentell behandling. • Nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for • Vesentlig helseskade. | <p>Unntaket i § 6-17 annet ledd følgende kan bidra til at personer som er innlagt i sykehjem og hvor vilkårene for tvungen behandling med antipsykotiske legemidler er oppfylt, kan slippe å måtte flyttes til institusjon for psykisk helsevern der vilkårene for dette er oppfylt.</p> <p>Utvalget nevner spesielt at det er særlig i alderspsykiatrien at utvalget ser for seg at denne unntaksregelen vil komme til anvendelse.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krav om forholdsmessighet. • Krav om overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. • Krav til legemiddelet. • Krav til virksamheten. • Krav om tilstrekkelig undersøkelse og observasjon. | <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense skaden, herunder det minst inngripende alternativet. • Krav om forholdsmessighet. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. • Krav om overensstemmelse med faglig anerkjent metode og faglig forsvarlig praksis. • Legemiddelet og dosen er godkjent • for behandling av personens kliniske diagnose. • Krav til virksamheten. • Krav om undersøkelse av uavhengig lege. <p>§ 6-17 bestemmer hvor slik behandling kan gis:</p> <p>Første ledd: utgangspunktet er at undersøkelse og behandling for psykiske helseproblemer under tvang bare kan skje i institusjon for psykisk helsevern.</p> <p>Unntak fremgår av annet og tredje ledd: som åpner for unntak blant annet ved</p> | <p>Forslaget åpner for tvangsmedisinering utenfor institusjon for psykisk helsevern i helseinstitusjon</p> <p>eller "<i>bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester.</i>" Det kan, ved manglende definisjon av dette begrepet i loven, være fare for misbruk eller utglidning av dette unntaket. Blant annet kan det forveksles med omsorgsboliger og føre til gjennomføring av tvangsmedisinering også her.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>tvangsmedisinering etter strenge vilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klart fordelaktig for personen ut fra de helsebelastninger transport til og opphold ved institusjon for psykisk helsevern vil utgjøre. • Sterke faglige grunner tilsier en slik løsning. <p>Tvangsmedisinering utenfor institusjon for psykisk helsevern kan bare skje i helseinstitusjon eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Fjerde ledd: bestemmer at tvangsmedisineringen ikke kan gjennomføres på personens rom eller i lokaler han eller hun bruker i det daglige.</p> | |
| Beslutningsfasen | Beslutningsfasen | |
| Faglig ansvarlig (lege med relevant spesialistgodkjenning) treffer vedtak etter reglene i phvl § 4-4a jf. § 1-4 | <p>Vedtak om medisinering etter § 6-10 skal treffes av lege med relevant spesialistgodkjenning som er utpekt av virksomheten jf. § 9-1, annet ledd.</p> <p>Pasienten skal uttale seg og medvirke, det samme gjelder</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| Pasienten og nærmeste pårørende har rett til å uttale seg. | nærmeste pårørende, så langt det er mulig jf. § 9-5. | |
| Krav om samråd med annet kvalifisert helsepersonell. | Krav om samråd med annet kvalifisert personell jf. § 9-6. | |

5) Pasientforløp – Tilbakeholdelse av pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg

Generell presentasjon av problemstillingen:

Adgangen til tilbakeholdelse av pasienter for å hindre vesentlig helseskade er etter dagens regelverk avgrenset til helseinstitusjon jf. § 4A-4 annet ledd. Mange pasienter med f. eks demens bor etter hvert utenfor institusjon i samlokaliserte omsorgsboliger eller bofellesskap, med eller uten fast stasjonert bemanning. I de tilfeller hvor pasienten ikke lenger kan gå ut på egenhånd uten at det er fare for vesentlig helseskade, vil disse pasientene måtte flytte fra sin bolig og inn i institusjon for å kunne holdes tilbake mot sin vilje.

| Forløp etter pasient- og brukerrettighetsloven | Forløp etter utkastet til ny lov | Eksempler på mulige konsekvenser av endringene |
|--|---|--|
| Vurderingsfasen | Vurderingsfasen | |
| Hjemmel for innleggelse og tilbakehold i institusjon: § 4A-3 jf. § 4A-4 annet led <ul style="list-style-type: none"> • Krav om manglende samtykkekompetanse. | Hjemmel for innleggelse og tilbakehold i institusjon: § 5-4 <ul style="list-style-type: none"> • Krav om manglende beslutningskompetanse. | Bestemmelsen i § 5-7 jf. § 5-4 kan gi den enkelte mulighet til å bli boende i en bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester over en lengre periode, selv om vedkommende er i behov av |

| | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Krav om motstand. • Tillitsskapende tiltak må være forsøkt. • Unnlatelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade for pasienten. • Helsehjelpen må være nødvendig. • Krav om forholdsmessighet. • Krav om klart beste løsning. <p>Innleggelse og tilbakeholdelse kan bare skje i helseinstitusjon, dvs. institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven eller er en helseinstitusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven, typisk sykehus og sykehjem.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Krav om motstand. • Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd. • Sterkt behov for tiltaket. • Krav om nærliggende og alvorlig fare for personens eget liv eller for vesentlig helseskade. • Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense skaden, og det minst inngripende alternativet. • Krav til forholdsmessighet. Det skal legges betydelig vekt på informasjon om hvordan personen ville ha stilt seg til tiltaket. • Krav om legeundersøkelse. <p>Krav om at innleggelsen og tilbakeholdet skjer i egnet helseinstitusjon, men § 5-7 åpner for utgangsbegrensende tiltak om natten utenfor helseinstitusjon.</p> <p>Hjemmel for utgangsbegrensende tiltak om natten utenfor institusjon:</p> <p>§ 5-7 jf. § 5-4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krav om omfattende orienteringssvikt. • Krav om forsvarlig tilsyn og mulighet til å kontakte | <p>utgangsbegrensninger på nattestid.</p> <p>Kan hindre uhjemlet tilbakehold i slike boliger.</p> <p>Kan kreve økt bemanning der dette er nødvendig for å ivareta forsvarlighetskravet.</p> <p>Personer som vil omfattes av tiltaket kan ofte ha begrensede evner til å varsle.</p> <p>Fare for at tiltaket kan brukes for å spare personellressurser på natt.</p> <p>Selv om bestemmelsen ikke gir hjemmel for å låse beboeren inne på eget rom burde dette fremgått klart av bestemmelsen, ikke bare i forarbeidene, her der det fare for misbruk.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| | <p>personell i det tidsrommet tiltaket gjelder.</p> <p>Bestemmelsen knytter seg ikke til spesielle boformer. Det avgjørende er om det ytes heldøgns helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Gjelder for avgrenset klokkeslett.</p> <p>Med «utgangsbegrensende tiltak» menes tiltak som hindrer en person i å forlate boligen. F.eks låse utgangsdøren, installere skjulte eller kompliserte kodelåser eller elektronisk utstyr som automatisk vil låse døren for enkelte beboere m.m.</p> <p>Gir ikke hjemmel for å låse beboeren inne på eget rom.</p> | |
| <p>Beslutningsfasen</p> | <p>Beslutningsfasen</p> | |
| <p>§ 4A-5 - Vedtaket treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen (kan aldri være en person med kun en administrativ funksjon)</p> <p>Vedtaket treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.</p> <p>Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.</p> | <p>Vedtaket om utgangsbegrensende tiltak utenfor institusjon treffes av den som har det faglige overordnede ansvaret for tjenesten i kommunen jf. § 9-1, første ledd.</p> <p>Den vedtaksansvarlige skal alltid ha møtt personen jf. § 9-4</p> <p>Pasienten skal uttale seg og medvirke, det samme gjelder nærmeste pårørende, så langt det er mulig jf. § 9-5.</p> | <p>Bestemmelsen om vedtaksansvaret i § 9-1 første ledd samsvarer ikke så godt med kravet om at den vedtaksansvarlige alltid skal ha møtt personen det gjelder før det fattes vedtak, jf. § 9-4</p> <p>(§ 9-4 er viktig for den enkeltes rettssikkerhet)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | Krav om samråd med annet kvalifisert personell jf. § 9-6 | |
|--|--|--|

6) Forløp tvang i psykisk helsevern

Endringene medfører innstramming og tydeliggjøring av vilkårene for tvangsbruk, og en styrking av pasientens rettigheter. Den enkeltes krav på et tilrettelagt tilbud på frivillig grunnlag blir mer eksplisitt formulert enn i eksisterende lov. Det innføres rett til å reservere seg mot antipsykotika i fem år. Det legges opp til at bruk av mekaniske innretninger skal fases ut. Tvangsbegrensningsnemnder vil opprettes og erstatte dagens kontrollkommisjoner. Nemndene skal bidra til mer likeverdig praksis og økt rettssikkerhet for pasientene.

| Psykisk helsevernloven | Utkastet til ny lov | Eksempler på konsekvenser av endringene |
|-------------------------------|----------------------------|--|
|-------------------------------|----------------------------|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>Før ev. tvangsinnleggelse i psykisk helsevern</p> <p>§ 3-3 nr. 1 sier at frivillighet skal ha vært forsøkt før tvangsinnleggelse.</p> <p>Frivillig innleggelse er ikke en mulighet dersom personen mangler samtykke-kompetanse, jf. § 3-3, jf. pbrl. kap. 4.</p> <p>Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 3-3 <p>Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern av barn/unge</p> | <p>§ 2-2 sier at personen har rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten tvang.</p> <p>§ 5-4 regulerer tvangsinnleggelser og forutsetter som hovedregel at personen <u>motsetter</u> seg innleggelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 5-4 • § 5-4 nr. 3 <p>Barn og unge over 12 år som motsetter seg innleggelse, regnes som tvangsinnlagt, jf. § 5-4, jf. § 1-3 andre ledd.</p> | <p>Ny § 2-2 tydeliggjør en rettighet som allerede ligger i dagens lovgivning. Presiseringen skal bidra til et ønsket skifte mot mer systematisk utprøving av frivillige alternativer, herunder tillitsskapende tiltak, både fra psykisk helsevern og fra kommunehelsetjenesten.</p> <p>Personer som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg innleggelse, kan være frivillig innlagt. Det betyr at færre vil bli registrert som tvangsinnlagt med ny lov.</p> <p>Vilkårene er en innstramming og betyr at færre kan tvangsinnlegges. Det medfører at flere med alvorlig psykisk lidelse må få tilbud om helsehjelp tilpasset den enkeltes ønsker. Flere vil nok da velge å få hjelp lokalt i kommunehelsetjenesten.</p> <p>Eksempel på vilkår som vil medføre færre tvangsinnleggelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I tillegg til å mangle beslutningskompetanse skal det "<i>foreligge en nærliggende og alvorlig fare for .. vesentlig helseskade</i>". Dette er en skjerping av dagens behandlingsvilkår. |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>Barn og unge under 16 år er ikke formelt sett tvangsinnlagt, selv om de motsetter seg innleggelsen, jf. § 3-3, jf. pbrl. kap 4.</p> <p>Pårørendes rettigheter</p> <p>Nærmeste pårørende skal høres før tvangsinnleggelse og kan påklage utskrivelse, også der pasienten motsetter seg dette, jf. § 3-9 og § 3-3a fjerde ledd.</p> <p>Loven sier i ikke noe eksplisitt om vektlegging av hensynet til pårørende ved vurdering av tvangsinnleggelse.</p> | <p>Pasienten kan motsette seg at nærmeste pårørende involveres/ får klagerett, dersom vedk. vurderes beslutningskompetent ift dette, jf. § 3-4.</p> <p>Det presiseres i helhetsvurderingen i § 5-4 nr. 7 at "<i>I vurderingen skal det legges særlig vekt på... hvordan tiltaket vil påvirke situasjonen for barn han eller hun har et omsorgsansvar for, eventuelt mindreårige søsken.</i>"</p> | <p>Barn og unge som motsetter seg særlig inngripende tiltak, vil få styrket rettssikkerhet ved at de strenge vilkårene for tvangsvedtak og prosessuelle rettigheter da slår inn.</p> <p>Pasientens rett til å ikke involvere nærmeste pårørende styrkes.</p> <p>Nærmeste pårørendes rettsstilling klargjøres.</p> <p>Presiseringen av at hensynet til mindreårige vektlegges bidrar til en klargjøring av gjeldende rett. Dette vil forhåpentligvis bidra til å styrke fokuset på denne gruppen pårørende.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Tvangsbehandling med antipsykotika</p> <p>§ 4-4 hjemler medikamentell behandling med antipsykotika uten pasientens samtykke</p> | <p>§ 6-10, jf. § 6-5 hjemler tvungen medikamentell behandling med antipsykotika</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 6-10 nr. 3 | <p>Dersom en pasient mangler samtykkekompetanse <i>men ikke motsetter seg behandling</i>, vil det etter ny lov ikke være nødvendig å treffe tvangsmedisineringsvedtak. Det betyr at</p> <ul style="list-style-type: none"> • Færre vil bli registrert som tvangsmedisinert • Færre vil oppleve å bli "krenket" av et tvangsmedisineringsvedtak når vedkommende ikke motsetter seg medisineringsen. • Det vil bli lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler samtykkekompetanse. • I tillegg er vilkårene for tvangsbehandling innstrammet, noe som også vil føre til at færre vil tvangsmedisineres. • Flere med alvorlig psykisk lidelse må få tilbud om helsehjelp tilpasset den enkeltes ønsker. Flere vil nok da velge å få hjelp lokalt i kommunehelsetjenesten. <p>Eksempel på vilkår som vil medføre færre tvangsmedisineringsvedtak:</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Overprøving/ klage ved tvangsmedisinering</p> <p>Vedtaket kan påklages til statsforvalteren, jf. § 4-4 a tredje ledd</p> | <ul style="list-style-type: none"> • § 6-14 <p>Vedtaket kan påklages til tvangsbegrensningsnemda, jf. § 12-5 andre ledd</p> <p>Det gis adgang til domstolsbehandling av</p> | <p>Det gis en reservasjonsrett mot behandling med antipsykotiske legemidler. Dette vil kunne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • redusere omfanget av tvangsmedisinering. • gi lengre tvangsinnleggelse og øke behovet for flere døgnplasser • øke behov for vedtak om skjerming og tvangsmidler ved innleggelse • gjøre at flere frivillig oppsøker psykisk helsevern <p>Det blir en mer rettssikker overprøving ved at pasienten tilbys en styrket, mer domstolslignende klageinstans.</p> <p>Styrket rettssikkerhet ved at tvangsmedisineringsvedtaket kan prøves videre for domstolene.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Domstolsbehandling ved tvangsmedisinering</p> <p>Det er i dag kun vedtak om tvungent psykisk helsevern som kan prøves for domstolene etter psykisk helsevernloven § 7-1, jf. tvisteloven kap. 36.</p> | <p>tvangsmedisineringsvedtak etter tvl. kap. 36, jf. § 14-1 første ledd nr. 1 bokstav c,</p> | |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Tvang ved gjennomføring i psykisk helsevern</p> <p>I dag noe uklart hvorvidt tvangsvedtak (f.eks. tvangsmedisinering § 4-4) også hjemler tvungen gjennomføring av tiltaket /fysisk maktutøvelse, eller om det da kreves <i> eget vedtak om kortvarig fastholding</i>, jf. § 4-8.</p> <p>Tvang utenfor institusjon/arenafleksibilitet</p> <p>Ikke anledning til å benytte tvangsmidler utenfor institusjon, jf. phvl. § 4-8. Da benyttes ev. tvang med hjemmel i nødrett.</p> | <p>Avklart at tvangsvedtaket også hjemler fysisk tvang som er nødvendig for å få gjennomført vedtaket, jf. § 6-5 første ledd: "... gjelder følgende vilkår for å treffe vedtak og gjennomføre tiltaket med tvang".</p> <p>Kapittel 4 "<i>Tiltak i nødsituasjoner</i>" er i utgangspunktet arenafleksibel, og gjelder dermed både i og utenfor institusjon</p> | <p>Praktisk viktig avklaring.</p> <p>Legger opp til enklere saksbehandling/ mindre bruk av ressurser til vedtak</p> <p>Ny lov er bedre tilpasset en situasjon med dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling.</p> |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>Mekaniske tvangsmidler</p> <p>Det kan benyttes mekaniske tvangsmidler, herunder belteseng, jf. phvl. § 4-8 annet ledd bokstav a</p> | <p>Det legges opp til at hjemmelen for mekaniske innretninger skal fases ut</p> | <p>Rettssikkerheten til pasienten øker ved at</p> <ul style="list-style-type: none"> • tvangsadgang er uttømmende regulert slik at man ikke har et parallelt "nødrettslig spor". • Ved behov for f.eks. fastholding utenfor institusjon reguleres dette da rettslig med vilkår, klagerett mv. <p>Det vil ikke lenger kunne benyttes mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lovutvalget⁸ vil forhindre mekaniske tvangsinngrep som er i strid med EMK art 3. De mener bruk av mekaniske tvangsmidler kan avvikles gjennom kvalitetshevende tiltak, og vil understreke dette potensialet ved å ilegge et forbud etter tre år. <ul style="list-style-type: none"> ○ Som en konsekvens vil bruken av mekaniske tvangsmidler reduseres (helt). Dette vil kunne forhindre hjemlet tvangsbruk og i ytterste fall brudd på menneskerettighetene. |
|---|---|--|

⁸ NOU 2019:14 kap 23.8.5.2.2.

| | | |
|---|--|--|
| <p>Prosessuelt/saksbehandling</p> <p>Faglig ansvarlig skal treffe vedtak om tvangsmidler, jf. phvl. § 4-8 femte ledd</p> | <p>Det skilles mellom tiltak i enkeltstående nødsituasjoner, jf. § § 9-2 og 9-15 og vedtak om tvang, jf. § § 9-1 og 9-16</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Forbudet må følges av mer helsefaglig kompetent personale og tilpasset bygningsmasse. Hvis ikke er faren stor for at forbudet medfører økning i andre tvangsmidler (isolasjon, kortvarig bruk av legemidler, holding) <p>Mindre strenge krav til beslutningsansvarlig enn vedtaksansvarlig, og noe enklere saksbehandling ved beslutninger enn vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dette er mer i tråd med hvem som faktisk beslutter tvangen (som ofte er helsepersonell som står i situasjonen) • Mindre byråkratisk |
|---|--|--|

7) Tvangsinnleggelse av gravide i TSB

I utvalgets lovutkast § 5-6 *Innleggelse og tilbakeholdelse av gravide ved fare for det ufødte barnet*, fremgår det at det kan treffes vedtak om og gjennomføres innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg, dersom hun er gravid og misbruker rusmidler. Kvinnen kan holdes tilbake i hele svangerskapet dersom det er nødvendig for å hindre eller begrense helseskade på det ufødte barnet.

For tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, er det i tillegg et vilkår at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Dersom kommunen ikke allerede er kjent med at innleggelse har skjedd, skal den orienteres uten hinder av taushetsplikten.

Når det er truffet vedtak etter paragrafen her og kvinnen er tatt inn på institusjon, skal kommunen uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om dette. Meldingen skal omfatte opplysninger om hvem kvinnen er, vurderingen av rusmisbruk og fare for skade på barnet som lå til grunn for vedtaket, forventet termin og hvilken institusjon kvinnen er tatt inn på.

Kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog).

| Tvangsinnleggelse av gravide i TSB, jf. hol. § 10-3 | Tvangsinnleggelse av gravide i TSB, jf. utkast til ny lov § 5-6 | Eksempler på mulige konsekvenser av endringene |
|--|---|--|
| Vurderingsfasen | Vurderingsfasen | Vurderingsfasen |
| Vilkår for tvangsinnleggelse | Vilkår for tvangsinnleggelse | Vilkår for tvangsinnleggelse |
| Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i | Helse- og omsorgstjenesten skal ved varsel fra offentlig myndighet etter § 1-6 eller fra noen med rettigheter | Helse- og omsorgstjenesten har til dels gjort seg avhengig av eksterne bekymringsmeldinger for å fremme tvangssaker. Det er en ønsket utvikling at |

| | | |
|--|---|---|
| <p>saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter § 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.</p> <p>Gravid</p> <p>Frivillige hjelpetiltak må være utilstrekkelige</p> <p>Rusmiddelavhengig</p> | <p>som pårørende, foreta nødvendige undersøkelser og vurdere behov for tiltak etter loven her, jf. tvangsbegrensingsloven § 9-3.</p> <p>Gravid</p> <p>Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, se §5-6, jf. § 5-4 nr. 1</p> | <p>tvangssaker i større grad enn i dag blir initiert av helsetjenesten, slik at utvalget som vurderes for tvang ikke hviler like tungt på ressurssterke pårørende. Dagens praksis har uheldige konsekvenser for brukere uten pårørende som kan melde bekymring.</p> <p>Å klarlegge graviditet må fortsatt skje ved samtykke. Dette vil også fremover kunne bidra til praktiske utfordringer.</p> <p>Plikten til å forsøke frivillighet og motivasjon består. Vedtak om tvang er fremdeles siste utvei. Kommunens tidsrom for å vurdere frivillige tiltak reduseres når spesialisthelsetjenesten overtar vurderings- og vedtaksansvaret for tvangen. Dette utfordrer kommunen til å komme på banen med frivillige tiltak tidligst mulig, og spesialisthelsetjenesten får en viktig rolle i å sikre at så blir mulig.</p> <p>Det diagnosenære begrepet fjernes, men vilkår om misbruk består.</p> <p>Beviskravet for at barnet kan bli påført skade senkes. Flere gravide som</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade som følge av mors rusmisbruk.</p> <p>Forholdsmessighetsvurdering er et krav, men ikke tydelig uttalt i regelen.</p> <p>Hensynet til kvinnen er ikke eget vilkår, men inngår i skjønnsmessig helhetsvurdering.</p> | <p>Kvinnen misbruker rusmidler, jf. § 5-6 nr. første ledd nr. 1</p> <p>Det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for at det ufødte barnet påføres helseskade, jf. § 5-6 første ledd nr. 2.</p> <p>Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder det minst inngripende alternativet, jf. § 5-4 andre ledd nr. 6.</p> <p>Tiltaket må ikke være urimelig overfor kvinnen, jf. § 5-6 første ledd nr. 3.</p> | <p>misbruker rusmidler vil dermed kunne vurderes for tvang. Flere rusrelaterte skader på foster kan avverges. Evaluering viser at mor, i etterkant, er glad for at tiltak kom så tidlig at foster ikke påføres skade.</p> <p>Forholdsmessighetsvurderingen tydeliggjøres. Det tydeliggjøres at tvangen må være egnet til å oppnå sitt formål for å være lovlig. Dette kan øke det praktiske fokuset på hvilket konkret hjelpebehov personen har og hva som skal til for å oppfylle det.</p> <p>Vilkåret tydeliggjør at innholdet i oppholdet må være tilrettelagt og formålstjenlig for at det skal kunne rettferdiggjøres overfor kvinnen. Bedre og mer målrettet innhold vil bety mye for å motivere mor for å bli rusfri innen barnet blir født. Det styrker sjansene for at hun kan beholde barnet.</p> <p>Plikten til å tilby kvinnen bistand til å forberede seg på ansvaret for et nyfødt barn videreføres. Vilkår om at institusjonen skal "særlig tilrettelagt" styrker kvinnens rettsstilling og mulighet for rehabilitering. Bedre innhold vil øke mors muligheter til å forberede</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.</p> <p>Ikke et vilkår om legeundersøkelse</p> | <p>Institusjonen skal være særlig tilrettelagt for at kvinnen skal bli i stand til å ta vare på barnet, jf. § 5-6 første ledd nr. 4.</p> <p>Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet, § 5-4 andre ledd nr.8.</p> <p>Ved spørsmål om innleggelse eller tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, skal personen være undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen.</p> | <p>seg på morsrollen. Det krever kompetanse og tilrettelegging. Kommunens helse- og omsorgstjeneste og barneverntjenesten er svært viktige samarbeidsaktører gjennom hele forløpet.</p> <p>Medisinskfaglig vurdering innføres og styrker de faglige vurderingene av rusmisbruket og skadepotensiale for foster. Et spørsmål er om den tverrfaglige, herunder sosialfaglige vurderingen, blir manglende i praksis. Sosialfaglig tilnærming er ofte dominert av å lete frem frivillige, helhetlige tiltak i stedet for innleggelse, og de sosialfaglige tjenestene i kommunen er ofte de som kjenner brukeren best. Praksis har vist at dette er en relasjon som er svært viktig når det lykkes å etablere tillitsvekkende og frivillige alternativer. Det er viktig at rustjenesten (eller tilsvarende) i kommunen som kjenner brukeren blir koblet tilstrekkelig på. Dette avhenger kanskje nå for mye på spesialisthelsetjenesten i det nye forslaget.</p> <p>Hastegraden kan være høy og avtalen må komme raskt på plass for at vilkåret ikke skal bli til ulempe for fosteret.</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>Det er ikke like tydelig å lese ut av regelen hva vedtaket skal gjelde/omfatte. Det må nå kryssleses mer mellom vilkårsregler og saksbehandlingsregler for å danne et fullstendig bilde av hva vedtaket skal gå ut på. Det kunne vært tydeliggjort at tvangs behandling ikke er tillatt og at det kun er tilbakeholdelse som er tillatt etter vedtaket.</p> |
| <p style="text-align: center;">Beslutningsfasen</p> <hr/> <p>Tvangsvedtaket: vedtak om at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet. Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen</p> | <p style="text-align: center;">Beslutningsfasen</p> <hr/> <p>Tvangsvedtaket: vedtak om innleggelse og tilbakehold i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Institusjonen skal være særlig tilrettelagt for at kvinnen skal bli i stand til å ta vare på barnet. Kvinnen kan holdes tilbake i hele svangerskapet dersom det er nødvendig for å hindre eller begrense helseskade på det ufødte barnet</p> | <p>Tjenestemodell innføres. Medfører større nærhet til behandlerne og tjenestene som skal følge opp etter at vedtak er truffet.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| treffer avgjørelse om det innen denne fristen. | Spesialisthelsetjenesten har vedtakskompetansen | |
| Fylkesnemnda og kommunen er de sentrale aktørene | | |

8) Tvangsinnleggelse i TSB

Departementet vil legge Tvangslovutvalgets forslag om nye regler for inntak til rusbehandling med tvang til grunn i det videre arbeidet med tvangslovgivningen.

Kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog).

| Tvangsinnleggelse i TSB, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 | Tvangsinnleggelse i TSB, jf. utkast til ny lov § 5-4 | Eksempler på mulige konsekvenser av endringene |
|--|--|---|
| Vurderingsfasen | Vurderingsfasen | Vurderingsfasen |
| Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter § 10-2. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette. | Helse- og omsorgstjenesten skal ved varsel fra offentlig myndighet etter § 1-6 eller fra noen med rettigheter som pårørende, foreta nødvendige undersøkelser og vurdere behov for tiltak etter loven her, jf. § 9-3. | Helse- og omsorgstjenesten har til dels gjort seg avhengig av eksterne bekymringsmeldinger for å fremme tvangssaker. Det er en ønsket utvikling at tvangssaker i større grad enn i dag blir initiert av helsetjenesten, slik at personutvalget som vurderes for tvang ikke hviler like tungt på ressurssterke pårørende. Dagens praksis har uheldige konsekvenser for brukere uten pårørende som kan melde bekymring. |

| | | |
|---|--|--|
| <p><u>Vilkår for tvangsinnleggelse:</u></p> <p>Frivillige hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig</p> <p>Personen har et omfattende og vedvarende misbruk</p> | <p><u>Vilkår for tvangsinnleggelse</u></p> <p>Nr. 1: Tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd</p> <p>Nr. 2: Personen har et sterkt behov for behandling for b) rusproblemer i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet</p> | <p><u>Vilkår for tvangsinnleggelse</u></p> <p>Begrepet "tillitsskapende tiltak" er nytt og presiserer en viktig side av godt rusarbeid. Tvang kan erfaringsmessig forebygges med brukerrettede tiltak. Plikten til å forsøke frivillige tiltak vil sikre tvang ikke benyttes der frivillighet er tilstrekkelig, forutsatt at vilkåret reelt oppfylles. Mange av de frivillige tiltakene ligger i kommunen. Kommunens rolle er mindre i ny tjenestemodell og det kan svekke fokuset på å finne frem til frivillige tiltak i kommunen. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen vil være avgjørende for å oppfylle vilkåret på en tilfredsstillende måte. Erfaringsmessig er kommunen god på å finne frivillige løsninger når det står og vipper mot tvang. Nå ligger dette ansvaret i større grad til spesialisthelsetjenesten og samarbeid med kommunen blir viktig.</p> <p>Med bruken av ordet «sterkt» understrekes at hjelpebehovet må være uttalt eller åpenbart for at tvang skal kunne benyttes. I praksis vil dette innebære at det er personer med et langvarig, omfattende og svært alvorlig rusmiddelproblem som vil bli vurdert for tvang. Mange av disse vil ha en ruslidelse, men ikke alle vil være diagnostisert på forhånd.</p> <p>Vilkåret «sterkt behov» vil ikke anses oppfylt uten at tjenestene kan imøtekomme personens individuelle behov på en effektiv</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende</p> | <p>Nr. 6: Tiltaket er egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense den aktuelle skaden, herunder det minst inngripende alternativet.</p> | <p>Kravet om fravær av beslutningskompetanse kan medføre at færre rusavhengige kan tvangsinnlegges og at tvangstiltakene ofte vil være av kortvarig karakter fordi pasienten gjenvinner sin beslutningskompetanse under eller etter avrusning. Vedkommende kan da forlate institusjonen om han/hun ikke ønsker å være der frivillig. Motivasjon for avrusning kan være utfordrende å oppnå og det vil sjelden være aktuelt med mange tvangsinnleggelse. Det er derfor svært viktig at tjenestene benytter tvangsoppholdet til beste for pasienten. - Noen av pasientene vil bli værende på frivillig grunnlag. Dersom pasienten har opplevd en god start på tvangsoppholdet vil sjansene for dette øke.</p> <p>Kommunen skal som før henvise personer til TSB, også for tvungen plassering.</p> <p>Vilkårene i nr. 6-8 tydeliggjør kravet til helhetsvurdering og momenter som må hensyntas i en slik vurdering. Dette vil forhåpentligvis kunne medføre at frivillige tiltak, personlige forhold, brukermedvirkning og tilrettelagt plassering får en større plass i vurderingen av om tvang er rett tiltak.</p> <p>Dette vil være en tjenestemodell og inntaksmodell som er lik den som allerede gjelder for psykisk helsevern.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| <p>tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen</p> <p>Krav om skjønnsmessig helhetsvurdering</p> <p><u>Ikke</u> vilkår om legeundersøkelse</p> <p><u>Ikke</u> krav om avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten</p> | <p>Nr. 7: Fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene.</p> <p>Nr. 8: Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet</p> <p>Nr. 9: Personen er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen.</p> <p>Det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet.</p> | <p>Vilkåret innebærer at to leger alltid vurderer pasienten før tvang kan vedtas. Dette er en styrke for vurderingene, forutsatt at det tverrfaglige perspektivet som tidligere regler la opp til, ikke utelates. Vurdering for innleggelse i TSB krever tverrfaglig vurdering. Kravet om tverrfaglig vurdering for tvang i TSB burde fremgå tydeligere av regelen.</p> <p>Vilkåret skal hindre at plassering i institusjon for spesialisert rusbehandling blir en lettvint løsning i akuttsituasjoner. Rusbehandlingens sosialfaglige forankring kan sikres. God praksis tilsier at også frivillige tiltak diskuteres i avtalearbeidet slik at tvang eventuelt kan unngås. Kommunens informasjon om bruker er ofte omfattende og må brukes aktivt både for å se på alternativer til tvang og å finne egnet behandlingsplass. Pårørende bør trekkes inn i arbeidet når dette er til beste for pasienten. Pårørende har informasjon om pasienten som ingen av tjenestene besitter.</p> |
| <p>Beslutningsfasen</p> | <p>Beslutningsfasen</p> | <p>Beslutningsfasen</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Tvangsvedtaket: vedtak om at vedkommende kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling.</p> <p>Vedtaket skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, jf. hol. § 10-2 andre ledd.</p> <p>Et midlertidig vedtak kan treffes av kommunen dersom de interesser § 10-2 skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks.</p> | <p>Tvangsvedtaket: vedtak om innleggelse og tilbakehold i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet som personen motsetter seg.</p> <p>Vedtaksansvarlig for tiltak i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning, som er utpekt av virksomheten, jf. § 9-1 første ledd.</p> <p>Ved behov for tid til å avklare om et eller flere av lovens vilkår er oppfylt, kan vedtaksansvarlig treffe midlertidig vedtak med en varighet på inntil sju dager dersom det er sannsynlig at lovens vilkår er oppfylt.</p> | <p>Vedtaket vil fremdeles omfatte tvungent tilbakehold, men ikke tvungen behandling (tvangsbehandlingstiltak ikke tillatt).</p> <p>Saksbehandlingstiden vil kunne reduseres når fylkesnemndsmodellen fjernes for ordinære tvangsinnleggelse i TSB.</p> <p>Helseforetakene vil få et bedre grunnlag for å dimensjonere tjenestetilbudet og tvangsplassene bedre. Dagens praksis hvor mange tvangssaker ikke blir initiert pga utfordring med å skaffe tvangsplass, kan bli mindre utbredt når helseforetaket selv både skal vurder tvang og finne tvangsplass.</p> <p>Midlertidig vedtak følger også ny tjenestemodell. Fylkesnemnda ingen rolle her heller.</p> |
|---|--|---|

Arkiv: <arkivID><jplID> FA-H00
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 25.10.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|---------|--|------------|
| 046/21 | Råd for menneske med nedsett funksjonsevne | 08.11.2021 |
| 033/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |
| | Alver formannskap | |
| | Alver kommunestyre | |

Avvikle interkommunalt samarbeid ved Radøy interkommunale busenter

- A. **Rådmannen sitt framlegg til vedtak:**
Interkommunalt samarbeid ved Radøy interkommunale busenter vert avvikla og avtalen vert sagt opp innan 31.12.21
- B. Organisering av noverande institusjonstilbod til personar busett i Alver vert avvikla og nytt butilbod vert endra til heildøgnsbemanna omsorgsbustad pluss (bufelleskap) når ny lokasjon er klar. I oppseiingstida vert det arbeidd med å etablere lokasjon for framtidig drift.
- C. Rådmannen vil komme attende til kommunestyret med sak om val av lokasjon

Politisk handsaming

Saka skal til uttale i råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Saka skal til innstilling i utval for helse og omsorg og formannskap

Saka skal avgjerast i kommunestyret

Bakgrunn

Viser til sak KO-054/21 der det vart vedtatt å starte opp eit 4-årig administrativt prosjekt for leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift i sektor Helse- og omsorg. Bakgrunnen for prosjektet er vedtatt innsparingar i økonomiplan 2021- 2024. Prosjektet tek utgangspunkt i PwC sin rapport *Kartlegging av helse og omsorg i Alver kommune*, datert 11.01.2021. Framlegg til tiltak i prosjektet som er av prinsipiell karakter og treng strategiske avklaringar, vert lagt fram i eigne politiske saker. Tiltak skildra i rapport som å avvikle Radøy interkommunale busenter vert teken til handsaming i politisk sak.

Rapporten frå PwC seier mellom anna:

«Omtrent en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller rusproblem, og det er en forventning om at dette vil øke framover. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Oppgavene til kommunen overfor disse brukergruppene omfatter kompetansehevende tiltak, nettverksbygging, tilskuddsordninger, kartlegginger og tilsyn. Psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid er fortsatt et nasjonalt satsingsområde, og det er en forventning at kommuner kontinuerlig videreutvikler og bedrer tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusforebygging». (s.23)

Alver kommune har i dag frålgjande butilbod med personalbase innan området psykisk helse og rus:

| Enhet | Antall plasser |
|-------------|----------------|
| Røsvikdalen | 6 |
| Skrenten | 2 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Krossleitet | 10 |
| Radøy interkommunale busenter | 9 |
| Storbruhaugen | 2 |
| Sum Psykisk helse- og rus | 29 |

PwC skriv følgende (s, 94):

Vurdering salg av plasser:

Kommunen selger også plasser. Dette gjelder 5 plasser i institusjonen Radøy interkommunale busenter (RIB) på Manger. Busenteret er et interkommunalt samarbeid som ble etablert i 2008. Vik kommune og Bergen kommune deltar i samarbeidet og har en plass hver. I tillegg selges det to plasser til to kommuner som ikke deltar i det interkommunale samarbeidet. Alver disponerer for tiden 4 av de 9 plassene i busenteret til sine egne brukere, hvorav en plass står ledig. Institusjonen holder til i en fløy i gamle Radøy sjukeheim, Alver kommune eier bygget. Samarbeidet er avtalerregulert, og kostnadene til drift for hver bruker refunderes helt og holdent av brukerens hjemkommune. Alver har ansvar for ledelse og administrasjon og forsvarlig drift og bemanning. Det er 8 medarbeidere som går i døgnturnus, og totalt 13,9 årsverk fast bemanning.

I lys av den krevende situasjonen Alver står overfor når det gjelder antall lokasjoner og tilhørende bemanningsbehov, så vil det være naturlig å også vurdere å avvikle det interkommunale samarbeidet på RIB. Kostnadsbesparelsen vil være at de brukerne som tilhører Alver kan samlokaliseres med andre brukere i kommunen. En gevinst vil også være at personell og kompetanse som idag brukes på RIB kan nyttes i andre deler av tjenestene. Oppsigelsestid i vertskommuneavtalen er 12 måneder. En eventuell avvikling må skje over tid og i dialog og samarbeid med de kommunene som inngår i avtalen.

| Tiltak | Innsparings-Potensial MNOK | Oppstart | Effekt | Konsekvens |
|--|---|----------|-------------------------------|---|
| Avvikling av Radøy interkommunale busenter Prosjekt for planlegging og gjennomføring | Beregnet inn i generell samlokalisering | 2022 | Bedre utnyttelse av personell | Samarbeidskommunene må ta hjem sine brukere |

Saksopplysninger:

Historikk:

Kommunestyre i Radøy kommune vedtok 19.9.2007 i sak 039/07 oppstart av arbeid med bu- tilbud v/ RIB jamfør vedlegg 1. Bakgrunn for arbeidet var at Helse Bergen sin døgnavdeling på Manger skulle avviklast og ni pasientar var utskrivingsklare. Dette betydde at kommunane skulle ta over ansvaret for pasientane. Radøy kommune hadde den gang 3 utskrivingsklare pasientar. Helse Bergen tok initiativ til å opprette eit prosjekt der hovudmandatet var å greie ut- og gjere framlegg om eit døgnbemanna busenter, organisert som eit interkommunalt samarbeidsprosjekt for psykiatriske pasientar i Nordhordland.

Prosjektgruppa var bredt samansett både frå brukarorganisasjonar, Helse Bergen og Nordhordlands kommunane.

Målgruppa for butilbodet var klart definert- «*Psykiatriske pasientar som treng døgntilgjengeleg oppfølging og omsorg i institusjonslikande rammer*». Rådmannen si vurdering i 2007 var at Radøy kommune var den av Nordhordlands kommunane som hadde flest pasientar i målgruppa. Kostandane ved å legge til rette for eit eige butilbod for Radøy sine pasientar ville bli mykje høgare enn ved å gå inn i eit interkommunalt samarbeid. Drift ved RIB starta 1. oktober 2008 med 9 plassar. Radøy, Vik, Bergen og Osterøy kommune starta opp interkommunalt samarbeid. I 2016 gjekk Osterøy ut av det interkommunale samarbeidet- og oppretta eige butilbod i Osterøy. I tida har fleire eksterne kommunar kjøpt plass til brukarar ved RIB.

Avtale om plasser pr. no:

- Alver kommune 4 plassar
- Vik kommune 1 plass
- Bergen kommune 1 plass
- Sal av 2 plassar til eksterne kommunar
- 1 plass ledig

Status

Pr. 1. oktober 2021 blir 7 av 9 plassar nytta ved busenteret. 3 blir nytta av Alver kommune, 1 Bergen kommune, 1 Vik kommune og 2 plassar blir kjøpt av andre kommunar som ikkje er med i det interkommunale samarbeidet. Personalet v/ RIB gir og tenester til omsorgsbustad pluss som er nærliggande RIB (brukar som tilhøyrar Alver kommune). Andre ledige plassar er pr. tida ikkje nytta med bakgrunn i at personar som er i behov for døgnbemanna butilbod i Alver kommune ikkje fyller kriteria for plass ved institusjonen (sjå vedlegg 2, Avtalens punkt 1).

Den interkommunale avtalen for RIB jamfør vedlegg 2, har ei oppseiingstid på 12 månadar. Kommunar som ikkje er med i det interkommunale samarbeidet, men som kjøper plass har individuelle avtalar. Ingen av noverande avtalar går lenger enn ut desember 2022.

Dei seinare år har dei fleste kommunar bygd opp tenester med heildøgnsstilbod til brukargruppa. Dei fleste kommunar har valt å organisere tilbodet i omsorgsbustad pluss (bufellesskap). Ved opphald i institusjon krev kommunen vederlagsbetaling frå den enkelte bebuar som har vedtak på langtidsopphald. Vederlagsbetaling er heimla i [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester - Lovdata](#). Eigenandelen skal omfatte kost, losji, medisinar mv. samt helse- og omsorgstenester som kommunen organiserer etter helse- og omsorgstenestelova.

Ved drift som omsorgsbustad pluss (bufellesskap) er det den einskilde brukar som sjølv må dekke kost, losji, medisinar mv. Brukar kan søkje bustønad frå Husbanken.

Samanlikna med etablerte bufellesskap i Alver kommune vil ikkje brukar få høgare kostnader ved omsorgsbustad pluss (bufellesskap) enn ved å bu i institusjon.

Omsorgsbustad pluss (bufellesskap) i Alver kommune har institusjonslikande rammer med tanke på bemanning gjennom døgnnet. Brukarane har si eiga leilegheit med kjøkken, bad, soverom, stove, terrasse og eigen inngang som dei rår over. Brukarane kan nytte seg av fellesrom/ stover til sosiale samankomstar og felles måltid om ein ynskjer det. Brukarane blir etter kartlegging gitt individuelle vedtak etter behov. Det er ein nødvendigeheit og trygghet for målgruppa å ha tilgang på personale gjennom døgnnet.

Lovverket opnar for at ein kan endra vedtak om langtidsplass i institusjon til anna heildøgnsbemanna bustad.

Vurdering

Lokala som i dag blir disponert til RIB er i behov for rehabilitering på fleire områder. Bygget er frå 1985 og det er i liten grad gjort rehabilitering av større overflater sidan bygget var nytt. Dersom RIB skal fortsette drift i lokala må ein sikre at lokasjonen får rehabilitering etter dagens krav. Nye bad på alle bebuarrom, nytt produksjonskjøkken, nye golv i heile avdelinga, ny ventilasjon, nye dører både inne og ute.

Ved avvikling av RIB må ein sikre dei 3 brukarane som tilhøyrar Alver kommune eit likeverdig tilbod. Pr. tida har ikkje Alver kommune ledig kapasitet i nokre av dei etablerte bufellesskap til målgruppa. Alver kommune kan vurdere sal av plass til andre kommunar om ein har ledig kapasitet.

Dersom kommunestyret godkjenner avvikling av drift ved RIB vil ein kunne starte planleggingsprosess med val av ny lokasjon.

10. juni 2021 var det dialogmøte med samarbeidskommunane i det interkommunale samarbeidet. Bergen, Vik og Alver kommune gjennomførte møtet på Radøy interkommunale busenter. Avtalen baserer seg på at det er 12 månader oppseiing på avtalen frå partane. Bergen kommune formidla at det er viktig at dei får tilbakemelding så snart saka er handsama politisk i Alver kommune, slik at dei får tid til å etablere nytt tilbod i Bergen. Vik formidla at dei ynskjer å gå i dialog med Alver kommune om kjøp av tenester vidare dersom det interkommunale samarbeidet blir sagt opp.

Verneombod, plasstillitsvalt vart informert om den politiske saka hhv. i møte 14. oktober og 20. oktober 2021. Brukarar og/ eller pårørande blir orientert om rådmannen sitt framlegg til vedtak.

Rådmann vurderer at utviklinga av behov og etterspørsel for heildøgns bemanna butilbod til målgruppa er i endring. Ein kommune med innbyggartal som Alver treng heildøgns bemanna plassar i bufellesskap til eige bruk i større grad enn tidlegare. Uavhengig av det må ein gjere vurderingar og ta omsyn til samansetting av grupper ved innflytting i bufellesskap.

Avvikling av interkommunalt drift vil ikkje gje brukaren eit dårlegare tilbod, men brukaren må flytte til nytt bumiljø og få oppfølging frå fastlege på line med andre innbyggjarar i kommunen.

Vedlegg i saken:

| | | |
|------------|-------------------------|---------|
| 01.11.2021 | Sakspapir KO Radøy 2007 | 1634054 |
| 01.11.2021 | Avtale RIB, Bergen | 1634056 |
| 01.11.2021 | Avtale RIB, Vik | 1634055 |

RADØY KOMMUNE

Sakspapir

| SAKSGANG | | | |
|---------------------------|------------|--------|-----------|
| Styre, utval, komite m.m. | Møtedato | Saksnr | Saksansv. |
| Formannskapet | 23.08.2007 | 069/07 | CFO |
| Kommunestyret | 13.09.2007 | 039/07 | CFO |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| Avgjerslemynde: Kommunestyret Sakshandsamar: Christian Fotland | Arkiv: K2-G70 Objekt: | Arkivsaknr 06/375 |
|---|--|-----------------------------|

UTVIKLING AV DESENTRALISERTE PSYKIATRITILBOD I NORDHORDLAND

Saksutgreiing:

Helse Bergen, psykiatrisk divisjon er i gang med å vidareutvikla desentraliserte psykiatritilbod i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er mellom anna oppretta ei ny avdeling for desentraliserte sjukehustenester, DPS, Bjørgvin DPS. Døgnavdeling Manger er ein del av denne nye avdelinga med ansvar for tilbodet i Nordhordland.

På døgnavdeling Manger har Helse Bergen ni pasienter som er utskrivingsklare. Det betyr at desse pasientane vert kommunane sitt ansvar. Radøy kommune har tre av desse pasientane. Helse Bergen tok eit initiativ til å opprette eit prosjekt der hovudmandatet var å greie ut – og gjere framlegg om eit døgnbemanna bu-senter, organisert som eit interkommunalt samarbeidsprosjekt for psykiatriske pasientar i Nordhordland. Framlegget skulle klårgjere organisering, finansiering og ansvarsdeling.

Prosjektgruppa hadde følgjande samansetting:

Geir Dalland, prosjektleiar

Håkon Matre, leiar for Regionrådet i Nordhordland

Jan Olav Osen, rådmannsgruppe i Nordhordland

Christian Fotland, rådmann i Radøy

Karolina Vakt skjold, leiar for psykiatritenesta i Radøy

Terje Sætre, helse og pleie rådgjevar i Lindås

Peeter Kubon, kommunelege i Austrheim

Vivi-Ann Flatraaker, Mental helse Meland

Raymond Eeg Follesø, avd. sjef for DPS klinikken Nordhordland

Rune Mjanger, overlege DPS – klinikken

Terje Binder, prosjektrådgjevar

Målgruppa for tiltaket er klart definert:

”Psykiatriske langtidspasientar som treng døgnkontinuerleg oppfølging og omsorg i institusjonsliknande rammer.

Prosjektgruppa kom i juni 2007 med følgjande framlegg til organisering av eit bu-senter for målgruppa:

- Radøy kommune står for leing og drift av samarbeidstiltaket
- Radøy kommune har arbeidsgjevaransvaret for dei tilsette i tiltaket

- Samarbeidstiltaket mellom dei andre kommunane (Modalen, Osterøy, Austrheim) skal vare i minst 5 år og evaluerast etter tre år
- Andre kommunar i Nordhordland (også Bergen) kan kjøpe plassar i tiltaket dersom det er ledige plassar.
- Det vert etablert eit fagråd med representantar frå deltakande kommunar og DPS-klinikken

Finansiering av tiltaket vert på følgjande måte:

- Med utgangspunkt i eit budsjett, vert kostnadene med tiltaket fordelt på tal plassar (+ - 9).
- Deltakande kommunar betalar for det tal plassar dei nyttar
- Tiltaket leiger lokale hos Helse Bergen – Manger DPS til kostpris.
- Det vert utarbeidd ein avtale mellom dei kommunane som deltar i tiltaket om alle praktiske og økonomiske tilhøve
- Kostnadene vert delt mellom kommunane og DPS-klinikken første driftsår 2008.
- Frå 2009 vert alle kostnadene fordelt på deltakande kommunar.

Ansvar:

- Radøy kommune er ansvarleg for samarbeidstiltaket. Radøy kommune vedtek budsjett for tiltaket, og fakturerer dei andre deltakarkommunane forholdsmessig.
- Dei deltakande kommunane forpliktar seg til å finansiere tal plassar dei nyttar ved oppstart i 5 år.
- Dersom ein pasient ikkje lenger nyttar tiltaket, disponerer kommunen plassen til annan brukar i målgruppa. Kommunen kan i eit slikt høve "selje" plassen vidare til ein annan kommune.

Vidare framdrift:

- Rådmannen i Radøy tek initiativ mot dei andre kommunane for vidare arbeid med detaljar.
- Det vert etablert eit samarbeidsforum der deltakande kommunar og DPS-klinikken vert representert
- Det vert utarbeidd ein avtale som regulerer alle spørsmål knytta til tiltaket
- Det vert starta drøfting med arbeidstakarorganisasjonane om overføring av personale frå DPS- klinikken til Radøy kommune.

Rådmannen si vurdering

Radøy kommune er den av kommunane i Nordhordland som har flest pasientar i denne gruppa. Dersom vi sjølve skal leggje til rette for eit butilbod for våre tre pasientar vil kostnadene verte mykje større enn om vi går i samarbeid med andre kommunar. Å byggje eit butilbod for denne gruppa vil vere svært kostnadsdrivande både på drifts- og investeringsbudsjettet for Radøy kommune. Årsaka til at Radøy kommune skal vere ansvarleg for tiltaket er at lokala til Bu- senteret vert i Radøy kommune. Ved å organisere dette med interkommunalt samarbeid vil vi behalde verdifull kompetanse i kommunen, og lokalitetane ved DPS-klinikken er svært eigna til formålet.

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Radøy kommune etablerer eit bu-tilbod for utskrivingsklare pasientar frå Bjørgvin DPS i samarbeid med andre aktuelle kommunar. Rådmannen får fullmakt til starte arbeidet med detaljplanlegging av tiltaket.

23.08.2007 FORMANNSKAPET

Formannskapet rådde samrøystes kommunestyret til å vedta rådmannen sitt framlegg til vedtak.

FS-069/07 VEDTAK:



Radøy kommune etablerer eit bu-tilbod for utskrivingsklare pasientar frå Bjørgvin DPS i samarbeid med andre aktuelle kommunar. Rådmannen får fullmakt til starte arbeidet med detaljplanlegging av tiltaket.

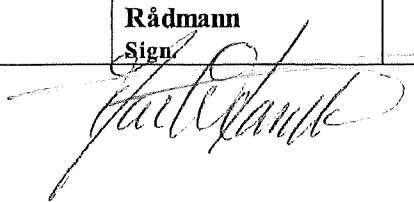
13.09.2007 KOMMUNESTYRET

Kommunestyret vedtok samrøystes formannskapstilrådinga.


KS-039/07 VEDTAK:

Radøy kommune etablerer eit bu-tilbod for utskrivingsklare pasientar frå Bjørgvin DPS i samarbeid med andre aktuelle kommunar. Rådmannen får fullmakt til starte arbeidet med detaljplanlegging av tiltaket.

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 1 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign | Bergen Kommune  | Dato: 29.10.2015 Endra dato: |




AVTALE
OM VERTSKOMMUNESAMARBEID
TILBOD VED
RADØY INTERKOMMUNALE BUSENTER

| | | | |
|---|--|---|---|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid Bergen Kommune | Side 2 |
| | | | Dato: 29.10.2015 Endra dato: |

Innhold

| | |
|--|----|
| 1. Radøy interkommunale Busenter (RiB) | 3 |
| 2. Rettsleg grunnlag | 3 |
| 3. Kommunar som deltar i det administrative vertskommunesamarbeidet | 3 |
| 4. Oppgåver og avgjerdsmynde lagt til vertskommunen | 3 |
| 5. Tidspunkt for overføring av oppgåver og avgjerdsmynde | 4 |
| 6. Økonomisk oppgjer mellom samarbeidskommunane og vertskommunen | 4 |
| 7. Avvikling av samarbeid | 4 |
| 8. Misleghald av avtalen | 5 |
| 9. Vidare samarbeid | 5 |
| 10. Tvist | 5 |
| Vedlegg 1 – Inntak av pasientar/samhandlingsprosess vurdering nye bebuarar ved RiB | 6 |
| Vedlegg 2 – Organisering av samarbeidet | 7 |
| Vedlegg 3 - Informasjon og rapportering | 8 |
| Vedlegg 4 - Framleige eller vidareformidling av plass | 9 |
| Vedlegg 5 – Kontaktpersonar i kommunane | 10 |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 3 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådmann Sign. | | Endra dato: |

1. Radøy interkommunale Busenter (RiB)

Busenteret vart etablert 01.10.2008, og ligg på Manger. Tilbodet kan ha opptil 9 plassar. Målgruppa er pasientar innan psykisk helsevern, som har langvarig behov for heildøgns omsorg og pleie, og som kan nyttiggjere seg tilbodet ved RiB. Pasientgruppa har ei alvorleg langvarig psykisk sinnsliding. Omsynet til eksisterande pasientgruppe (bipolare, scizofrene oa. psykoseli delser) skal vurderast ved nye inntak.

2. Rettsleg grunnlag

Avtalen er regulert av Kommunelova § 28-1 b, administrativt vertskommunesamarbeid. For eit vertskommunesamarbeid skal det opprettast ein skriftlig samarbeidsavtale. Avtalen er ei vidareføring av tidlegare avtale, vedtatt av kommunestyra i samarbeidskommunane.

Vertskommunen Radøy organiserer Radøy interkommunale busenter (RiB), som yter heildøgns helse- og omsorgstenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester. Samarbeidet gjeld tilbod om opphald ved busenteret.

Avtalen forutset at RiB vert vidareført som institusjon etter helse- og omsorgslovgjevinga.

Deltakarkommunane har økonomisk ansvar for helse- og omsorgstenester når det gjeld pasientar som vel å busetje seg i vertskommunen etter utskrivning frå RiB.

Det er utarbeidd ei meir detaljert oversikt over korleis samarbeidet mellom vertskommune og deltakarkommunane skal fungere (*sjå vedlegg*). Endringar i vedlegga skal avtalast administrativt.

Ny avtale gjeld frå 01.01.2016, og er løpande.

3. Kommunar som deltar i det administrative vertskommunesamarbeidet


| | |
|------------------------------|-----------|
| Vik kommune | 1 plass |
| Bergen kommune | 1 plass |
| Radøy kommune (vertskommune) | 4 plassar |
| Ledig | 3 plassar |

Utviding av deltakarkommunar (begrensa til dei tre ledige plassane) kan administrativt avtalast av eksisterande deltakarkommunar.

Vertskommunen kan leige ut ledige plassar til andre kommunar enn deltakarkommunane.

4. Oppgaver og avgjerdsmynde lagt til vertskommunen

Vertskommunen Radøy tilbyr heildøgns helse- og omsorgstenester ved Radøy interkommunale busenter. Radøy kommune har ansvar for dagleg drift ved senteret. Vertskommunen er ansvarleg for at tenesteutøvinga skjer i samsvar med gjeldande lover.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 4 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådman Sign. | | Endra dato: |

Kommunen har oppretta ei særskilt inntaknemnd for busenteret. Denne skal sikre at inntak av bebuarar skjer i samsvar med dei kriterier som deltakarkommunane er einige om skal vere gjeldande. Saksgang vedkomande inntak er beskrive i *Vedlegg 1*.

Samarbeidskommunen skal fatte vedtak om opphald i busenteret.

5. Tidspunkt for overføring av oppgåver og avgjerdsmynde


Avtalen gjeld frå dd.mm.2015.

6. Økonomisk oppgjer mellom samarbeidskommunane og vertskommunen

- a) Radøy kommune vedtek budsjett for tenesta. Framlegg til budsjett blir sendt deltakarkommunane innan 1.oktober. Kopi av vedteke budsjett blir sendt deltakarkommunane etter vedtak i kommunestyret.
- b) Kommunane blir fakturert kvartalsvis etter vedteke budsjett
- c) Fordeling av kostnader blir gjort høvesvis mellom deltakarane i samarbeidet etter antal plassar (sjå punkt 3). Dersom ein av deltakarkommunane i periodar ikkje har aktuelle pasientar for tilbodet, har denne likevel økonomisk ansvar for sin plass. Deltakarkommunen kan gjere sin ledige plass tilgjengeleg for annan kommune. Inntaksprosedyre må følgjast.
- d) Inntekter og utgifter frå utleige av plassar til andre enn deltakarkommunane går inn i grunnlaget for fordelinga.
- e) Dersom det må setjast inn tiltak for einskildpasientar som ikkje blir dekkja gjennom ordinær drift, skal dette dekkast av den kommunen som har ansvar for pasienten. Heimkommunen skal orienterast om tiltaket så snart som mogeleg.
- f) Det økonomiske oppgjeret blir sett opp med grunnlag i årsrekneskapen. Avrekning for rekneskapsåret skal gjerast innan 20.januar. Til grunn for avrekning ligg alle driftskostnader for tenesta, med frådrag for momskompensasjon, sjukelønsrefusjon og eventuelle inntekter for utleigde plassar. I tillegg skal det avreknast 2,5% administrativt påslag rekna av løn og sosiale kostnader.
- g) Radøy kommune utarbeider tertialrapportar i tillegg til årsrekneskap.
- h) Vertskommune har mynde til å gi pristilbod for utleigeplassar til andre kommunar.
- i) Vederlagsbetaling for opphald og refusjon av ressurskrevjande tenester skal den einskilde deltakarkommune sjølv krevje inn for sine pasientar. Det skal gå fram av avrekningsgrunnlaget kva kostnader som inngår i krav om refusjon for ressurskrevjande tenester.

7. Avvikling av samarbeid

- a) dersom partane er einige om avvikling av vertskommunesamarbeidet, kan samarbeidet løysast opp etter nærare avtale.
- b) dersom ein av deltakarkommunane ønskjer å seia opp samarbeidsavtalen, vil oppseiingsstid vere min. 12 mnd, eller etter nærare avtale.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 5 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådman Sign. | | Endra dato: |

8. Misleghald av avtalen

Det er påkrevd at den av partane som meiner avtalen er vesentleg misleghalde, skriftleg skal gjere greie for dette, kva som blir krevd retta, og gi rimeleg frist for at tilhøve kan rettast. Oppseiingsstid ved vesentleg misleghald som ikkje er retta er 3 mnd.


9. Vidare samarbeid

Samarbeidskommunane skal møtast minimum ein gong i året.

10. Tvist

Partane skal ved tvist saman avklarare prosess for å løyse eventuell tvist.

Vedlegg: Vedlegg til avtale om vertskommunesamarbeid om tenester frå Radøy interkommunale Busenter (RiB) gjeldande frå dato avtale er godkjend av samarbeidspart.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 6 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådmann Sign. | | Endra dato: |

Vedlegg 1 – Inntak av pasientar/samhandlingsprosess vurdering nye bebuarar ved RiB

Trinn 1 – Vedkomande ny bebuar


- Søknad/forespørsel blir utarbeidd av deltakarkommunen, p.t. Bergen, Radøy, Osterøy og Vik.
- Søknad/forespørsel blir sendt til leiar Radøy interkommunale Busenter (RiB), Radøyvegen 1625 a, 5936 Manger.

Trinn 2 - Gjensidig kartlegging av bebuar opp mot butilbod

- Leiar ved RiB og ein miljøterapeut reiser til deltakarkommunen og møter søkjar saman med personal frå deltakarkommune. Hensikt med møtet er gjensidig informasjonsutveksling. Leiar og miljøterapeut informerer om tilbodet ved RiB. Innsøkt brukar får moglegheit til sjølv å fortelje om seg sjølv
- Leiar ved RiB/tilsynslege hentar inn eventuell tilleggsinformasjon etter møtet.
- Tilsynslege sin rolle/vurdering
- Søkjar besøker RiB saman med personale frå deltakarkommunen.
- Søkjar kan få tilbod om å prøve ut butilbod i inntil 3 mnd/etter avtale om utprøving.
- Heimkommune brukar prøveperiode til å fatte vedtak og søkje inn bebuar for fast plass. Eventuelle ekstrakostnader i prøveperiode blir tillagt søkjarkommune.
- VOP Knarvik/Bergen mm og eller andre faginstansar som kjenner brukar blir involvert i buutprøvingsfasen og gir råd til kommunane. Kommunane blir her einige om VOP/faginstans i vidare involvering ift inntak.

Trinn 3 - Inntaksprosedyre

- Søknad behandlast i inntaksnemnd
 - Kommuneoverlege og leiar RiB har ansvar for å innhente dokumentasjon om bebuar, evt vurderingar frå tilsynslege og spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern.
 - Søkjarkommune har ansvar for å framlegge relevant informasjon/ beslutningsgrunnlag.
- Inntaksnemnd består av;
 - Kommuneoverlege (leiar)
 - Leiar RiB
 - Søkjarkommune med inntil 2 personar
 - Radøy stiller med sekretær for inntaksnemnd
- Kommunalsjef/rådmann vertskommune har møterett.
- Ved stemmelikheit vil sak bli løfta til kommunalsjef/rådmann.

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 7 |
| | | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 2 – Organisering av samarbeidet

Fagråd

Fagrådet for RiB skal ha ein representant frå kvar deltakarkommune, i tillegg til medlemmene fra Inntaksnemnda.

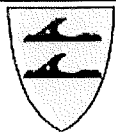
Dagleg leiar av RiB har ansvar for å kalle inn fagrådet, og følgje opp tilrådingane frå fagrådet.

Fagrådet skal møtast minst ein gong i halvåret. Fagrådet er mellom anna rådgjevande organ for utforming og praktisk vidareutvikling av inntakskriterier, etter dei føringane om pasientgruppa som er gjort i samarbeidsavtalen. Fagrådet blir leia av kommuneoverlegen i vertskommunen.

Kommunalsjef helse og omsorg i vertskommunen skal av leiar for RiB informerast om tilrådingane frå fagrådet.

Spesialisthelsetenesta


Forholdet til spesialisthelsetenesta må avklarast nærare. VOP Knarvik er ein viktig aktør i drifta ved RiB og ei fagleg støtte ved behov. VOP og spesialisthelsetenesta sin status bør avklarast og diskuterast i samråd med deltakarkommunane. Denne rolle skal beskrivast nærare i eiga vedlegg.

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 8 |
| | | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 3 - Informasjon og rapportering

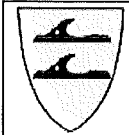
Leiar for RiB sender informasjon til oppgitt kontaktperson i deltakarkommune (evt kommune som leigar plass). Kontaktpersonen har ansvar for å vidareformidle informasjonen i sin kommune ved behov.

Kommunane vil ha ulike behov for rapportering frå RiB vedkomande sine pasientar. Omfang av rapportering blir avtalt mellom leiar for RiB og den enkelte kommune sin kontaktperson. Normalt vil det rapporterast kvart halvår. Anna kan avtalast med heimkommune.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 9 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådmann Sign. | | Endra dato: |

Vedlegg 4 - Framleige eller vidareformidling av plass

- a) Framleige: deltakarkommunane har krav på å få vurdert sin plass for pasientar frå eigen kommune. Dersom det ikkje er pasientar frå eigen kommune som fyller kriteriet for innlegging i institusjonen, kan ledig plass framleigast til ein annan deltakarkommune, eller til ein ny kommune, etter nærare avtale. Dersom ein deltakarkommune ikkje belegg sin plass, er det aktuell deltakarkommune som er økonomisk ansvarleg for denne plassen.
- b) Ikkje deltakarkommune som leigar plass, kan stille med representant til fagråd, men har ikkje stemmerett.

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 10 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid | Bergen Kommune | Dato: 29.10.2015 |
| | Jarle Landås Rådmann Sign. | | Endra dato: |

Vedlegg 5 – Kontaktpersonar i kommunane

Vedlegg 5 blir oppdatert fortløpande ved endring av kontaktpersonar i kommunane.

Vertskommune:

Rådmann Radøy

Jarle Landås

Mob. 40228215

Email jarle.landås@radoy.kommune.no

Kommunalsjef Helse og Omsorg

Johan Fredrik Bøschén Sandal

Mob. 95236496

Email johan.sandal@radoy.kommune.no

Tenesteleiar RiB

Vibeke Angelskår Erstad

Mob 92224599

Email vibeke.angelskar.erstad@radoy.kommune.no

Konst. Vidar Berge

47236079

vidar.berge@radoy.kommune.no

Åshild Reigstad Aalvik 90204459

aashild.reigstad.aalvik@radoy.kommune.no

Kommuneoverlege

Grethe Fosse

Mob. 90550127

Email grethe.fosse@radoy.kommune.no

Tilsynslege

Kari Færøy

Mob. 90154943

Email kari.faeroy@radoy.kommune.no

Samarbeidskommune:

Avtale ansvarleg

Kontaktpersoner


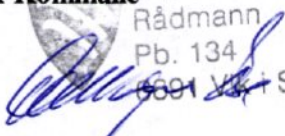
| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 1 |
| | | Vik Kommune  VIK KOMMUNE Rådmann Pb. 156 6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 Endra dato: |

**AVTALE
OM VERTSKOMMUNESAMARBEID
TILBOD VED
RADØY INTERKOMMUNALE BUSER**

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 2 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Vik Kommune  Rådmann Pb. 134 6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Innhold

| | |
|---|----|
| 1. Radøy interkommunale Busenter (RiB)..... | 3 |
| 2. Rettsleg grunnlag..... | 3 |
| 3. Kommunar som deltar i det administrative vertskommunesamarbeidet..... | 3 |
| 4. Oppgåver og avgjerdsmynde lagt til vertskommunen..... | 3 |
| 5. Tidspunkt for overføring av oppgåver og avgjerdsmynde..... | 4 |
| 6. Økonomisk oppgjør mellom samarbeidskommunane og vertskommunen | 4 |
| 7. Avvikling av samarbeid..... | 4 |
| 8. Misleghald av avtalen..... | 5 |
| 9. Vidare samarbeid..... | 5 |
| 10. Tvist | 5 |
| Vedlegg 1 – Inntak av pasientar/samhandlingsprosess vurdering nye bebuarar ved RiB..... | 6 |
| Vedlegg 2 – Organisering av samarbeidet..... | 7 |
| Vedlegg 3 - Informasjon og rapportering | 8 |
| Vedlegg 4 - Framleige eller vidareformidling av plass..... | 9 |
| Vedlegg 5 – Kontaktpersonar i kommunane..... | 10 |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 3 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Vik Kommune  Rådmann Pb. 134 6601 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 |

1. Radøy interkommunale Busenter (RiB)

Busenteret vart etablert 01.10.2008, og ligg på Manger. Tilbodet kan ha opptil 9 plassar. Målgruppa er pasientar innan psykisk helsevern, som har langvarig behov for heildøgns omsorg og pleie, og som kan nyttiggjere seg tilbodet ved RiB. Pasientgruppa har ei alvorleg langvarig psykisk sinnsliding. Omsynet til eksisterande pasientgruppe (bipolare, scizofrene oa. psykoselidelser) skal vurderast ved nye inntak.

2. Rettsleg grunnlag

Avtalen er regulert av Kommunelova § 28-1 b, administrativt vertskommunesamarbeid. For eit vertskommunesamarbeid skal det opprettast ein skriftlig samarbeidsavtale. Avtalen er ei vidareføring av tidlegare avtale, vedtatt av kommunestyra i samarbeidskommunane.

Vertskommunen Radøy organiserer Radøy interkommunale busenter (RiB), som yter heildøgns helse- og omsorgstenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester. Samarbeidet gjeld tilbod om opphald ved busenteret.

Avtalen forutset at RiB vert vidareført som institusjon etter helse- og omsorgslovgjevinga.

Deltakarkommunane har økonomisk ansvar for helse- og omsorgstenester når det gjeld pasientar som vel å busetje seg i vertskommunen etter utskrivning frå RiB.

Det er utarbeidd ei meir detaljert oversikt over korleis samarbeidet mellom vertskommune og deltakarkommunane skal fungere (*sjå vedlegg*). Endringar i vedlegga skal avtalast administrativt.

Ny avtale gjeld frå 01.01.2016, og er løpande.

3. Kommunar som deltar i det administrative vertskommunesamarbeidet

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Vik kommune | 1 plass |
| Bergen kommune | 1 plass |
| Radøy kommune (vertskommune) | 4 plassar |
| Ledig | 3 plassar |

Utviding av deltakarkommunar (begrensa til dei tre ledige plassane) kan administrativt avtalast av eksisterande deltakarkommunar.

Vertskommunen kan leige ut ledige plassar til andre kommunar enn deltakarkommunane.

4. Oppgåver og avgjerdsmynde lagt til vertskommunen

Vertskommunen Radøy tilbyr heildøgns helse- og omsorgstenester ved Radøy interkommunale busenter. Radøy kommune har ansvar for dagleg drift ved senteret. Vertskommunen er ansvarleg for at tenesteutøvinga skjer i samsvar med gjeldande lover.

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 4 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Vik Kommune  | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Kommunen har oppretta ei særskilt inntaksnemnd for busenteret. Denne skal sikre at inntak av bebuarar skjer i samsvar med dei kriterier som deltakarkommunane er einige om skal vere gjeldande. Saksgang vedkomande inntak er beskrive i *Vedlegg 1*.

Samarbeidskommunen skal fatte vedtak om opphald i busenteret.

5. Tidspunkt for overføring av oppgåver og avgjerdsmynde

Avtalen gjeld frå dd.mm.2015.

6. Økonomisk oppgjer mellom samarbeidskommunane og vertskommunen

- Radøy kommune vedtek budsjett for tenesta. Framlegg til budsjett blir sendt deltakarkommunane innan 1.oktober. Kopi av vedteke budsjett blir sendt deltakarkommunane etter vedtak i kommunestyret.
- Kommunane blir fakturert kvartalsvis etter vedteke budsjett
- Fordeling av kostnader blir gjort høvesvis mellom deltakarane i samarbeidet etter antal plassar (sjå punkt 3). Dersom ein av deltakarkommunane i periodar ikkje har aktuelle pasientar for tilbodet, har denne likevel økonomisk ansvar for sin plass. Deltakarkommunen kan gjere sin ledige plass tilgjengeleg for annan kommune. Inntaksprosedyre må følgjast.
- Inntekter og utgifter frå utleige av plassar til andre enn deltakarkommunane går inn i grunnlaget for fordelinga.
- Dersom det må setjast inn tiltak for einskildpasientar som ikkje blir dekkja gjennom ordinær drift, skal dette dekkast av den kommunen som har ansvar for pasienten. Heimkommunen skal orienterast om tiltaket så snart som mogeleg.
- Det økonomiske oppgjeret blir sett opp med grunnlag i årsrekneskapen. Avrekning for rekneskapsåret skal gjerast innan 20.januar. Til grunn for avrekning ligg alle driftskostnader for tenesta, med frådrag for momskompensasjon, sjukelønsrefusjon og eventuelle inntekter for utleigde plassar. I tillegg skal det avreknast 2,5% administrativt påslag rekna av løn og sosiale kostnader.
- Radøy kommune utarbeider tertialrapportar i tillegg til årsrekneskap.
- Vertskommune har mynde til å gi pristilbod for utleigeplassar til andre kommunar.
- Vederlagsbetaling for opphald og refusjon av ressurskrevjande tenester skal den einskilde deltakarkommune sjølv krevje inn for sine pasientar. Det skal gå fram av avrekningsgrunnlaget kva kostnader som inngår i krav om refusjon for ressurskrevjande tenester.

7. Avvikling av samarbeid

- dersom partane er einige om avvikling av vertskommunesamarbeidet, kan samarbeidet løysast opp etter nærare avtale.
- dersom ein av deltakarkommunane ønskjer å seia opp samarbeidsavtalen, vil oppseiingsstid vere min. 12 mnd, eller etter nærare avtale.

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 5 |
| | | Vik Kommune  Rådmann 6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 Endra dato: |

8. Misleghald av avtalen

Det er påkrevd at den av partane som meiner avtalen er vesentleg misleghalde, skriftleg skal gjere greie for dette, kva som blir krevd retta, og gi rimeleg frist for at tilhøve kan rettast. Oppseiingsstid ved vesentleg misleghald som ikkje er retta er 3 mnd.

9. Vidare samarbeid

Samarbeidskommunane skal møtast minimum ein gong i året.

10. Tvist

Partane skal ved tvist saman avklare prosess for å løyse eventuell tvist.

Vedlegg: Vedlegg til avtale om vertskommunesamarbeid om tenester frå Radøy interkommunale Busenter (RiB) gjeldande frå dato avtale er godkjend av samarbeidspart.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 6 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Vik Kommune Rådmann Pb. 134 4991 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 1 – Inntak av pasientar/samhandlingsprosess vurdering nye bebuarar ved RiB

Trinn 1 – Vedkomandeny bebuar

- Søknad/forespørsel blir utarbeidd av deltakarkommunen, p.t. Bergen, Radøy, Osterøy og Vik.
- Søknad/forespørsel blir sendt til leiar Radøy interkommunale Busenter (RiB), Radøyvegen 1625 a, 5936 Manger.

Trinn 2 - Gjensidig kartlegging av bebuar opp mot butilbod

- Leiar ved RiB og ein miljøterapeut reiser til deltakarkommunen og møter søkjar saman med personal frå deltakarkommune. Hensikt med møtet er gjensidig informasjonsutveksling. Leiar og miljøterapeut informerer om tilbodet ved RiB. Innsøkt brukar får moglegheit til sjølv å fortelje om seg sjølv
- Leiar ved RiB/tilsynslege hentar inn eventuell tilleggsinformasjon etter møtet.
- Tilsynslege sin rolle/vurdering
- Søkjar besøker RiB saman med personale frå deltakarkommunen.
- Søkjar kan få tilbod om å prøve ut butilbod i inntil 3 mnd/etter avtale om utprøving.
- Heimkommune brukar prøveperiode til å fatte vedtak og søkje inn bebuar for fast plass. Eventuelle ekstrakostnader i prøveperiode blir tillagt søkjarkommune.
- VOP Knarvik/Bergen mm og eller andre faginstansar som kjenner brukar blir involvert i buutprøvingfasen og gir råd til kommunane. Kommunane blir her einige om VOP/faginstans i vidare involvering ift inntak.

Trinn 3 - Inntaksprosedyre

- Søknad behandlast i inntaksnemnd
 - Kommuneoverlege og leiar RiB har ansvar for å innhente dokumentasjon om bebuar, evt vurderingar frå tilsynslege og spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern.
 - Søkjarkommune har ansvar for å framlegge relevant informasjon/beslutningsgrunnlag.
- Inntaksnemnd består av;
 - Kommuneoverlege (leiar)
 - Leiar Rib
 - Søkjarkommune med inntil 2 personar
 - Radøy stiller med sekretær for inntaksnemnd
- Kommunalsjef/rådmann vertskommune har møterett.
- Ved stemmelikheit vil sak bli løfta til kommunalsjef/rådmann.

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådman Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid Vik Kommune | Side 7 |
| | |  VIK KOMMUNE Rådman Pb. 194 6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 Endra dato: |

Vedlegg 2 – Organisering av samarbeidet

Fagråd

Fagrådet for RiB skal ha ein representant frå kvar deltakarkommune, i tillegg til medlemmene fra inntaksnemnda.

Dagleg leiar av RiB har ansvar for å kalle inn fagrådet, og følgje opp tilrådingane frå fagrådet.

Fagrådet skal møtast minst ein gong i halvåret. Fagrådet er mellom anna rådgjevande organ for utforming og praktisk vidareutvikling av inntakskriterier, etter dei føringane om pasientgruppa som er gjort i samarbeidsavtalen. Fagrådet blir leia av kommuneoverlegen i vertskommunen.

Kommunalsjef helse og omsorg i vertskommunen skal av leiar for RiB informerast om tilrådingane frå fagrådet.

Spesialisthelsetenesta

Forholdet til spesialisthelsetenesta må avklarast nærare. VOP Knarvik er ein viktig aktør i drift av ved RiB og ei fagleg støtte ved behov. VOP og spesialisthelsetenesta sin status bør avklarast og diskuterast i samråd med deltakarkommunane. Denne rolle skal beskrivast nærare i eiga vedlegg.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 8 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådman Sign. | Vik Kommune  Rådman  6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 3 - Informasjon og rapportering

Leiar for RiB sender informasjon til oppgitt kontaktperson i deltakarkommune (evt kommune som leigar plass). Kontaktpersonen har ansvar for å vidareformidle informasjonen i sin kommune ved behov.

Kommunane vil ha ulike behov for rapportering frå RiB vedkomande sine pasientar. Omfang av rapportering blir avtalt mellom leiar for RiB og den enkelte kommune sin kontaktperson. Normalt vil det rapporterast kvart halvår. Anna kan avtalast med heimkommune.

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
|  | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Avtale om vertskommunesamarbeid Vik Kommune  | Side 9 |
| | | | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 4 - Framleige eller vidareformidling av plass

- a) Framleige: deltakarkommunane har krav på å få vurdert sin plass for pasientar frå eigen kommune. Dersom det ikkje er pasientar frå eigen kommune som fyller kriteriet for innlegging i institusjonen, kan ledig plass framleigast til ein annan deltakarkommune, eller til ein ny kommune, etter nærare avtale. Dersom ein deltakarkommune ikkje belegg sin plass, er det aktuell deltakarkommune som er økonomisk ansvarleg for denne plassen.
- b) Ikkje deltakarkommune som leigar plass, kan stille med representant til fagråd, men har ikkje stemmerett.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | | Avtale om vertskommunesamarbeid | Side 10 |
| | Eigar av avtale som vert for samarbeid Jarle Landås Rådmann Sign. | Vik Kommune  Rådmann 6891 Vik i Sogn | Dato: 29.10.2015 |
| | | | Endra dato: |

Vedlegg 5 – Kontaktpersonar i kommunane

Vedlegg 5 blir oppdatert fortløpande ved endring av kontaktpersonar i kommunane.

Vertskommune:

Rådmann Radøy

Jarle Landås

Mob. 40228215

Email jarle.landas@radoy.kommune.no

Kommunalsjef Helse og Omsorg

Johan Fredrik Bøschen Sandal

Mob. 95236496

Email johan.sandal@radoy.kommune.no

Tenesteleiar RiB

Vibeke Angelskår Erstad

Mob 92224599

Email vibeke.angelskar.erstad@radoy.kommune.no

Konst. Vidar Berge 47236079

vidar.berge@radoy.kommune.no

Åshild Reigstad Aalvik 90204459

aashild.reigstad.aalvik@radoy.kommune.no

Kommuneoverlege

Grethe Fosse

Mob. 90550127

Email grethe.fosse@radoy.kommune.no

Tilsynslege

Kari Færøy

Mob. 90154943

Email kari.faeroy@radoy.kommune.no

Samarbeidskommune:

Avtale ansvarleg

Kontaktpersoner

Arkiv: <arkivID><jplID> FA-U62
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 02.11.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|---------|---------------------------|------------|
| 034/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |

Søknad om å etablere vinmonopol på Lindås Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Alver kommune sender ein førespurnad til AS Vinmonopolet om etablering av vinmonopol på Lindås.

Politisk handsaming

Saka skal til uttale i utval for helse og omsorg 09.11.21

Saka skal til innstilling i formannskapet 11.11.21

Saka skal avgjerast i kommunestyret 25.11.21

Bakgrunn

Lindås Senterbygg AS har sendt ein førespurnad om kommunen kan bidra i arbeidet med å etablere eit vinmonopol på Lindås. Det er kommunen som i første omgang må sende ein formell førespurnad til Vinmonopolet om etablering av nye vinmonopol. Denne saka skal avgjere om kommunen skal sende ein slik førespurnad eller ikkje.

Saksopplysningar:

Vinmonopolet vil ved utgangen av 2021 ha om lag 240 butikkar i landet, og Alver kommune har to av desse utsala, i Knarvik og på Manger. Lindås Senterbygg AS har sendt ein førespurnad til kommunen om å etablere vinmonopol på Lindås. Dei fortel at det er stor etterspurnad frå lokalbefolkning og at dei ønskjer å samarbeide med kommunen om ei slik etablering.

Vinmonopolet har etablert eigne prosedyrer for opning av nye vinmonopol. Prosessen startar i kommunen, som først gjer eit politisk vedtak om kommunen ønskjer å søkje om nye polutsal. Ved positivt vedtak sender kommunen ein førespurnad til Vinmonopolet. Når Vinmonopolet mottar førespurnad blir kommunen aktiv og Vinmonopolet gjennomfører ei djupare analyse av kommunen. Analyza vurderer ulike forhold som kan påverke venta sal i kommunen. Det er venta sal som avgjer om det er grunnlag for etablering, og kva butikk-kategori som er aktuell. Analyza baserer seg på fem nøkkelfaktorar:

- Kjøpekraft
- Busetting
- Avstand til næraste vinmonopol
- Tettstad/handlesentrum
- Ad hoc-faktorar (Turisme, hytter, nærleik til hovudfartsåre, grensehandel, ferjetrafikk m.m)

Alle aktive kommunar er med i Vinmonopolet si årlege vurdering av nye butikkar. Styret i Vinmonopolet vedtar kvar haust nye butikketableringar for neste år. Etter styrevedtaket søkjer Vinmonopolet om salsløyve i kommunen. Vinmonopolet søkjer etter eigna lokale for utsal, det blir annonsert gjennom lokal presse. Vinmonopolet legg vekt på at lokale er i nærleiken av anna handel, gode parkeringsforhold, alt på eitt plan og løysing for varelevering. Det er til slutt kommunen som godkjenner lokale som Vinmonopolet har valt ut. I dei

fleste tilfelle opnar butikkane frå 6 – 12 månader etter at vedtak om butikketablering er fatta.

Vurdering:

Lindås er definert som eit lokalsenter i Alver kommune, og er særleg viktig for dei som bur i den nordre delen av kommunen. I moglegheitsstudien for lokal- og nærsenter, gjennomført våren 2021, er eit lokalsenter definert som eit senter med ulike funksjonar, handel og tenester, idrett- og kulturtilbod som er dimensjonert for eit større lokalområde i kommunen. Eit lokalsenter kan innehalde meir enn 3000 m2 bruksareal for detaljhandel og har fleire funksjonar enn eit nærsenter.

For å bygge opp eit attraktivt senter, er det viktig å ha eit breitt tilbod for dei som bur i og rundt senteret. Senteret på Lindås er i ein utviklingsprosess og har kommunisert tydeleg at dei ønskjer å få på plass ulike tilbod, slik at senteret og området blir meir attraktivt. I september 2021 blei det etablert apotek på Lindås, eit tilbod som lenge har vore etterlengta.

Vinmonopolet sitt samfunnsoppdrag er å sikre ansvarleg sal av alkohol, og gjennom denne rolla skal dei aktivt jobbe for å avgrense skadeverknader av alkohol. Alver har i dag vinmonopol i Knarvik og på Manger. Lindås senter ligg i ein annan del av kommunen og det kan derfor vere naturleg å plassere eit vinmonopol i dette området. Eit vinmonopol kan vere med på å løfte attraktiviteten, ettersom det blir eit breiare tilbod til innbyggjarane som bur i denne delen av kommunen. I tillegg kan eit vinmonopol vere med på å byggje opp under Lindås si rolle som eit lokalsenter for eit større område i kommunen. Om det er aktuelt å plassere eit vinmonopol på Lindås, vil kome fram av Vinmonopolet si eiga analyse av kommunen.

Rådmannen rår til at Alver kommune sender ein førespurnad til Vinmonopolet om etablering av vinmonopol på Lindås.

Vedlegg i saken:

02.11.2021 Vedlegg_Lindås Senterbygg AS

1634826

Hogne Haugsdal

Fra: Hogne Haugsdal
Sendt: mandag 1. november 2021 12:15
Til: Hogne Haugsdal
Emne: VS: Lindås Senter, etablering av Vinmonopol

Fra: Ina Larsen Lundekvam <ina@montem.no>
Sendt: torsdag 7. oktober 2021 09:37
Til: Postmottak Alver <post@alver.kommune.no>
Emne: Lindås Senter, etablering av Vinmonopol

Hei!

Lindås Senter ønsker å søke kommunen om hjelp til å etablere Vinmonopol på Lindås. Vi opplever en stor etterspørsel fra lokalbefolkningen om dette, og det er noe vi ønsker å samarbeide med kommunen om å få til, dersom det er ønskelig. Slik jeg har forstått så må Lindås Senter søke til kommunen først, før kommunen tar dette videre og søker til Vinmonopolet direkte om å få etablere pol.

Vet dere hvem jeg kan snakke med om dette, og hvor jeg eventuelt kan sende denne henvendelsen/søknaden?

På forhånd takk for hjelpen ☺

Med vennlig hilsen

For Lindås Senterbygg AS

Ina Lundekvam
Mail: ina@montem.no
Tlf. [+47 984 19 494](tel:+4798419494)

MONTEM

Arkiv: <arkivID><jpid> FE-033
JournalpostID:
Sakshandsamar:
Dato: 26.10.2021

Saksframlegg

| Saksnr. | Utval | Møtedato |
|---------|---------------------------|------------|
| 035/21 | Utval for helse og omsorg | 09.11.2021 |

Meldingar til utval for helse og omsorg 09.11.2021

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Meldingar vert tekne til orientering.

Politisk handsaming

Saka skal avgjerast i utval for helse og omsorg.

Saksopplysningar:

Det vert lagt fram følgjande meldingar og orienteringar:

1. Prosjektstilling til HO-prosjekt og auka legeressurs – v/Leni Dale-kommunalsjef
2. Rutinar for oppfølging av born med funksjonsnedsetting – v/Kari Hesjedal-avdelingsleiar Forvaltningskontoret
3. Prosjekt Leiing, kvalitetsforbetring og ressurseffektiv drift – v/Helge Kvam-fagleiar helse og omsorg adm.
4. Økonomisk sosialhjelp og rettleiing – v/Susanne Gjelsvik-avdelingsleiar NAV
5. Status helse og omsorg vedk. rekruttering og sjukefråver – v/Leni Dale-kommunalsjef