

Hørings svar KPHV – Tvangsbegrensingsloven NOU 2019:14

Dette høringsutkastet er utarbeidet av Helse Stavanger, Klinikk psykisk helsevern voksne. Høringsvaret er først og fremst utarbeidet med tanke på mulige konsekvenser forslaget til ny tvangsbegrensingslov får for psykisk helsevern.

Høringsvaret gir først noe om generelle kommentarer til forslaget. Deretter gis det mer spesifikke kommentarer. Her følges strukturen i NOUen side 31 om de utvalgets hovedforslag.

Innledning

Regulering av tvang og tvangsbruk i helsetjenesten er en samfunns-, rettsikkerhets, behandlings og pasientsikkerhetsmessig utfordring. Det er også et klart mål å få bort unødig tvangsbruk og utilsiktet variasjon av dette. Det er viktig med klare og forutsigbare regler som er enkle og klare å forstå for alle som skal praktisere dette.

Samtidig er det mange årsaker til varierende tvangsbruk. En kan i dagens debatt om tvangsbruk få inntrykk av at variasjon først og fremst skyldes holdninger hos ledere og medarbeidere i psykisk helsevern. Dette er etter vår vurdering feil. Ulik tvangsbruk skyldes også ulik fortolkning av lovverket og ulik registrering av tvangsbruk. Det foreligger fortsatt ikke gode nasjonale normer og oversikt. Antall ansatte, erfaring og kompetanse hos de som er ansatt og tilgang på søkere til vakante stillinger har også stor betydning. Bygningsmessige rammeforhold og tilgang til gode utemiljø og aktivitet vet vi har betydning. Det samme har ulike faglige vurderinger i forhold til bruk av medisiner, korttidsvirkende legemidler og antipsykotisk medisiner. Dette er forhold som ikke løses gjennom lovgivning, men ved målbevisst arbeid og ressurstilgang som står i forhold til de oppgaver som skal løses.

Bredden i problemstillinger og situasjoner som dette lovverket skal håndtere er svært stor; fra aldersdemente personer som skal ta en nødvendig blodprøve uten å samtykke, - til akutte tvangsinnleggelse av psykiatriske syke utagerende rusa personer som ingen kjenner, og som kommer inn til sykehus i håndjern ved hjelp av 5-6 politibetjente.

Lovgivningen må kunne romme alle disse situasjonene og samtidig være presist nok slik at rommet for skjønn blir innenfor det som legalitetsprinsippet og den enkeltes rettsikkerhet krever. Lovverket må også ta høyde for de mest alvorlig situasjonene som kan oppstå slik at helsearbeidere som skal ta ansvar de sykeste og mest utagerende pasientene har virkemidler til å ivareta pasientens, medpasienter og egen sikkerhet i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser.

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.

Vi ser ikke at utkastet til ny tvangsbegrensingslov imøtekommer disse hensynene på en god måte.

Det er positivt at loven harmoniserer reglene for etablering av tvang og klage over slike vedtak og beslutninger. Samtidig oppleves regelverket vanskelig tilgjengelig noe som kommer til å skape stor forvirring i forhold til praktiseringen. Det er også positivt at lovutkastet åpner for muligheten for tvangsbruk i kommunale tjenester, også i situasjoner som ikke gjelder somatisk sykdom. Men som vi

skriver under er det en rekke utfordringer for de som skal praktisere det foreslåtte regelverket. Lovverket vil etter vår vurdering gå ut over behandlingen av de sykeste pasientene, og deres pårørende vil måtte bære en større belastning.

Det er også en stor fare for at lovverket vil føre til større HMS-utfordringer for de ansatte innen psykisk helsevern. Forslaget vil trolig også føre til at døgnkapasiteten inne det psykiske helsevernet som er godkjent for tvangsbruk må økes på grunn av manglende muligheter for å gi faglig anbefalt behandling.

Generelle kommentarer:

- Høringsnotatets omfang

Høringsutkastet er veldig omfattende og det er gjennomgått et stort materialet. For den som skal sette seg inn i et så detaljert materiale er det svært utfordrende. Også selve lovutkastet er svært omfattende med en rekke krysshenvisninger, noe som gjør det veldig vanskelig å orientere seg i selve loven. Paragrafene er i tillegg lange og det mye skjønnspregede vurderingstema i loven. Det er således vanskelig å forutsi hvilken virkning loven faktisk vil få og det gjør det vanskelig å gi gode høringssvar, særlig om de materielle innholdet i loven.

Etter vår vurdering kunne NOUen med fordel blitt bearbeidet og gjort mer tilgjengelig før den ble sendt ut til høring.

- Lovutkast er upedagogisk og vanskelig tilgjengelig for dem som skal praktisere dette

Loven skal praktiseres av mange og ulike typer helsearbeidere uten spesiell juridisk kompetanse. Utkastet fremstår som vanskelig tilgjengelig og lite pedagogisk. Loven skal gjelde hele helsetjenesten, samtidig som deler av loven bare gjelder enkelte deler av tjenesten. Det er ikke spesielt tydelig eller pedagogisk oppsatt når de enkelte paragrafer gjelder hele eller spesielle deler av tjenesten. Loven er full av krysshenvisninger til enkeltparagrafer uten at det er nærmere benevnelser av hva paragrafene det henvises til gjelder. For helsepersonellet blir dette veldig uoversiktlig, noe som øker faren for å overse viktige bestemmelser og foreta feil rettsanvendelse. Ikke minst gjelder dette for psykiatere i vakt og som ikke har sitt daglige arbeid i sengeposter som anvender tvang.

Når lovverket fremstår slik for helsepersonell så er det rimelig å anta at det ikke er lettere å forstå for pasientene som blir rammet av lovverket og deres pårørende. Noe som vi ser på som et stort rettssikkerhetsproblem.

- Stort opplæringsbehov

Dersom loven blir vedtatt vil det krever betydelige ressurser i forhold til opplæring. Dette vil gjelde både leger og psykologer, men ikke minst miljøpersonalet i sengeposter godkjent for tvang. Loven er som nevnt over krevende å få oversikt over. Lovutkastet krever også at det må vedtas et omfattende forskriftsverk til loven. Noe som vil gjøre opplæring enda mer krevende.

En eventuelt implementering vil kreve god planlegging og tid nok til at alle som skal praktisere loven får nok opplæring til å håndtere denne. I tillegg vil det være en betydelig kostnad i forhold til

vedlikeholde kompetansen. Det vil også bety at det blir mindre tid til kjerneoppgavene for det aktuelle personalet.

- Nasjonale vedtaksmaler på alle områder som forenkler saksbehandlingen

Det bør utarbeides nasjonale vedtaksmaler for alle beslutninger og vedtak slik det ble gjort i forhold til vedtak etter pasient- brukerrettighetslovens kapittel 4 a. Etter vår vurdering er dette en viktig rettsikkertetsgaranti mot feilpraktisering av loven og en viktig rettsikkerhetsgaranti for pasientene. I dagen situasjon må det enkelte foretak selv utforme slike maler. Dette må være en nasjonal oppgave.

- Mindre tid til behandling og veiledning for spesialistene innen det psykiske helsevernet

Lovforslaget synes å legge opp til enda mer saksbehandling og vedtaksfetting. Vi ser allerede i dag en utvikling hvor psykiatere og psykologspesialister må bruke mer og mer tid på saksbehandling i det psykiske helsevernet. Dette går ut over tiden som er til rådighet for utredning og behandling av pasienter samt veiledning av LIS-leger og psykologer i spesialisering. Det nye lovutkastet forsterker denne trenden. Dette er svært uheldig, idet erfaringen tilsier at nettopp tid er en vesentlig faktor for å etablere en god og tillitsfull relasjon som kan redusere behovet for bruk av tvang.

Byråkratisering og krav til vedtaksskriving etc. ligger utenfor kjerneoppgavene for disse fagene og ytterligere forsterkning av denne trenden vil øke rekrutteringsutfordringene i sengeposter og ettervernspoliklinikker som er godkjent for tvang. Dette vil igjen gå ut over de sykeste pasientene.

- Klageorgan

Det fremstår som u hensiktsmessig at det skal være to klageorgan for beslutninger og vedtak og dokumentkontroll. Dersom en skulle forenkle saksbehandlingen for klagesaker burde de foreslåtte tvangsbegrensingsnemndene etter vår vurdering hatt totalansvaret for dette. Å splitte disse rollene, og at fylkesmannens skal ha en rolle som dokumentkontrollør for vedtak, mens tvangsbegrensingsnemndene har ansvar for klagenes synes ikke å være hensiktsmessige.

Det er synes også være et forslag at Tvangsbegrensingsnemndene ikke lenger bare skal gjennomføre kontroll av om reglene er fulgt, men ha en aktiv rolle i å redusere tvangen. Etter vår vurdering er dette spesialisthelsetjenestens oppgave. At kontrollinstansen skal arbeide for redusert tvangsbruk uten å ha ansvar for eksempelvis de ansattes sikkerhet etc. synes å være underlig.

- Uttømmende regulering av nødrett

Mange pasienter i det psykiske helsevernet er uforutsigbare og det oppstår stadig situasjoner som fremstår som nærmest er uhåndterlige, men som må håndteres ut fra hensyn til pasienten selv medpasienter og ansatte.

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 tvangsbegrensingsloven 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.

- Håndtering av de aller sykeste og utagerende pasientene i psykisk helsevern med tanke på HMS – det foreslåtte forbudet mot mekaniske tvangsmidler

Loverforslaget synes ikke å ta inn over seg hvor utfordrende og farlig det kan være for de ansatte i psykisk helsevern å håndtere noen av de mest syke utagerende pasientene. Det er i dag en stadig økende gruppe psykisk syke som samtidig ruser seg og som gjennom dette blir svært farlige. Mekaniske tvangsmidler blir i noen situasjoner helt nødvendig. Ved å fjerne muligheten til mekaniske tvangsmidler vil en nærme seg modellen de benytter på Island der pasienter holdes i mageleie over lengere tid i tillegg til betydelig økt bruk av beroligende og antipsykotisk medikasjon.

Vi er helt enige i at tvangsbruken skal reduseres til et absolutt minimum og det må arbeides på bred front med å redusere dette. Men en lov som ikke tar høyde for de mest alvorlige situasjonene og gir de ansatte virkemidler til å håndtere disse, vil ikke være forsvarlig. Det vil dessuten måtte føre til at politiet får en økt oppgave inn i sykehuset for å håndtere slike situasjoner. Dette vil ikke være ønskelig verken for pasienter, ansatte eller politiet.

- HMS/ansatteskader – risikovurdering opp mot arbeidsmiljøloven

Utvalget foreslår en rekke endringer i forhold til skjerming og tvangsmiddelbruk. Ansatte i psykisk helsevern opplever i dag daglig trakassering, trusler og vold fra pasienter. Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver å sikre de ansatte et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Psykiskhelsevernloven og arbeidsmiljøloven står likt uten at noen har et spesielt forrang.

Ut fra et HMS-synspunkt kan det ikke vedtas så omfattende lovendringer uten at en først vurderer dette opp mot arbeidsmiljølovens regler. Det bør derfor, før loven vedtas, gjøres en risikovurdering av lovforslagets betydning for ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet.

- Strengere regler for tvangsmedisinering med antipsykotika og forhåndsreservasjon

Lovforslagene om strengere regler for tvangsmedisinering med antipsykotika og retten til forhåndsreservasjon vil mest sannsynlig føre til at en liten gruppe av de mest alvorlig syke pasientene forblir syke, uten at det er virksom behandling for disse. Det vil kunne føre til lange sykehusinnleggelse uten at det nødvendigvis vil gi noen bedring i deres helsesituasjon og at deres mulighet for varig bedring blir ødelagt.

Det er også en nærliggende bekymring for at pasientene, dersom de blir stående i ubehandlet psykose, skal kunne bli farlige selv om de i utgangspunktet ikke er dette. Dette vil også føre til at

kapasiteten på døgnenheter som tar imot pasienter på tvang vil bli presset, og at sengekapasiteten må økes eller at pasienter med mindre behov for innleggelse ikke vil få dette.

- Kostnader/økonomisk vurderinger

Av NOUens ca. 800 sider, er 8 sider viet økonomiske og administrative konsekvenser. Med få unntak er det gjennomgående temaet at forslagene er kostnadsnøytrale eller at lavere tvangsbruk ikke kan verdsettes i penger. Etter vår vurdering er kvaliteten av de vurderingene som er gjort av begrenset verdi og før en vedtar loven bør en gjøre en kvalifisert økonomisk vurdering av hvilke kostnader som lovforslaget vil medføre.

Dersom forslaget skal gjennomføres må det også sies noe om konsekvensen for tjenestene, som for eksempel kapasiteten på psykiatriske sengeposter på grunn av lang liggetid, behovet for ansatte for å ivareta pasienter og ansattes sikkerhet, rekrutteringsutfordringer i et fagfelt som allerede har betydelig rekrutteringsutfordringer etc.

1. Felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesten.

Helse Stavanger HF støtter ideen om å samle alle tvangsreglene i helse- og omsorgstjenesten i en felles tvangslov da dagens regelverk er uoversiktlig og blant annet etablering og klagemulighetene er svært forskjellige.

Det er også positivt at det vil være mulig å foreta noen begrensninger også for pasienter innen psykisk helsevern som kommunene har ansvar for. Slike mangler har ført til at pasienter har måtte være på sykehus i lengre tid, med strengere rammer rundt seg enn det som strengt tatt er nødvendig, men siden kommunene ikke har hatt tvangshjemler har det likevel ikke vært mulig å skrive disse pasientene ut fra sykehus. Ikke minst gjelder dette pasienter dømt til psykisk helsevern.

Samtidig er det som nevnt over store utfordringer i forhold til det foreslåtte lovverket som virker uoversiktlig å lite tilgjengelig for helsepersonell som skal håndtere regelverket. Vi stiller derfor spørsmål om tvangsbegrensningsloven slik den nå er utformet vil bidra til bedre rettsikkerhet og fungere etter hensikten. Tvert imot risikerer en at lovverket anvendes feil, fordi meningen/innholdet blir uforståelig, og at man lett kan få flere tolkninger av loven.

Selv om dette i noen grad skulle kunne motvirkes med betydelig opplæring og eventuelt nasjonale maler for vedtak, tror vi likevel at det vil oppstå stor usikkerhet om bruken av loven.

Vi er også usikre på om en diagnoseuavhengig lov hvor hovedkriteriet for tvangsbruk skal være *sterkt behov* er riktig vei å gå. Både hovedkriteriet og mange av tilleggskriteriene fremstår som veldig skjønnsmessige. Med så mange skjønnsmessige vurderinger vil det for kunne oppstå at tvil om nødvendig tvang skal kunne brukes eller ikke. Det er hverken pasientene eller helsepersonellet som skal anvende loven tjent med.

Det ser heller ikke ut som Tvangsbegrensningsloven i særlig grad forholder seg til allerede gitte nasjonale faglige retningslinjer over anbefalt behandling, som f.eks. «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse IS 1957» når det gjelder antipsykotikabruk i behandling av psykoser, og vurdering av suicidalitetsfare jfr. «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern IS-1511.

Det kunne kanskje vært en fordel om loven var redigert annerledes, slik at en beholdt noe av den strukturen som er kjent fra de ulike lovene som eksisterer i dag, men at en gjorde de prosessuelle reglene omkring etablering og klagemuligheter likere.

2. Økt fokus på forebygging av tvangsbruk. Plikt og rett til tilrettelegging framheves. Full oversikt over omfang av tvangsbruk skal sikres.

Foretaket er enig i målet om et sterkt fokus på bruk av tvang i helsetjenesten og at det må være åpenhet om dette og gjøres grundige registreringer av ulike vedtak. Hvorvidt lovutkastet og de foreslåtte paragrafer vil føre til endring i forhold til dagens regler er likevel usikkert.

Variasjon av tvangsbruk har mange årsaker og er sammensatt. Tvangsbruk henger også sammen med rammevilkår for tjenesten som antall ansatte, kompetanse, bygg, tilgang til utearealer og aktivitet. At dette henger også nært sammen med gitte økonomiske bevilgninger som ledelse og ansatte i liten grad kan gjøre noe med.

Helse Stavanger støtter fullt ut behovet for å få en skikkelig felles nasjonal norm for registrering av vedtak slik at en kan få en nasjonal oversikt som det faktisk går an å stole på. VGs sak viser klart at dette ikke er tilfelle i dag.

Hvorvidt den nye loven vil hjelpe oss til å få til dette er vi mer i tvil om. For eksempel brukes ordet «skjerming» for flere ulike tvangstiltak. Dette tror vi kommer til å bli forvirrende i forhold til registrering av vedtak. Det er også så mange regler i loven for så mange situasjoner som ligner på hverandre og det er så mange helsepersonell som skal praktisere disse bestemmelsene, at vi tror det kommer til å oppstå ganske stor forvirring, noe som også vil gå på bekostning av registrering av vedtak.

3. Barns rettssikkerhet løftes fram. (Ingen kommentarer)

4. Ny, felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll: fylkesmennene og nye tvangsbegrensingsnemnder de sentrale aktører.

Vi stiller spørsmål om det er riktig å splitte arbeidet og kontrollen med vedtakene mellom fylkesmennene og tvangsbegrensingsnemndene. Forslaget legger opp til at fylkesmennene skal foretak registreringen av vedtakene, men også føret kontrollere beslutningene som tjenesten gjør, mens tvangsbegrensingsnemndene skal kontrollere vedtakene, etter at fylkesmannen har sjekket om det er formalfeil ved vedtakene.

Vi tenker at dette er en uheldig deling og at det blir forvirrende for tjenesten å skulle ha flere organ og forholde seg til. Det er allerede i dag vanskelige grensedragninger mellom kontrollkomisjonenes kompetanse i forhold til kontroll av vedtak og fylkesmennenes tilsynsrolle. Forslaget vil ytterligere skape forvirring i forhold til hvem som skal kontrollere hva. Og etter vår vurdering bør all kontroll med vedtakene etter loven legges inn under tvangsbegrensingsnemndene.

Foretaket stiller også spørsmål ved om det er riktig å redusere antall medlemmer i tvangsbegrensningsnemnder fra dagens 4 til 3. Vi vil heller støtte at ett av medlemmene bør være et medlem med omfattende helsefaglig kompetanse, for eksempel psykiatriske sykepleier /vernepleier.

Vi støtter at en slik nemd kan se pasienten både på sykehus og i kommune for å sikre helhetstenkning rundt den enkelte pasient.

Vi stiller spørsmål ved at nemndleder skal kunne beslutte vurderinger tillagt nemnden alene, uten at medisinskfaglig medlem deltar i beslutningen. Dette undergraver fagligheten som tvert imot trenger å løftes fram i større grad i dagens praksis. Vi synes også at medisinfaglig medlem må kunne ha mulighet til å fremme forslag at en klagesak utsettes hvis man mener at informasjonen og utredningen rundt pasientens tilstand er for dårlig, eller at man ser store helsefarer ved å oppheve tvungen psykisk helsevern.

**5. Helhetstenking om individet og tilrettelegging for samhandling i tjenestene sentrale bærebjelker i lovutkastet.
(Ingen kommentarer)**

6. Fjerning av diagnosenære vilkår i tvangshjemlene. Erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for aktuelt tiltak. Dette gjelder ikke ved fare for andre.

Foretaket stiller seg kritisk til å gå bort fra det diagnosenære vilkåret.

Det juridiske begrepet «alvorlig sinnslidelse» er godt innarbeidet, med kliniske og rettslige prøvinger på innholdet, som igjen er knyttet til spesifikke diagnoser som for eksempel psykose og alvorlig spiseforstyrrelse. Med støtte i de nylig innførte pakkeforløpene i psykisk helsevern og rus skal pasienter i dag utredes strukturert, og videre behandling knyttes i stor grad til ICD-10 diagnoser.

I følge NOUen side 729 heter det: «For å demme opp mot ulikhet i praktiseringen av «sterkt behov», foreslås det derfor å lovfeste at vurderingene må «ta utgangspunkt i hva som er allment akseptert i klinisk praksis». Samtidig sier forarbeidene at kravene innen psykisk helsevern skal være de samme som ligger i alvorlig sinnslidelse.

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.

Vi er også kritiske til at den positive siden av behandlingstvilkåret, at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring, er fjernet som grunnlag for tilbakeholdelse i institusjon. Ved å fjerne den positive siden av behandlingstvilkåret, går pasienter glipp av muligheten til tidligere intervensjon og behandling, og vil ha økte symptomer ved innleggelse. Dette vil øke risikoen for tvangsbruk. Det er også nærliggende å anta at dette vil føre til en økt belastning på pårørende, da

pasienter vil gå lenger uten behandling med økte symptomer og større funksjonstap. Ved siste lovendring ble det bemerket at en så for seg en økt belastning for pårørende, og denne forventes nå å bli ytterligere forsterket, men er det gjort noen evaluering av dette i etterkant av siste lovendring? Endringen vil sannsynligvis også øke stigma knyttet til bruken av tvang.

Vi tror konsekvensen av lovendringen kan øke forskjeller i helsetilbudet til pasienter, da både vurderingen av manglende beslutningskompetanse og hva som utgjør et «sterkt behov» i stor grad er preget av skjønn og kultur på arbeidsplassen. Vi ønsker ikke et system der behov for innleggelse varierer fra kommune til kommune eller region til region.

Vår erfaring er at samtykkekompetansevurderinger er komplekse og faglig utfordrende. Det er allerede et problem at våre kontrollorganer, kontrollkommisjonen og fylkesmannen, har motstridende vurderinger av samtykkekompetanse. Vi har erfart flere ganger at kontrollkommisjonen mener pasienter åpenbart mangler samtykkekompetanse, mens fylkesmannen mener det motsatte. Når en nå foreslår å både gå vekk i fra diagnosespesifikk praksis i tillegg til å videreføre skjønnsmessig, subjektiv vurdering av samtykkekompetanse åpner en opp for et psykisk helsevern der behov for innleggelse blir personavhengig, det vil si beror på hvem en tilfeldigvis blir vurdert av der og da, heller enn et forsøk på å standardisere hvem en tenker profitterer på innleggelse på tvang.

Vi stiller videre spørsmålet ved forslaget i lovforslagets § 5-4, nr. 5 hvor det heter at personen må antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom den hadde vært samtykkekompetent. 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 eventuell 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 legevakt 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.

**7. Felles, snevrere tvangsbegrep (overvinning av motstand). Det blir lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse.
(Ingen kommentarer)**

8. Ny inntaksmodell i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, overgang til en tjenestemodell.

Utvalget har foreslått en ny inntaksmodell på rusfeltet, dvs. at det er spesialisthelsetjenesten som skal fatte vedtak og ikke kommunen og fylkesnemnda. Det er i utgangspunktet bra at disse vedtakene blir sterkere forankret i faget og hos de som skal være ansvarlig for behandlingen av rusmiddelavhengige. Det er også positivt at det før det fattes vedtak skal være forpliktende avtaler med kommunen som har ansvar for videre oppfølging av pasienten.

Utvalget foreslår at samme kriteriet for beslutningskompetanse tas inn for tilbakeholdelse av rusmiddelavhengige. Dette vil potensielt føre til korte innleggelser, da bruker etablerer beslutningskompetanse etter avrusning. Dette fører til at brukere kan skrive seg ut i den mest kritiske fasen for overdose. Det oppleves som utvalget ikke har tatt dette inn til vurdering – at brukere skriver seg ut etter avrusning med en mye lavere

toleransegrense for rusmidlene. Det er heller ikke tatt inn noen diskusjon om hvor lenge man kan benytte farekriteriet i en slik sammenheng.

Samtidig vil en lemping av saksbehandlingsreglene for etablering av vedtak kunne føre til et økende press på innleggelses. Dette kan igjen føre til et økt press på sengeplasser i rusinstitusjoner godkjent for tvang. En savner at denne diskusjonen tas med i de økonomiske konsekvensene av en eventuell lovendring.

9. Styrking av adgangen til å forhåndssamtykke til tvang. (Ingen kommentarer)

10. Økt fokus på gjennomføringsfasen. Krav til ivaretagelse av grunnleggende behov og krav til skjermingslokaler.

I følge utvalgets forslag til § 8-2 skal lokaler som pasienter skjermes i være innredet som vanlige beboelsesrom så lang det er forsvarlig ut fra personens sikkerhet.

I utgangspunktet er dette en god tanke, og det kan være gode grunner til å gå gjennom skjermingspraksisen som i dag eksisterer. Samtidig er det slik at det oftest er de sykeste pasientene som skjermes og det er vanskelig å forutsi hvem som kan skjermes uten at det skjer utageringer og hvem som ikke kan. Kapasiteten på pasientrom totalt er begrenset og det kan således også være en vanskelig logistikk internt i avdelingene og flytte møbler og utstyr inn og ut av rommene er ikke praktisk mulig.

Et krav om at skjermingsrom skal være innredet som ordinære beboelsesrom vil derfor kunne utgjøre en risiko både for pasienten selv, andre pasienter og for de ansatte. I følge lovteksten tas det bare hensyn til personens (pasientens sikkerhet). Men det vil kunne være betydelige HMS-utfordringer ved å gi pasienter tilgang til møbler og inventar etc. som kan knuses og brukes som slag og stikkvåpen

Noen utageringssituasjoner kan være av en slik alvorlighetsgrad at det fører til fare for alvorlig skade på pasienten, medpasienter – da det er flere pasienter på skjermingsavdelingene – og personal. Det at pasienten skal ha tilgang til møbler og inventar etc. i slike situasjoner, øker risikoen for alvorlig skade.

Skjerming etter § 4-1 «inngrep i nødsituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett)»: Noen ganger mister pasienter kontrollen og raserer sykehusets inventar, knuser vindu og slike situasjoner kan komme helt ut av kontroll. Kravet til rom som anvendes til skjerming er etter § 8-2 er at «lokalet må være innredet som et vanlig beboelsesrom og så langt dette er forsvarlig ut fra hensynet til personenes sikkerhet» står også i kontrast til sikkerhet for helsepersonellet som tross alt er tilstede for å yte helsehjelp, men kan også være farlig for pasientene når tilstanden endres og situasjonen eskalerer ut av kontroll.

I tillegg kommer begrensingene knyttet til «tingskade» hvor en ikke har hjemmel for å gripe inn ved rasering av sykehusets innbo og eiendom. Det åpnes bare for inngripen ved «vesentlig skade på egne eiendeler». I forarbeidene er det riktignok gitt åpning til å vurdere hvert enkelt tilfelle ved skade på inventar, men dette er utelukkende basert på hensynet til pasientens sikkerhet (nødrett). Vindu som knuses, senger som brytes opp, toalett som knuses etc. er ikke dagligdags, men det skjer med ujevne mellomrom. I dag finnes det hjemmel til å gripe inn på et betydelig tidligere tidspunkt og

dermed mulighet til å stoppe eller begrense en eskalering før knust inventar utgjør en alvorlig fare for pasienten eller helsepersonell.

11. Ny reguleringsmodell for skjerming. Skiller ut fra formål, skjerpede vilkår for skjerming som behandling.

Adgangen til skjerming er spredt over fire paragrafer og er formålsavhengig: §4-5 (skadeavverging), §6-11 (behandling), §6-19 (kortvarig) og §7-5 (hensyn til medpasienter). Dette kan føre til forvirring for helsepersonell som skal iverksette skjerming på hvilket grunnlag.

Utvalget har valgt å definere skjerming som det «å holde en person helt eller delvis atskilt fra medpasienter og personell». Utvalget foreslår at skjerming skal kunne brukes som:

- akutt skadeavvergende tiltak
- behandlingstiltak
- kortvarig gjennomføringstiltak ved behandling
- tiltak for å verne fellesskapsinteresser i institusjon.

Utvalget har gått bort fra begrepet «isolasjon» om akutt skadeavvergende tiltak, lovutkastet 4-3.

Utvalget har også valgt å dele opp hjemlene for når skjerming skal skje med tanke på personen selv eller når det skjer av hensyn til medpasienter. Det kan være vanskelig å skille dette i praksis. Det er også gitt en rekke punkter i § 6-5 når dette kan skje som behandlingstiltak.

Utvalget foreslår at skjerming skal kunne brukes som kortvarig gjennomføringstiltak ved behandling, jf. utkastet § 6-19. Dette oppfattes som hjelpemidlet som blant annet skal brukes for å få gjennomført en besluttet tvangsmedisinering. Etter vår vurdering vil et slik forslag fort føre til en eskalering av en situasjon hvor pasienter ikke ønsker å ta medisiner og kunne øke faren for voldsutøvelse.

Skjerming etter § 6-11 «Behandling av psykiske helseproblemer med skjerming» bygges på bestemmelsene etter vilkår i § 6-5 «Alminnelige vilkår for tiltak personen motsetter seg» hvor det står at tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd. Det fremstår underlig at en legger til grunn at tillitsskapende tiltak skal være et kriterium for behandling av psykiske helseproblemer med skjerming når skjermingsbehovet er begrunnet i pasientens psykiske tilstand.

Kortvarig skjerming etter § 6-19 for person innlagt i psykisk helsevern etter § 5-4 eller § 5-5 gir mulighet for skjerming for å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon for pasienten: I lys av Sivilombudsmannens gjennomgang av det psykiske helsevernet i Norge er det ved flere anledninger kritisert at psykiatriske sykehus har praktisert skjerming på pasientrom. Kortvarig skjerming åpner for en lovfesting av denne kritiserte praksisen. Vi mener denne hjemmelen vil kunne ivareta både pasientens og helsepersonellens behov for trygghet og forutsigbarhet i situasjoner hvor det foreligger nærliggende fare for vold.

Denne paragrafen balanserer således både behandlingsperspektivet og helsepersonellens krav på en trygg arbeidssituasjon. 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. At det etter 72 timer er et krav om 24 timer uten vedtak kan i noen få situasjoner være svært utfordrende i de tilfellene der en ikke har lyktes ved å opprette eller gjenopprette en forsvarlig behandlingssituasjon. En kan spørre seg hvordan en skal ivareta pasienten og ansatte i disse 24 timene. Vi foreslår at det gis anledning til å utvide perioden på 72 timer i de unntakstilfellene hvor det foreligger en dokumentert nærliggende

fare for vold mot helsepersonell eller medpasient. Dette står i motstrid til § 7-5 dersom det skal være en vedtaksfri periode på 24 timer. En mulighet for å forlenge skjermingsperioden bør gjelde for lokale sikkerhetsposter like mye som det akutte helsevernet.

Skjerming etter § 7-5 hvor en kan «skjerme pasienten av hensyn til medpasienter» når dette er nødvendig for å sikre medpasienters rett til nødvendig helsehjelp: Det er av og til nødvendig å holde pasienter borte fra medpasienter grunnet aggresjon og vold mot medpasienter, men også grunnet seksuelt ukritisk adferd, inntak av rusmidler etc. At det også her stilles krav om tillitsskapende tiltak før en iverksetter skjerming for å ivareta medpasienters rett på helsehjelp og vern mot trakassering og i verste fall vold fra medpasient fremstår underlig og idealistisk.

12. Klarere og strengere regler om inngrep i nødssituasjoner. Hjemmel for mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, tidsavgrensnes til tre år.

Utvalget foreslår en avvikling av bruk av mekaniske innretninger innen 3 år. Dette skriver de er understøttet av tunge nasjonale faglige initiativ. Det er uklart hvilke nasjonale faglige initiativ dette er. I utredningen i kapittel 11, er det en studiegjennomgang som beskriver tiltak som har vært med på å redusere bruken av tvang. Disse studiene er gode eksempler på at det er mulig å redusere bruken av tvang, men ingen av disse studiene har fjernet bruken av tvang eller mekaniske innretninger.

Vi ser det som en stort HMS risiko at personalet ikke skal ha mulighet til å kunne benytte seg av mekaniske innretninger i de tilfeller de vurderer at det ikke er noen annen utvei. Noen pasienter er ikke personalet kapable til å holde over tid, samt at hvis man skal benytte skjerming som særlig inngripende tiltak, kan dette føre til en økt risiko som beskrevet i høringssvar kapittel 11 ang skjerming. Dette gjelder og når utvalget foreslår å heve aldersgrensen til 18 år for bruk av mekaniske innretninger. Det er pasienter som er under 18 år som personalet ikke er kapable til å holde over tid, og de vil heller ikke ha mulighet til låst dør til pasienter under 18 år etter lovforslaget.

«Det kan også være adgang til å bruke mekaniske innretninger som begrenser bevegelsesfriheten, utenfor nødssituasjoner overfor personer med omfattende orienteringssvikt og personer som har en alvorlig selvskadende atferd som ikke kan kontrolleres på annen måte.» Her beskriver utvalget situasjoner som ikke kan håndteres på annen måte enn mekaniske innretninger. Utvalget har ikke tatt inn situasjoner med utagering mot andre i en slik sammenheng.

Det kan virke som om utvalget ikke har tatt innover seg den store mengden med personalskade som er i psykisk helsevern. I kapittel 30 § 1-7 lister utvalget opp ulike lover og hvordan forholdet til disse er opp mot lovforslaget. Her er ikke Arbeidsmiljøloven nevnt.

Denne innskjerpingen av muligheten til å benytte mekaniske innretninger samt at det skal tidsavgrensnes til 3 år, vil totalt sett føre til en kraftig økning av alvorlighetsgraden av risikobildet til de ansatte og faren på skade på pasienten, medpasienter og personalet. I de tilfellene personalet vurderer at de ikke klarer å håndtere pasienten vil eneste muligheten etter 3 år være å låse pasienten ut – som er en økt samfunnsrisiko -, eller å benytte seg av politi for å håndtere pasienten – som er en praksis som ikke ønskelig.

«Mekaniske innretninger skal ikke oppbevares i umiddelbar nærhet til den aktuelle avdelingen når de ikke er i aktiv bruk.» Det kan bli et HMS-problem dersom innretninger er fysisk langt unna, og personal må forlate situasjonen og avdelingen for å hente de mekaniske innretningene. Tiden som

benyttes til å hente de mekaniske innretningene øker risikoen for at personalet skal miste kontrollen over pasienten som igjen kan føre til skade på pasient, medpasienter eller personal.

Skjerming etter § 4-5 «Skadeavverging» hvor det er krav om at personell må være tilstede i rommet eller i nær tilknytning til rommet foreslås presisert mer inngående utfra hensynet til at helsepersonellet må bli gjort i stand til å ivareta en pasient i en akutt nødsituasjon uten selv å komme til skade. Hensynet til andre lover som regulerer personalets sikkerhet står i sterk kontrast til at ønsket om å ha helsepersonell tilstede i rommet og fremstår nærmest som idealistisk. Dette gjelder også for kravet om tilstedeværelse av helsepersonell i rommet for personer under 18 år, eventuelt i nær tilknytning til rommet med ulåst dør. Her virker det som om utvalget ikke har tatt inn over seg alle voldstilfellene i akutte nødsituasjoner som rammer helsepersonell i det psykiske helsevernet, herunder voldspotensialet til ungdom som er ute av kontroll.

I nødvergesituasjoner hvor personalet mister kontrollen over situasjonen og det oppstår voldsskade på helsepersonell eller fare for vold mot helsepersonell eller medpasienter, så er en avhengig av å kunne beskytte disse ved å avverge skade. At det gis mulighet for å holde døren til pasientrommet stengt, om nødvendig også låst av sikkerhetshensyn sees på som et ytterst nødvendig tiltak om en skal fase ute bruken av belteseng som tvangsmiddel. Vi stiller oss spørrende til at dette blir eneste «effektive» løsning og om utvalget har vurdert konsekvensene for isolasjonsskade på pasienter inngående nok.

Vi ser det som et stort HMS-problem for pasienter og ansatte, at det eneste tvangstiltaket som kan anvendes for å hindre krenkelse av andres fysiske integritet og avverge vesentlig skade på andres eiendeler, er skjerming. Som eksempel vil da eneste mulighet overfor en utagerende pasient som raserer rommet sitt, være skjerming. Det blir svært uoversiktlig og utrygt for personal som skal vurdere fortløpende om pasienten utgjør en fare for liv og helse slik at andre tvangstiltak kommer til anvendelse.

Utkastets § 4-9 forslår at pasienter skal ha rett til å velge type tiltak og gjennomføringsmåte. Vi finner det problematisk at pasienter skal ha rett til å velge dette i akutte skadeavvergende situasjoner. Pasienters syn kan vektlegges dersom det er faglig forsvarlig og praktisk mulig, men vi er uenige i at det skal være en rett. Utvalget legger opp til at det skal legges vekt på meningen til personer under 16 år i samsvar med alder og modenhet. Modenhet som et kriterie vil føre til en subjektiv oppfatning av pasienten og potensielt ulik praksis mellom helsepersonell og av/foretak.

Øvrige HMS utfordringer med lovutkastet § 7-1 «Adgang til å fastsette husordensregler»: I det psykiske helsevernet er det i dag adgang til å utarbeide husordensreglement for å sikre sameksistens blant pasientene. Stort sett lykkes vi med å sikre pasienters sameksistens. I § 7-1 står det «husordensregler kan ikke gjennomføres med tvang», noe som vi vurderer som uheldig. Hvordan er det tenkt at vi som ansvarlig for alle pasienter innlagt i sengepost skal kunne sikre en forsvarlig sameksistens om en ikke gis anledning til å regulere dette i unntakstilfellene?

Det kan for eksempel være å dempe sjenerende/ støyende musikk om natten, stille krav til et minimum av bekledning i fellesareal overfor pasienten som aldri dusjer og ønsker å oppholde seg i fellesarealene kun iført en truse som er tilgriset med avføring? Vi mener at det bør være anledning til å sikre et minimum av verdighet og trygghet til pasienter innlagt i det psykiske helsevernet gjennom en anledning til å anvende en begrenset form for tvang i form av begrensninger overfor pasienter som opptrer sjenerende eller krenkende overfor sine medpasienter. Et krav om nattero kan bli ivaretatt med å nekte pasienten å ha radio om han spiller høy musikk gjentatte ganger om natten.

Vi ser for oss at en fullstendig umyndiggjøring av husreglens berettigelse vil kunne føre til gnisninger og uheldige situasjoner mellom pasientene dersom de ikke på noe vis skal kunne håndheves. At husordensreglementet skal forelegges fylkesmannen bør kunne ivareta behovet for å luke ut uforholdsmessighet mellom institusjoners husordensreglement. Det er en styrke at loven ivaretar forholdsmessighet og behovet for institusjonen, noe som vil kunne sikre at f.eks. lokale sikkerhetsposter kan fastsette andre husordensregler enn sengeposter på f.eks. DPS.

§ 7-2 Rutinekontroll i institusjon for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m.: Her stilles det krav om at «rutinekontroll skal gjennomføres likt overfor alle, herunder pasienter og brukere, ansatte, besøkende og representanter for kontrollinstansene». Vi kan se den prinsipielle siden av dette, men vurderer at det blir svært tungvint og uhensiktsmessig å kontrollere ansatte som passerer inn og ut av sengeposter som har rutinekontroll. At det åpnes for rutinekontroll av pårørende vil i noen tilfeller være ønskelig, men vi mener dette favner for vidt. At noen enheter som lokale sikkerhetsposter og regionale sikkerhetsavdelinger er i behov av slike rammer kan forstås. En stiller seg også undrende til om det er lovlig med rutinekontroll av egne ansatte slik det legges opp til. En kan tenke seg at det her legges opp til et system som skal være så tungvint at enhetene som har behov for slik rutinekontroll skal avvike dette fordi det ikke lar seg gjennomføre rent praktisk.

§ 7-4 Beslag av farlige gjenstander m.m.: Her er det snakk om beslag av farlige gjenstander som kniver, våpen, farlige stoffer etc. hvor det også hjemles at en kan treffe vedtak om destruksjon om personen ikke rettmessig kan inneha gjenstandene. Det stiles også her krav om å ha gjennomført tillitsskapende tiltak, noe som fremstår idealistisk når det er snakk om destruksjon.

13. Forbud mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, i behandling i psykisk helsevern (unntatt ved tvungen ernæring)

«Bruk av mekaniske innretninger skal derimot være tillatt ved tvangsbehandling av spiseforstyrrelser for å unngå skade på den som blir tvangsernært.» Beltelegge for å gi ernæring. I PHVL må man ha et eget vedtak etter §4-8 for å gjennomføre §4-4 med tvang. Det er ikke beskrevet i lovutkastet om man må ha et eget vedtak om beltelegging i tillegg til vedtak om tvungen ernæring. Slik ordlyden er i lovutkastet, kan man få inntrykk av at bruken av mekaniske innretninger i en slik sammenheng skal være lov utover 3 år – men dette er uklart slik lovteksten er foreslått pr i dag.

14. Forbud mot tvang i trenings- og opplæringstiltak. (Ingen kommentarer)

15. Flertallet tilrå å opprettholde en snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.

Den positive siden av behandlingsvilkåret er også fjernet også her, noe vi er uenige i.

Vi kan heller ikke støtte utvalget sitt syn om at «Modellen (et forsøk pr. virkestoff (vår tilføyning)) representerer en sjelden form for detaljregulering av faglig virksomhet, men som utvalget mener representerer en riktig balansering av motstridende hensyn for denne helt spesielle problemstillingen» (side 577, 4. avsnitt). Den medisinske utøvelsen av faget kan ikke detaljstyres i loven, men må overlates til spesialistene som har det faglige ansvaret.

Gjennomgangen av evidensgrunnlaget for bruk av antipsykotika i kapittel 10 framstår problematisk. Enkelt personer og lærebøker hvor medlemmer i utvalget er medforfattere siteres, mens nasjonale retningslinjer ikke vektlegges i den grad man ville forvente. Nasjonale retningslinjer er normerende for faglig forsvarlig praksis, og dersom lovverket legger seg opp til en annen praksis blir det umulig for klinikere å vite hvordan man skal forholde seg til dette.

Det vies mye plass til avveininger rundt hvor belastende det kan være å behandles på tvang, mens det i liten grad er tatt med refleksjoner og erfaringer rundt positive holdninger til tvang. Det er forskning som nyanserer utvalgets meninger rundt opplevelser av tvangsbruk.

Slik lovforslaget formuleres går pasientene glipp av muligheten til effektiv behandling. Antipsykotika har like store effektstørrelser som antihypertensiva, antikoagulantia og antibiotika (Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. Br J Psychiatry. 2012;200:97-106) men i lovteksten kreves urimelig stor effektstørrelse.

Pasienter får ikke behandling som er anbefalt i nasjonale retningslinjer for psykoselidelser.

Slik forslaget til ny § 6-4 er formulert er det et problem at en del av de nyere annengenerasjons antipsykotika ikke er godkjent for psykose-lidelser generelt, men gjerne kun schizofreni. Det medfører at ved for eksempel schizoaftaktiv lidelse ikke får mulighet til å følge anbefalinger i de nasjonale retningslinjene om å starte med et annengenerasjons antipsykotika fordi legemidlene mangler godkjenning for akkurat den lidelsen. Kravet om «faglig anerkjent metode» kommer i konflikt med «legemiddelet og dosen er godkjent for behandling av personens kliniske diagnose». Samme bekymring gjelder §6-10 i lovforslaget. Dette bør endres. Vi kan ikke legge opp til en praksis der pasienter får tilpasset diagnoser som er uriktige slik at de skal få tilbud om forsvarlig behandling. Mange legemidler har ikke diagnosespesifikk godkjenning fordi det ikke er utført nok studier i visse diagnoser på disse, til tross for at medikamentene er allmenn aksepterte og effektive i praksis. Det synes ikke riktig at pasienten som kan velge selv får tilbud om best mulig medikament, mens pasienter som er avhengige av vedtak kun får tilbud om for eksempel gamle antipsykotika der bivirkningsprofilen er betydelig dårligere.

Ved å forlenge observasjonstiden til 7 dager, går pasienter lengre med et høyt lidelsestrykk og psykosesyntomer før de kan motta effektiv behandling. De mest alvorlige maniske og psykotiske pasientene det er aktuelt å fatte tvangsmedisineringsvedtak overfor, vil i svært liten grad kunne nyttiggjøre seg av samtaleterapi, traumeinformerte tilnærminger og musikkterapi, som foreslås av utvalget. Vi etterlyser en evaluering av tiltaket om å forlenge observasjonstiden i siste lovendring ettersom vår er kliniske erfaring er at pasienter er blitt skadelidende av å måtte vente unødig lenge på medikasjon, særlig nå når det foreslås å utvide tidsperioden ytterligere.

Pasienter med første-episode psykose går glipp av muligheten til å prøve antipsykotika i det hele, da det foreslås å lovfeste at det enkelte antipsykotiske legemidlet må ha vist >50% effekt. Per i dag er det ikke utført studier som viser dette per enkeltpreparat, men det er flere studier som viser en slik effekt av antipsykotika som gruppe (Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2013).

At førstegangpsykotiske pasienter blir gående ubehandlet dersom forslaget blir vedtatt, er spesielt bekymringsverdig da vi vet at effektstørrelsen på gruppenivå ved førstegangssyke er langt større enn ved senere psykoser (Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, et al.

Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156 (4):544-9.).

Vi vet at prognosen for psykose blir dårligere når en går lenger uten behandling (Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. & Miettunen, J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 205, 88–94 (2014); Marshall, M. et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 975–983 (2005). Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J. A. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry* 162, 1785–1804 (2005).).

Når en da anser varighet av ubehandlet psykose som en av de få faktorene en kan påvirke i psykoseforløpet er det ikke logisk at pasienter skal måtte vente på eller ikke få tilbud om effektiv behandling.

Videre risikerer pasienter flere tilbakefall, da det er vist at antipsykotika minsker risiko for tilbakefall (Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD008016.).

Sannsynligvis vil pasienter som ikke er til fare for andre og som ikke har effekt av miljøterapi, og hvor vilkårene for tvangsmedisinering slik lovforslaget er i dag ikke er oppfylt, skrives ut i klart behandlingstrengende tilstand, da sykehusinnleggelse ikke har noen behandlingmessig hensikt. Faren blir da at flere pasienter må bli så dårlige at de fyller farekriteriet før de kan gis behandling. Det synes også som om utvalget undervurderer den økte belastningen som lovforslaget vil kunne gi pasientenes pårørende.

Det synes heller ikke som om utvalget har lagt vekt på den økte faren for at pasienter med schizofreni får økt dødelighet (Taipale et al, Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, Vol 197, July 2018, Pages 274-280). Forventet levetid hos denne pasientgruppen er opp til 25 år kortere enn hos normalbefolkningen. Årsaken er trolig multifaktoriell og inkluderer kardiovaskulære lidelser, diabetes, men og livstilsfaktorer og dårligere tilgang på helsetjenester. Ved å stille for høye krav til vedtak og ved å åpne opp for forhåndsgodkjenninger er det trolig at de sykeste med alvorlige sinnslidelser blir mest skadelidende, slik vi har sett etter samtykkekompetansekriteriet ble innført.

Det er en fare dersom utvalgets forslag blir vedtatt at det vil bli en økt HMS-risiko for ansatte å ha dårlige pasienter innlagt uten mulighet for å kunne gi adekvate medisiner. Vi ønsker en presisering i loven i forhold til hvordan en ser for seg at en skal håndtere pasienter der en ikke får medisiner men der de ikke blir bedre av alternative behandlingsformer. Hvor går grensen for når det er hensiktsmessig å fortsette å være innlagt? Slik loven står i dag vil det medføre et behov for flere ansatte, flere sengeplasser og flere bygningsmessige endringer slik at en kan gjennomføre tiltakene som beskrives.

Det synes også som om det i lovutkastet er fjernet adgangen til å bruke fysisk tvang for å medisinere pasienter som motsetter seg tvangsmedisinering. Dette oppleves inkonsistent dersom en først vurderer at pasienten har behov for medisinerne.

16. Flertallet foreslår en snever hjemmel for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten tvang (ikke motstand) som et livreddende tiltak.

Det er positivt at forhold rundt behandling med ECT blir lovfestet. Vi oppfatter forslaget slik at flere pasienter som i dag ikke har mulighet til å få ECT på grunn av manglende samtykke, kan få det med dette lovforslaget. Men alvorlig deprimerte pasienter som står i fare for å dø av for eksempel næringsvegning og dehydrering, og som motsetter seg ECT, mister med dette muligheten til å få livreddende behandling. Vi oppfatter dette som problematisk. Det vil igjen sannsynligvis føre til økt tvangsbruk med andre tvangsvedtak.

17. Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT.

Foretaket er kritiske til innføring av en reservasjonsrett for antipsykotika og ECT som skal gjelde 10 år fram i tid.

Vi støtter ikke utvalget i sin antagelse om «(...) at personer som faktisk har god effekt av antipsykotiske midler, og som har gjenvunnet beslutningskompetansen, vil nekte å bruke slike midler i fremtiden.» (side 580, andre avsnitt). Klinisk erfaring tilsier at svingende sykdomsinnsikt og delvis benekting av symptomer er del av patologien ved flere lidelser. Dagens strenge fortolkning av begrepet «manglende samtykkekompetanse» vil føre til at flere pasienter hvor det er tvil om samtykkekompetansen får lov til å fatte langtrekkende beslutninger.

Vi stiller oss undrende til utvalgets grunnlag for å uttale at en eventuell reservasjonsrett «(...) vil neppe gjelde særlig mange» (side 580, andre avsnitt).

Vi stiller oss undrende til utvalgets grunnlag for å uttale: «Utvalget tror dermed ikke at en reservasjonsrett vil føre til at mange pasienter, som ville hatt god effekt av antipsykotiske midler, hoper seg opp i sykehusavdelingene fordi de nå nekter å ta imot slik behandling.» (side 580, tredje avsnitt). Vi anser det som realistisk at nettopp dette vil skje.

Vi frykter at en slik reservasjonsrett vil medføre dårligere pasientforløp, økt symptomtrykk og betydelig økt risiko for tvangsbruk. Dette da psykotiske pasienter ikke får muligheten til stabil medikamentell behandling over tid. Dette er ikke i tråd med kunnskapsoppsummeringen og anbefalinger i nasjonale retningslinjer for psykoselidelser, som anbefaler 2-5 års behandling med legemidler ved hhv første- og gjentatte psykosegjennombrudd. Se for øvrig under punkt 15, for vurderinger rundt bruk av antipsykotika. Samme bemerkninger gjelder under dette punktet.

Unntak i nødssituasjoner jr. lovens kapittel 4, vil kun gjelde ved akutt fare for liv eller vesentlig helseskade, og slike korttidslegemiddeladministrasjoner vil ikke være tilstrekkelig for å behandle den underliggende psykiske lidelsen.

Lovforslaget synes ikke å ta inn over seg at ved mange psykosetilstander er medikamentell behandling nødvendig for å komme i posisjon til annen ikke-medikamentell behandling.

Dersom det skulle innføres en slik reservasjonsrett mener vi at det i vurderingen av en forhåndsreservasjon i tvangsbegrensningsnemnda, må det stilles strenge krav til spesifikk psykiatrikompetanse for å sikre en faglig god vurdering av samtykkekompetansen, og at fagpersonen sin vurdering må veie tyngst.

Vi frykter at en slikt forslag vil føre til at en god del pasienter vil gå glipp av muligheten til å motta effektiv behandling og således bli skrevet ut fra sykehus.

Vi tror også at det vil være en økt risiko for at disse pasientene kommer opp i situasjoner som gjør at faren for voldsbruk øker fordi de går ubehandlet og ingen fanger opp hvor syke de blir. Etter vår

vurdering ville det være svært uheldig å påføre dem en slik belastning som voldsutøvelse er, selv om antall pasienter skulle være lite. Vi tror også at et slikt forslag vil gi pasientens pårørende økte belastninger, noe som utvalget i liten grad diskuterer.

**18. Utprøving av nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte til å ta beslutninger i saker etter tvangsbegrensingsloven.
(Ingen kommentarer**