

## Høyringsuttale frå Alver kommune

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høyring NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

Høyringsfristen er 16.12.2019

NOU 2019: 14 med lovforslag har blitt drøfta tverrfagleg på leiarnivå i Alver kommune (Frå 1.1.2020 er Lindås, Meland og Radøy slått saman til Alver kommune).

Det følgjande er høyringsuttale frå Alver kommune:

## Innhald

Høyringsuttale frå Alver kommune .....	1
1. Oppsummering .....	2
2. Prosess .....	3
3. Utvalet si samansetning .....	3
4. Omfang .....	3
5. Lovens saklege virkeområde og kommunen sitt ansvar .....	4
6. Loven sitt formål .....	5
7. Omgrep og ordlyd .....	6
8. Helsedirektoratet sine faglege anbefalingar, og psykiatrisk fagkompetanse .....	7
9. Kva med krav om fagleg forsvarlegheit? .....	8
10. Lovens kort-namn .....	9
11. Samansetting av nemndene .....	9
12. Oppgåveoverføring til kommunane og andre økonomiske konsekvensar .....	10
13. Kunnskapsgrunnlaget .....	10
14. Å overhalde ei lov kan føre til brot på anna lov .....	11
15. Vald og truslar mot tilsette .....	11
16. Høgt sjukefråvere .....	12
17. Administrative og økonomiske konsekvensar .....	13
18. Vurdering .....	13

## 1. Oppsummering

Alver kommune meiner at NOU 2019:14 ikkje gjev Helse- og omsorgsdepartementet eit godt nok grunnlag for å foreslå ei ny lov som skal regulere behandling med tvang.

Dersom gjeldande lovgjeving skal erstattast, må departementet utarbeide eit reelt alternativ til utvalet sitt forslag, basert på gjeldande lovverk og ei utfylling av dette. Eit lovverk må byggje på anerkjent kunnskap på det fagområdet der loven skal regulere tiltak. Praktisk erfaring med dagens lovverk i kommunane og i psykiatriske sjukehus (inkludert akutt- og sikkerheitspsykiatri) må blir tillagt stor vekt.

- NOU-en gjev ikkje tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag for eit lovforslag: Kommunane sin kunnskap og erfaring er ikkje tatt med, forskning på feltet er ikkje gjort greie for med tilstrekkeleg kvalitet, og nasjonale faglege retningslinjer utarbeidd gjennom mange år og med tung fagleg medverknad, er sett til side. Kunnskapen innan psykiatrifeltet, særleg for dei pasientgruppene der tvang er aktuelt, er ignorert og til tider og underkjent i utgreiinga.
- Risiko for feil lovanvendning er høg, både på systemnivå og for det einskilde helsepersonell. Omsynet til andre lover gjer at helsepersonell og verksemder kan bli sett i situasjonar der dei må velje kva lov som skal brytast.
- Lovforslaget legg grunnlag for oppgåveoverføring til kommunane frå spesialisthelsetenesta, og legg med dette til rette for utskriving til kommunane av fleire ressurs- og kompetansekreivjande pasientgrupper.
- NOU-en sine vurderingar av økonomiske og administrative konsekvensar er mangelfulle og prega av ei førestilling om at redusert bruk av tvang vil føre til redusert ressursbruk. Dette er det ikkje grunnlag for å hevde.
- Basert på erfaring frå innføring av dagens lovverk, er det svært sannsynleg at innføringa av ei heilt ny lov vil føre til at det går mange år før denne er forstått og brukt riktig av dei som står nærmast brukarane. I denne perioden vil det vere fare for at bruken av ikkje-lovfesta tvang kan auke. Dette er sjølvst i strid med intensjonen i lovutkastet.
- Det er risiko for at dei som faktisk er best tent med behandling under tvang, mister denne mogelegheita til nødvendig helsehjelp.
- Ei ny felles lov vil i stor grad påverke det daglege arbeidet i helse- og omsorgstenesta i kommunen. Utvalet har bagatellisert ulempene ved å kaste om på eit lovverk som dei fleste av kommunen sitt helse- og omsorgspersonell kjenner godt etter omfattande opplæring og praktisk bruk i det daglege arbeidet.
- Det er naudsynt med fokus på rett bruk av tvang.
- Det er naudsynt med evaluering av endringa som vart gjort i psykisk helsevernlova i 2017 før nye endringar blir sett i verk.

## 2. Prosess

Ifølge «Veileder til utredningsinstruksen», skal høyring nyttas «som et virkemiddel for at innbyggere, organisasjoner og næringsliv skal få si sin mening om ulike forslag til forvaltningen, men også for at de skal få anledning til å føre kontroll med hva forvaltningen gjør, og med hvordan den utfører oppgavene sine.» <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utredninger/Veileder-til-utredningsinstruksen.pdf>

Lovforslaget vart sendt på høyring 20. juni, som er ein periode med avvikling av ferie for alle kommunar. Høyringsfristen er 16. desember 2019. I september var det val i alle norske kommunar, og dei nye kommunestyra konstituerte seg i oktober. Det vil vere mange nye politikarar som ikkje er kjent med gjeldande lovgiving innanfor helse. Administrasjonen og fagfolka i kommunane må gjere eit grundig arbeid for å sikre eit tilstrekkeleg grunnlag for dei nye kommunestyra (Krav om forsvarleg saksbehandling). I tillegg er mange norske kommunar i gang med siste innspurt før kommunesamanslåing. Dei eksisterande kommunestyra har hatt sine siste møter, og dei nye kommunestyra er i ferd med å bli konstituert, og det blir ei rekkje nye kommunar frå 1.1.2020. Dei aller fleste kommunane som skal danne nye kommunar, har sine administrative og faglege ressursar bunde opp til prosessar knytt til samanslåing. Ein del av desse er svært ressurskrevjande, og må prioriterast for å sikre liv og helse. Eit eksempel er endringar som følgje av overgang til felles elektronisk journalsystem, med opplæring og kvalitetssikring.

Pga. av dei nemnte tilhøva er høyringsfristen for kort. Kommunane blir ikkje gitt anledning til i tilstrekkeleg grad å få seie si meining om lovforslaget, som etter alt å dømmе vil få store konsekvensar for tenesteutøving og økonomi i kommunane, og for samhandling med spesialisthelsetenesta.

## 3. Utvalet si samansetning

Utvalet har bestått av 14 medlemmer, der ein psykiater frå ein DPS (Nordfjord) er einaste lege. Ingen psykiater frå psykiatriske klinikkar på større sjukehus/ universitetssjukehus har deltatt i utvalet, og ingen som representerer akuttpsykiatri eller norsk sikkerheitspsykiatri. Kommunane har berre vore representert med eitt medlem; ein rådmann frå ein liten kommune. Det har ikkje vore kommuneoverlege i utvalet, altså det leddet i kommunar og i helsetenesta som skal bidra til faglege og organisatoriske vurderingar på svært mange av dei områda som blir påverka av lovforslaget. Det er og kritikkverdige at det ikkje har vore fastlege i utvalet, sidan fastlegar har god kjennskap til alle fire typar problemstillingar frå eit kommunalt perspektiv. Ei heller har fagpersonar for utøvande tenester i kommunar deltatt. Samansettinga av utvalet har openbart påverka moglegheitene for utvalet til å sette seg inn og vurdere kunnskap og praksis på dei områda dei har foreslått endringar innanfor.

Det hadde vore interessant å vite på kva grunnlag deltakarane til utvalet vart plukka ut. Det er no grunn til å tro at utvalet har vore samansett på ein måte som ikkje gjer det eigna til å gje gode nok svar på problemstillinga om rett bruk av tvang for fleire pasientgrupper på fleire arenaer.

## 4. Omfang

NOU-en er omstendelig og innfløkt skriven. 800 sider er så omfattande at folk flest ikkje har moglegheit til å lese alt. Det er eit demokratisk problem både for dei som vert omfatta av lova og dei som skal utøve tenester i samsvar med den.

## 5. Lovens saklege virkeområde og kommunen sitt ansvar

I kap. 16.2.3.1.1 om det saklege virkeområde til loven står det: «Utvalget er opptatt av at det nye regelverket må legge forholdene til rette for en bedre samhandling mellom tjenestene, også på tvers av forvaltningsnivåer. Utvalget har kommet til at dette best kan fremmes gjennom en felles lov.» Lovutkastet har derfor felles materielle og prosessuelle reglar om tvang, reglar som skal nyttast både av kommunen og spesialisthelsetenesta. Derimot omtaler og klargjer lovutkastet i liten grad korleis den personelle kompetansen til nivåa (ansvaret til kommunen og spesialisthelsetenesta) er regulert. Er den personelle kompetansen også i ein viss grad meint å vere arenanøytral? Sagt på ein annan måte – skal spesialisthelsetenesta kunne gjere vedtak som bind kommunen og må gjennomførast i og av kommunen?

Sjå lovutkastet § 5-10 som eksempel. Slik bestemmelsen er formulert i lovutkastet, opnar den for at spesialisthelsetenesta kan fatte vedtak med bindande verknad som så må gjennomførast i kommunen med omdisponering av kommunale ressursar. Ein legg merke til at § 5-10 manglar eigne særmerknadar i lovutkastet. Kvifor? Sjå og § 1-7. Går dei særlege reglane om ansvar for tvangstiltak i tvangsbegrensingsloven framfor ansvarsbestemmelser i lovene nemnt i §1-7?

Lovutkastet § 9-1 omtalar kommunens vedtakskompetanse etter lova. Det er uklart kva avgjerder om tvang som krev vedtak, men det kan virke som berre kap. 4 (nød) er unntatt, med nokon unntak, jf. §4-10? Vedtakskompetanse er knytt til formålet med tvangen- at det er tale om pleie og omsorgsformål. I særmerknadane til § 9-1 står det at vedtakskompetanse for tvang til pleie- og omsorgsformål er plassert i kommunen, og då på det nivå som har middel til å omdisponere ressursar. Men kva gjeld for tvangstiltak med helseformål (det som fell utanfor pleie- og omsorgsformålet). Vidare står det i særmerknadane at tvangsinnlegging og tvungen tilbakehald i sjukeheim skal fattast av kommunen (når det er pleie- og omsorgsformål). Men kva gjeld dersom tvangsinnlegging og tilbakehald har eit helseformål (når ein er utanfor pleie- og omsorgsformål)? Vidare står det i §9-1 3. ledd « Ansvarlig for å treffe vedtak på andre områder er personell som er kvalifisert til å være faglig ansvarlig for tiltaket, og som er utpekt av verksemda til å ha et vedtaksansvar.» Kva «andre områder» siktes det til her på kommunalt nivå? Særmerknadene til § 9-1 gjev ikkje tilstrekkeleg rettleiing ved fortolking av denne bestemmelsen. Kva som er kommunen sitt ansvar og kva som er spesialisthelsetenesta sitt ansvar er i for liten grad kommentert eller problematisert frå utvalet si side, sett i lys av at ein foreslår ein felles lov med eit felles sett av reglar og vilkår for bruk av tvang, som to ulike nivå i helse- og omsorgstenestene skal nytte.

Ved gjennomgang av lovutkastet er det svært vanskeleg å få klart og tydeleg tak på når kommunen har personell kompetanse ( ansvar) og når kommunen ikkje har det. Bestemmelsen om ansvar er plassert midt i lovutkastet, i kap. 9. For kommunen sin del er vedtaksmyndigheiten gjort avhengig av formålet med tvangsbruken – at det er pleie og omsorgsformål eller «andre formål». I tillegg må vilkåra i dei enkelte bestemmelsene vere oppfylt. Kva som utvalet meiner med «pleie og omsorgsformål» er ikkje forklart. Pleie- og omsorgsformål er ikkje definert i bestemmelsen med legaldefinisjonar i § 1-4. I dagens helse- og omsorgstjenestelov blir omgrepet "helse og omsorg", og ikkje "pleie og omsorg" nytta. I dagens lov om pasient -og brukerrettigheter kap. .4 a blir omgrepet "helsehjelp" nytta. Kvifor skal ikkje kommunen kunne nytte tvang til helseformål? Skal det vere ulovleg å nytte tvang i kommunen til helseformål, eller er det andre enn kommunen som skal vurdere og avgjere bruk av tvang til helseformål i kommunen?

Ved lesing av kap. 2- 8 må kommunen for kvar bestemmelse fortolke og ta stilling til om tvangen har et pleie -og omsorgsformål, «andre formål» eller ingen av delane, for å kunne avgjere om regelen kan nyttast eller ikkje, og dernest om vilkåra i regelen er oppfylt.

Lovutkastet skaper stor usikkerheit om når kommunen har personell kompetanse (ansvar) til å anvende reglane i kap. 2-8 og når kommunen ikkje har det. At ein må fortolke ansvaret på bakgrunn av formålsbetraktningar innanfor eit så viktig tema som tvang, er ikkje ei god løysning. I dagens lovverk er det ingen tvil om kva bestemmelser kommunen kan anvende, gitt at vilkåra er oppfylt. I det nye lovutkastet kjem det tilleggsmomentet at kommunen og må gjere ei formålsbetraktning for å ta stilling til om regelen kan nyttast. Fråværet av tydelegheit knytt til kommunen sitt ansvar opnar for betydeleg tvil om ansvar og gjev eit stor behov for fortolkingar om kva reglar kommunen kan nytte i ulike situasjonar. Fråværet av tydelegheit i personell kompetanses (nivåa sine ansvar) i lovutkastet er ein utfordring for brukarar og pasientar sin rettssikkerheit. Det er svært viktig at kommunen i første instans er trygg på kva som er rett bruk av reglar om tvang. Det hjelper ikkje å bygge ut eit apparat for overprøving av kommunen i andre instansen. Tvangen er jo allereie skjedd når andreinstansen gjer si overprøving.

Er dei fire tvangsområda like nok til at det er hensiktsmessig å lage eit felles lovverk? Intensjonen her har vore god, men klarer ein med dette produktet å levere det ein treng i praksis? Forma på lovteksten kan føre til at den enkelte verksemd eller utøver sjølv må lage «flytskjema» eller liknande for å greie å holde tråden i alle krysshensvingane. Dette utgjer sjølv sagt ein stor risiko for feil, samtidig som hele hensikta med å samle bestemmelsene i eitt lovverk faller. I staden for eit kvalitetssikra sett med lover, vil vi kunne ende opp med heimelaga «instruksar» på kvar tenestestad.

## 6. Loven sitt formål

Loven sitt formål er utgangspunktet for å forstå og nytte ein lov. Dette lovutkastet gjev grunn til å spørje om førebygging og avgrensing av bruk av tvang overstyrer kravet om fagleg forsvarlege tenester. Skal ein unnlate å nytte tvang, sjølv når det fører til dårlegare helse og er til skade for pasienten (og ofte samstundes for pårørande og samfunnet)? Kva om pasienten har reservert seg mot bruk av antipsykotika 10 år fram i tid, som loven opnar for, og han/ho kunne ha fått eit betre liv dersom behandling med antipsykotika vart gitt? Skal ein krevje at pasientar med psykoselidingar skal har meir kunnskap om aktuelle medikament enn det psykiateren har, og skal ein psykisk sjuk pasient måtte kunne meir om medikament enn det ein hjartepasient treng å kunne om aktuelle medikament for sin sjukdom?

### «§ 1-1 Lovens formål

Formålet med loven er særlig 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.»

Denne nye loven skal erstatte «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)», som skal bli oppheva. Den har som formål å «sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer **på en forsvarlig måte** og i samsvar med menneskerettighetene og

grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.»

Formålet om å forebygge og begrense bruken av tvang og omsynet til sjølvbestemming, menneskerettar m.m er dei same. Namnet på den gamle lova seier klårt frå at dette er ei lov som skal regulere etablering og gjennomføring av behandling, mens den nye loven har eit namn som seier oss at det primære er å begrense og unngå tvang. Samstundes set både den gamle og den nye loven krav til forsvarlegheit. Det er god dokumentasjon for at det ikkje sjeldan er fagleg og etisk uforsvarleg å ikkje nytte tvang.

Den lova som no er føreslått har ein tittel som fører til at ein kan lese pkt 2 og 5 i formålsparagrafen som at helseskade skal forhindrast ved å ikkje bruke tvang, og at det er fagleg og etisk meir forsvarlege å ikkje bruke tvang enn å bruke tvang. Helsedirektoratet sitt rundskriv til gjeldande lov «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» seier: «Kravet om at helsehjelpen så langt mulig skal være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, markerer frivillighetsprinsippet og at bruk av tvang alltid skal være en subsidiær løsning. Det må dermed lages individuelt tilpassede løsninger for hver enkelt pasient.» Ein kan stille spørsmål om den nye lova i stor grad vil detaljstyre mogelegheit for behandlingsformer (inkludert spesifikke medikamenttypar) og dermed ignorerer at kvar pasient treng eit individuelt tilpassa behandlingsopplegg, tufta på medisinskfagleg kunnskap. Dette individuelle omsynet tilseier nokon gonger behandling med antipsykotika utan at pasienten samtykker til det.

Dersom namnet på lova heller hadde vore «tvangskvalitetsloven», ville det vere lettare å sjå at lovgjevar ser at vesentleg helseskade kan bli unngått nokon gonger ved meir bruk av tvang, og andre gongar ved å ikkje bruke tvang, og at dette er individuelt. Kravet til fagleg og etisk forsvarlegheit heng og betre saman med omgrepet «tvangskvalitetsloven» enn «tvangsbegrensingsloven».

## 7. Omgrep og ordlyd

Ordlyden i lovforslaget er uklårt, og omgrepa opnar for ulik tolking.

Som eksempel på uklår ordlyd er:

1. Tenestemottakar: I lovteksten nyttast «vedkommende», «pasient», «person», «bruker», «han eller henne».
2. Tenesteytar: Både «helsepersonell», «vedtaksansvarlig» og «ansatt» er eksempel på omgrep som nyttas om tenesteytar.
3. «Nedtegnes»: I lovteksten nyttast både «nedtegnes» og «dokumenteres».
4. «Psykiske helseproblemer»: I lovteksten nyttas både «psykiske helseproblemer» og «psykiske lidelser» I pasient- og brukerrettighetsloven nyttas omgrepet «psykisk lidelse».

Omgrepet «psykisk lidelse» gjev meir informasjon fordi det blir eit skilje mellom det å ha eit «problem» og det å ha ein sjukdom.

5. «Rusproblemer»: I teksten nyttas både «rusproblemer» og «rusmiddelavhengighet». Bruken verkar å vere tilfeldig.
6. «Særlig»: Begrepet nytta i ei rekke paragrafer og i ulike samanhengar, bl.a. som «særlig inngripende». Kva skil «særlig inngripende» frå «inngripende»?
7. «Sterkt»: Omgrepet blir nytta i mange samanhengar, som til dømes «sterkt behov», «sterkt nødvendig» og «sterkt sosialt fornedrende». Kva legg utvalet i «sterkt»?
8. «Sannsynlig»: Omgrepet blir nytta i samanhengar som «overveiende sannsynlig», «klart sannsynlig» og «sannsynlig». Bruken er ikkje konsekvent. Er «klart sannsynlig» meir sannsynleg enn «overveiende sannsynlig»/»sannsynlighetsovervekt»?
9. «Vesentlig»: I ulike samanhengar i lovteksten les ein om tilhøve som er «vesentlig». Det er usikkert kva dette betyr.
10. «Åpenbar»/«åpenbart»: Kva meiner ein med omgrepet?
11. Videre kan ein lese om «omfattende orienteringssvikt» i § 4-1. Kva er dette?
12. I § 1-3 finn ein ombegrepet «formuleringsvansker». Kva ligg i dette omgrepet?
13. «Kommunelege»: I psykisk helsevernloven blir i dag «kommunelege» nytta. Dette er eit gammalt omgrep frå før fastlegeordninga tok til å gjede. Då hadde ein Kommunelege I og kommunelege II i kommunane. Etter fastlegeordninga har stadig fleire kommunar tilsett fastlønna fastlegar, og desse blir ofte kalla «kommunelege». Bruk av omgrepet «kommuneoverlege» er avtalefesta mellom KS og Legeforeningen (SFS 2305), og bør nyttas ved fornying av lovtekster.
14. «Kommuneoverlege» bør også nemnes i pkt. 4 under §1-4. Omgrepet «enheter» bør fjernast i dette punktet

## 8. Helsedirektoratet sine faglege anbefalingar, og psykiatrisk fagkompetanse

Psykisk helsevernlova som no er foreslått oppheva, er blitt utvikla gjennom mange år i eit samspel med utviklinga i faget psykiatri. Ved å forkaste lov om psykisk helsevern, tar ein bort ei lov som gjev detaljert skildring av korleis dei ulike aktørane skal gjennomføre frivillig og tvungen psykisk helsevern. Lov om psykisk helsevern gjev pasientane rettar, samstundes som den stiller tydelege krav til helsepersonell. Lovteksten som er utarbeidd over mange tiår, tek i vare pasientane, dei pårørande og helsepersonellet sine behov for streng regulering og detaljstyring i gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.

Både i NOU-en og lovutkastet blir all bruk av tvang framstilt som «eit onde». I NOU-en er det ei negativ haldning til bruk av antipsykotika og det blir stilt tvil ved innhaldet i «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser» som er utarbeidd av Helsedirektoratet som er Helse- og omsorgsdepartementet sitt fagorgan. «Nasjonale faglige retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering. Anbefalingene er relatert til pasienter og befolkning. Temaer kan være relatert til forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering og/eller organisering.

Hensikten er å:

- hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- sikre riktige prioriteringer i tjenesten
- løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp

Helsedirektoratet har et lovfestet mandat til å utgi nasjonale faglige retningslinjer. Stor faglig uenighet innen et fagområde **krever omfattende utredning** og involvering av eksterne bidragsyttere. Utredningen tar utgangspunkt i det metodiske rammeverket Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, Helsedirektoratet 2012.» Der kan vi lese at «Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådene og anbefalingene som gis, skal være konkrete, de skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger og de skal bidra til å redusere uønsket variasjon samt **fremme god kvalitet** i helse- og omsorgstjenestene.»

Den faglege representasjonen i utvalet har truleg vore for svak. Det kan sjåast mellom anna i vegringa mot å nytte omgrepet «pasient», og «psykisk sjukdom». Når rettane til ei pasientgruppe med psykisk sjukdom skal ivaretakast av ei lov som korkje anerkjenner at dei er pasientar (men «personar») eller at dei har sjukdom, skapar det usikkerheit for pasientar som hittil har fått helsehjelp innan psykisk helsevern etter gjeldande lov.

Utvalet tar utgangspunkt i nullvisjon for tvangsbruk. Erfaring tilseier at i nokre tilfelle er tvang ikkje til å unngå. I Norge er det dokumentert store ulikheiter i bruk av tvang, noko som gjev skilnad i kvalitet og pasienttryggleik. Fokus bør derfor setjast på uønskt variasjon, og uønskt bruk av tvang. Korleis kan ein sikre «rett bruk av tvang»? Vi treng ei utgreiing om tvang og kvalitet.

Dersom lovendringa reduserer moglegheita til å anvende tvang for å sette i verk og halde ved like behandling, også i situasjonar der bruk av tvang er den einaste eller beste løysninga for å ivareta pasienten si helse, vil det kunne skape umoglege situasjonar for helsearbeidarar som har eit lovpålagt og etisk ansvar for å ivareta pasienten.

Så er det slik at sjølv om behandling med tvang ikkje er ønskjeleg, vil det likevel i nokon tilfelle kunne vere den beste løysning for ein pasient som faktisk treng behandling, men der sjukdomen i seg sjølv er årsaka til at pasienten nektar å oppsøkje eller ta imot behandling.

## 9. Kva med krav om fagleg forsvarlegheit?

Det er krav til fagleg forsvarlegheit fleire plassar i helselovgivinga, og helsepersonellova § 4 gjev alt helsepersonell eit individuelt ansvar. Mange kan ønskje seg nærare definisjon av kva oppgåver som skal utførast og korleis, men lovgjevar har hittil tatt innover seg at det er ei stadig utvikling i medisinsk diagnostikk og behandling, pleie og omsorg. Kravet om fagleg forsvarleg verksemd og utøving peiker på nødvendigheita av at verksemd, leiarar og det enkelte helsepersonell held seg fagleg oppdatert og baserer si verksemd/utøving på oppdatert kunnskap på feltet, og søkjer å jobbe etter ein høg fagleg standard og «state of the art».

Dette lovutkastet går langt i å definere kva medisinsk behandling som er lovleg og kva behandling som ikkje er lovleg. Eksempelvis gjev lovforslaget detaljerte instruksar om korleis antipsykotika og ECT kan og ikkje kan nyttast, og kva medikament som kan bli gitt i andre samanhengar.



Forslaga til dei lovpålagte behandlingane er ikkje i tråd med gjeldande kunnskap på feltet, eller utviklinga innan medisin generelt. Det er ei rask utvikling av individualisert medisin, for eksempel innan kreftbehandling. Det er ei aukande forståing for at sjukdomar kan ha individuelle årsaker på molekylært nivå, som ein no etter kvart vil kunne identifisere. Kvar pasient har altså «sin» sjukdom. Overført til lovens områder kan dette bli forstått som at medikament vil verke forskjellig hos forskjellige personar ut frå deira til dels unike biologi. Sjølv når ein anerkjenner at ikkje alle sjukdomar/tilstander i seg sjølv utelukkande har ei biologisk forklaring, må ein ta innover seg at alle menneske har ein biologi.

Denne nye forståinga av individuelle forskjellar, utfordrar metodane ein vanlegvis bruker til å dokumentere effekt av behandling, samt sjukdomsklassifisering og diagnosesystem, fordi pasientane då ikkje kan bli delt inn i grupper på same måte som tidlegare. Det er god grunn til å tru at det vil vere individuelle forskjellar i nytten av ulike behandlingsformer for ulike enkeltpasientar også innan psykiatri. Dette finst det og belegg for i forskning og i klinisk praksis. Å lovfeste behandling og ikkje-behandling på detaljnivå, vil kunne tvinge helsepersonell til enten å bryte lovkrav om å gje fagleg forsvarlege tenester, eller å bryte denne lova som no er føreslått.

Hadde vi akseptert ei lov som legg føringar for kva medikament ein skal nytte ved hjartesyjukdom og kva medikament som er ulovleg å bruke? Kva om vi hadde hatt ei lov som slo fast at behandling av magesår med antibiotika var ulovleg den gongen fagkunnskapen tilsa at kirurgi var den beste behandlinga? I løpet av kort tid vart magesårbakterien (*Helicobacter Pylori*) oppdaga, og standardbehandlinga av magesår vart raskt endra, til glede og nytte for mange pasientar.

Kvifor skal ikkje pasientar med psykiske lidningar få nytte av framsteg innan diagnostikk og behandling, men behandlarar skal bli hindra av ein lov som går langt i å underkjenne medisinsk fagkunnskap, og ei regulering i lov som ikkje kan følgje utviklinga i faga raskt nok?

## 10. Lovens kort-namn

«Lov om begrensning av bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten» har fått kortnamnet «tvangsbegrensingsloven» og nemndene som skal sikre pasientrettigheter/menneskerettigheter har fått namnet «tvangsbegrensingsnemnder». Likevel skal loven og regulere **bruk** av tvang, og det finst ingen haldepunkt i forskning eller praksis for at tvang alltid er eit onde. Hensikta med loven må vere å sikre **rett bruk av tvang**; på rett måte, til rett pasient, og med riktig indikasjon, og samtidig redusere unødig tvang og unngå feil bruk av tvang. Eit meir hensiktsmessig kortnamn vil kunne vere «tvangskvalitetsloven», «tvangsbruksloven» eller «tvangsreguleringsloven». Nemndene bør tilsvarande kunne kallas «tvangskvalitetsnemnder» eller liknande. Det vil imidlertid stille krav til høgare kvalitet på sjølve lova.

## 11. Samansetting av nemndene

«§ 10-4 Tvangsbegrensingsnemndenes uavhengighet og sammensetning

Tvangsbegrensingsnemndene er faglig uavhengige organer. Den enkelte tvangsbegrensingsnemnd skal bestå av tre medlemmer, med personlege varamedlemmer:

1. leder: jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer,
2. lege
3. person som selv har vært underlagt tvang i helse- og omsorgstjenesten, eventuelt nærstående til en person som nevnt, eller et medlem som har representert pasientinteresser i stilling eller verv.»

Det vert stilt krav til kompetansen til juristen og erfaring en «person», mens ein ikkje stiller spesifikke krav til kompetansen til legen som skal sitje i nemndene. Det vil vere behov for medisinsk fagkompetanse på det området der tvangen skal vurderast. Det vil ofte vere psykiatri, og ein psykiater med spesialkompetanse innan akuttpsykiatri, psykoselidingar og rettspsykiatri, bør vere med i ei nemnd som skal vurdere om rett behandling blir gitt til pasientar med alvorlege psykiske lidningar. Lege med spesialkunnskap på dei andre områda må nyttast der bruk av tvang for pasientar frå lovens andre verkeområde skal vurderast.

## 12. Oppgåveoverføring til kommunane og andre økonomiske konsekvensar

Lovforslaget legg grunnlag for oppgåveoverføring til kommunane frå spesialisthelsetenesta.

Sjå «§ 6-17 Arenamessige begrensninger for bruk av tvang i psykisk helsevern»

Lovforslaget legger med dette til rette for utskriving til kommunane av fleire pasientgrupper:

- Dei som hittil har fått nødvendig avvikling av tvang og grenser, og tilvenning til aktivitetar og daglege gjeremål utan kontroll/restriksjonar, kan nå skrivast ut til kommunane mens det framleis er naudsynt med tvang /grenser/kontroll.
- Utskriving til kommunar av pasientar som er for sjuke og for farlege til å kunne nyttiggjere seg behandling i spesialisthelsetenesta, og som i realiteten er for sjuke og ofte for farlege til å bli ivaretatt av kommunale helse- og omsorgstenester.

Så lenge det manglar eit statleg spesialtilbod til dei sjukaste og farlegaste pasientane, vil mange av desse no kunne kome til å bli skrivne ut til kommunane med grunngeving i redusert kapasitet i psykisk helsevern.

Det vert slått fast i NOU-en at « redusert tvangsbruk vil få positive konsekvensar for enkeltindivid og for samfunnet. Det er ikke mulig å talfeste verdien av de samfunnsmessige gevinstene ved redusert tvangsbruk, men utvalget legger til grunn at redusert tvangsbruk på sikt vil kunne føre til innsparing i helse- og omsorgstjenesten, blant annet i form av reduserte skader og reduserte utgifter til helse- og omsorgstjenester.» Dette er rein gjetting. Redusert bruk av tvang kan ha økonomiske, menneskelege og samfunnsmessige kostnader, som ikkje er drøfta i utgreiinga.

## 13. Kunnskapsgrunnlaget

Gjennomgåande er NOU-en full av formuleringar som «utvalget antar» og «utvalget vurderer». Grunnlaget for «antagelsene» og vurderingane er ofte ikkje oppgjeve, og andre gonger blir det vist til eit snevert utval av referansar.

Måten forskning på feltet blir referert og vurdert, fører til bekymring for at vurderingane utvalet gjer generelt er for svakt fundert.

Det ser ut til at utvalet viser til lærebøker medlemmer i utvalet sjølv har skrive, og forskning som støtter opp om same syn, mens annan forskning blir ignorert. Utvalet unnlèt å referere til nyare forskning som kritiserer dei artikkane dei har valt ut som referansar, og det manglar kritisk vurdering av metodar. Mellom anna blir det referert til randomiserte kliniske forsøk, men det ser ikkje ut til at utvalet kjenner til at dette ikkje er eigna metodar når ein skal studere komplekse intervensjonar ved kompliserte tilstander, slik det er tilfelle her.

Lovforslaget vil kunne føre til ei endring i oppgåvefordeling i helsetenestene, og enkeltpasientar sine behandlingstilgjenge vil kunne bli betydeleg endra. Dette blir foreslått før endringa i psykisk helsevernloven frå 2017 er evaluert. Dersom desse endringane som no er foreslått i pasientbehandling var eit forskingsprosjekt, er det tvilsamt om etisk komité ville ha godkjend prosjektet.

Når ein les kapitla som omhandlar medikament, er det openbart at utvalet har vore selektivt når det har vurdert litteraturen. Det blir referert til randomiserte kliniske forsøk (sjå over), og det blir trekt konklusjonar som går vidare enn det er grunnlag for i dei artiklane dei viser til. Dei seier sjølv på side 251: «Utvalget må dermed konkludere med at det ikke har kunnskap om hvordan effekten av tvangsbehandling med antipsykotisk medisin er sammenliknet med frivillig behandling eller ingen behandling.» Likevel konkluderer utvalet med: «Det mest nærliggende er derfor å ta utgangspunkt i de publiserte studiene med frivillige pasienter og så anta at resultatene er svakere for personer som blir tvangsbehandlet.» Denne konklusjonen er oppsiktsvekkende. Det kan sjå ut som dei legg til grunn at pasientar som blir behandla med medikament mot psykose med tvang er lik dei pasientane tar i mot slik behandling frivillig, og at tvang i seg sjølv reduserer effekten av behandlinga. Det er det ikkje haldepunkt for. Eit lovforslag kan ikkje tuftast på gjetting.

Ein klår forskjell mellom pasientgruppene er sjølv sagt: den eine pasientgruppa ønskjer/aksepterer behandling, den andre gruppa motset seg det, og fyller kriterium etter den aktuelle lovgjevinga for å bli behandla med antipsykotika mot si vilje. I den gruppa som blir behandla med tvang ønskjer ein ofte i tillegg å beskytte pasienten mot å bli utøver av vald, overgrep og annan kriminalitet, på grunn av sin sjukdom. Samtidig er målet å beskytte andre personar og samfunnet mot slike uheldige konsekvensar av alvorleg psykisk sjukdom.

NOU-en er i stor grad fokusert på psykiatri. Til tross for dette har utvalet berre hatt ein psykiater som medlem. Det er tvilsamt om det faglege innhaldet i NOU-en representerer oppfatninga i det norske psykiatriske fagmiljøet. Framstillinga av psykiatrien er einseitig. Eit eksempel på dette er som nemnt at NOU-en bruker lærebøker til eige medlemmer som referansar. Samtidig blir forskingsforståelsen (mellom anna om behandling med antipsykotika) til fleire framståande psykiatrar devaluert.

#### 14. Å overhalde ei lov kan føre til brot på anna lov

Dersom denne loven skal gjelde, med dei grensene for fagleg utøving som er gitt, kan helsepersonell bli sett i situasjonar der helsepersonelloven § 4 om fagleg forsvarlegheit blir brote. Det same gjeld for verksemda. Arbeidsmiljølova er sidestilt med helselovene. Korleis kan kommunar og sjukehus sikre at arbeidstakarar ikkje blir utsett for vald og truslar, når sjukare pasientar skal ivareta i kommunane og i sjukehus, med dårlegare moglegheiter for å gje nødvendig behandling?

#### 15. Vald og truslar mot tilsette

Det er grunn til å tru at endring i lover som gjev rammar for det arbeidet som skal utførast, kan få konsekvensar mellom anna for vald mot arbeidstakarar i helse og omsorgstenesta.

Levekårsundersøkingane til Statistisk sentralbyrå (SSB) er den viktigaste kjelda til informasjon om vald, truslar og seksuell trakassering i norsk arbeidsliv. SSB analyse 2018/22: [«Vald, trusler og trakassering i arbeidslivet»](#) viser at kvinner og menn i helseyrker møter mest vald og truslar.

Fafo har gått meir detaljert inn i tala og har gjeve ut ein rapport i november 2019: «Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren» [Fafo-rapport 2019:32](#). Der peiker forskarane på høg førekomst av vald og truslar i utvalet deira. Utvalet er medlemmer av «Fellesorganisasjonen – fagforeningen og profesjonsforbundet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere». Rapporten sin tabell 4.2 viser at vald mot tilsette er hyppig innan dei områda der forslaget til ny «tvangsbegrensningslov» skal gjelde.

Tabell 4.2 frå «Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren» [Fafo-rapport 2019:32](#)

Tabell 4.2 Andel som har vært utsatt for vold og trusler selv, og/eller som kjenner noen i virksomheten som har blitt utsatt for vold og/eller trusler de siste 12 månedene. I utvalgte tjenesteområder, og etter profesjon. Prosent. N.

	Utsatt for vold og/eller trusler	N	Utsatt for vold og trusler og/eller kjenner noen i virksomheten som har vært utsatt for det	N
<b>Tjenesteområde</b>				
Institusjonsbarnevern	76	343	87	343
Tjenester til personer med utviklingshemming	71	877	82	877
Skole/barnehage/SFO (AKS)	62	276	80	276
Rus	55	664	74	664
Oppsøkende/ambulerende	52	157	78	157
Psykisk helse	51	958	71	958
Asylmottak/flyktningtjenestene	46	126	71	126
Kommunalt barnevern	40	625	72	625
NAV (kommunal-/sosialtjenesten)	37	317	69	317
NAV (stat)	37	103	64	103
Somatiske spesialist- og kommunale helsetjenester	36	105	55	105
Rådgiver (administrativt)	9	146	40	146
<b>Profesjon</b>				
Vernepleier	62	1268	77	1268
Barnevernspedagog	48	1071	71	1071
Sosionom	37	1474	62	1474

## 16. Høgt sjukefråvere

Den nemnde Fafo-rapporter viser til at fleire studiar har vist at det er ei klar kopling mellom vald/truslar og sjukefråvære. Ein studie anslår eksempelvis at dersom ein hadde klart å eliminere vald og truslar mot kvinner som jobbar innan helse- og sosialsektoren, ville sjukefråværet blitt redusert med 13 prosent. Ein annan studie rapporterer at vald og truslar var den mest robuste risikofaktoren for eit høgt registerbasert legemeldt sjukefråvære (21 dagar og meir) blant kvinner innan helse- og sosialsektoren.

## 17. Administrative og økonomiske konsekvensar

Det kan sjå ut som om utvalet ikkje ser at endring i lovregulering av tvang kan føre til eit meir krevjande arbeidsmiljø med auka vald og truslar. Dette vil truleg gje problem med auka sjukefråvære, og igjen problem med å rekruttere kvalifisert personell. Det er all grunn til å tru at utvalet heller ikkje har forstått dei andre administrative og økonomiske konsekvensane, særleg for kommunane.

## 18. Vurdering

Det ser ut som at NOU-en har som premiss at det gjennomgåande blir brukt for mykje tvang i dag, og at den må reduserast. Dette er i liten grad fagleg grunngeve, men ser ut som eit politisk retningsval. Reduksjon av tvang får størst fokus, og ikkje **riktig** bruk av tvang. Dette vil i seg sjølv kunne utgjere ein risiko for pasienten sin sikkerheit. Det er utvilsamt slik at i nokon tilfelle er tvungen helsehjelp den beste løysninga for pasienten.

I 2017 vart det innført eit samtykkekompetansebasert vilkår for tvungent psykisk helsevern. Dette har hatt store konsekvensar for enkeltpasientar. Ei rekke pasientar har fått forverra funksjonsnivå og blitt «svingdørspasientar». Mange må bli mykje sjukare før dei får rett behandling med hjelp av tvang. Har vi og sett drap som følgje av denne lovendringa?

Det er urovekkande at det no blir foreslått omfattande endringar i lovregulering av tvang, før lovendringane i 2017 har blitt evaluert. Tvert imot foreslår ein at kravet om samtykkekompetanse blir utvida til og å gjelde ruspasientar. Dette vil i realiteten fjerne moglegheitene til innlegging av (ikkje-gravide) pasientar med rusproblem, såframt dei ikkje samtidig er så psykisk sjuke at dei kan underleggast tvungent psykisk helsevern. Konsekvensen vil vere at ein i mange situasjonar innleiingsvis ikkje vil kunne nytte tvang for dei sjukaste pasientane for å legge grunnen for vidare frivillig behandling.

NOU-en idealiserer «ikkje-tvang», og angir at med manglande tvang og auka samhandling vil ressursbruken bli «mer målrettet og effektiv enn i dag». Dette er ikkje sannsynleggjort. Tvert imot; lovforslaget inneber i seg sjølv ei betydeleg byråkratisering. Ei avskaffing av bruk av mekaniske tvangsmiddel vil krevje store ressursar, både til tilpassingar av bygg, til drift og personell. Dei økonomiske konsekvensane av redusert moglegheit for tvangsbehandling for pasientar med eit reelt behov for behandling, er ikkje omtala. Ei heller dei økonomiske og menneskelege konsekvensane dette vil ha for pårørande og samfunnet elles.

At dei sjukaste av dei sjuke i mange tilfelle kan avvise helsehjelp, sjølv om helsetilstanden i seg sjølv i realiteten gjer det umogleg for dei å gjere gode val, vil openbart og ha økonomiske konsekvensar.

Det er og svært bekymringsfullt at manglande handlingsrom for helsevesenet vil kunne føre til at personar som kunne fått ein betre kvardag med helsehjelp og bistand, no vil bli overlatne til seg sjølv og pårørande.

Forslaget vil kunne få store og omfattande økonomiske og administrative konsekvensar. Både for pasientane, den einskilde helse- og omsorgsarbeidar, kommunane, spesialisthelsetenesta og den offentlege forvaltninga. NOU-ens vurderingar av økonomiske og administrative konsekvensar er mangelfull.