

TVANGSBEGRENSNINGSLOVEN (NOU 2019: 14)

Høringsuttalelse fra Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern

Generelt om lovutkastet

Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern (heretter: KPH) anser det som et riktig og viktig initiativ at en med det aktuelle lovutkastet foreslår en samordnet tvangslovgivning med utgangspunkt i dagens fire regelverk innen helse- og omsorgstjenesten i Norge. En felles tvangsbegrensingslov vil gjøre det lettere å innfri de menneskerettslige kravene som er nedfelt i FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). En slik lov vil dessuten trolig resultere i en mer helhetlig og verdimestlig og klinisk konsistent behandling og pleie av den enkelte tjenestemottaker enn hva som er tilfellet i dag.

Med en samordnet tvangslovgivning blir regelverket både mer generelt og komplekst enn hva det enkelte regelverk er i dag. Sett under ett vil likevel lovgivningen sannsynligvis gi en bedre oversikt over hvilke hjemler som finnes for å anvende tvang i helse- og omsorgstjenesten, enn hva en har i dag. Innføring av en felles tvangsbegrensingslov vil gi utfordringer i starten, men vil trolig samtidig åpne opp for et bedre samarbeid mellom ulike instanser og nivåer ved at disse må sette seg inn ett og samme regelverk, gjeldende både horisontalt og vertikalt i helse- og omsorgstjenesten. På basis av det ovenstående, samt på grunnlag av et generelt behov for oppdatering av lovverket på området, stiller KPH seg positiv til innføring av et nytt lovverk for tvangsbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder navnet på loven – «Tvangsbegrensingsloven» – , har dette internt i klinikken blitt møtt med blandede følelser. Det oppleves likevel som positivt at navnet signaliserer et fokus på å begrense tvangsbruken i helse- og omsorgstjenesten, versus det å gi loven et mer nøytralt navn som f.eks. «Tvangsanvendelsesloven».

KPH ser at lovutkastet i visse sammenhenger ikke er så avgrensende når det gjelder tvangsbruk, som det enkelte av dagens regelverk er det. Dette kan representere en utfordring, som en i lovutkastet riktig nok har forsøkt å håndtere ved å sette opp nye skranker mot unødvendig anvendelse av tvang.

Tvangsbegrensingsloven representerer generelt en sterk vektlegging av at frivillige tiltak *alltid* skal forsøkes før det overhodet er aktuelt å vurdere bruk av tvang. Dette betrakter KPH som svært positivt. Tilsvarende gjelder lovutkastets poengtering av viktigheten av bruker- og pårørendeinvolvering. Tvangsbegrensingslovens bestemmelser på dette området innebærer et klart fremskritt fra dagens regelverk.

Om kapittel 1

Klinikken er positiv til beskrivelsen av begrepene «motstand» og «antatt samtykke», slik disse begrepene er omtalt i lovutkastet i hhv. §§ 1-3 og 1-5, og ser det som ønskelig at begrepene har fått en essensiell plass i den foreslåtte tvangslovgivningen. Fokuset på motstand gjør at en unngår å formalisere som tvang handlinger som pasienten synes å ønske/samarbeider om. En oppnår samtidig at negativt muntlig press blir formalisert som tvang i situasjoner hvor det reelt foreligger motstand fra pasientens side.

KPH er videre fornøyd med at det i lovutkastets § 1-4 nr. 5 eksplisitt slås fast at «Vurdering av beslutningskompetanse skal skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.».

Om kapittel 2

Sett under ett anser klinikken at kapitlet gir et godt grunnlag for å drive systematisk kvalitetsarbeid med sikte på å forebygge/reducere tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten. Ikke minst kan § 2-4 (Evaluering av bruk av tvangstiltak) i lovutkastet bidra meget konkret til slikt arbeid.

Om kapittel 3

Slik KPH vurderer lovutkastet, styrkes pårørendes rettigheter i dette sammenliknet med dagens situasjon. Pårørendes perspektiv er av stor viktighet i helse- og omsorgstjenesten, og vi er positive til den poengteringen av viktigheten av dette som tvangsbegrensningslovens bestemmelser innebærer.

Om kapittel 4

Klinikken anser det som viktig at tiltak i nødssituasjoner blir klarere differensiert og lovregulert enn hva som er tilfellet i dagens lovgivning, og dette gjøres i lovutkastet. Det er videre positivt at kapitlet åpner for tiltak, om nødvendig med tvang, i situasjoner hvor en person oppviser en atferd som er sterkt sosialt fornedrende. Vi mener at inngripen i slike tilfeller er viktig for å beskytte den aktuelle personens interesser på sikt, og at denne således har et klart omsorgsperspektiv.

Klinikken støtter derimot ikke substansen i § 4-3 siste ledd, hvor det slås fast at hjemmelen for bruk av mekaniske innretninger som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner bortfaller tre år etter at tvangsbegrensningsloven tre i kraft. Etter vår oppfatning vil fjerning av muligheten til å bruke f.eks. belter i nødssituasjoner øke skaderisikoen for så vel personell som medpasienter sammenliknet med dagens situasjon. I klinikken opplever vi en økende voldsproblematikk blant pasientene som følge av at stadig flere pasienter innlegges med en kombinasjon av problemer med rusmisbruk og psykisk lidelse. I tillegg mottar klinikken flere personer enn tidligere som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Medisinering og fastholding vil tidvis ikke være tilstrekkelig som skadeavvergende tiltak for håndtering av nødssituasjoner. Enkelte pasienter opplever også fastholding som et større overgrep enn bruk av belter. Dette siste ser en bl.a. av og til hos pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Vi mener derfor at hjemmelen i § 4-3 første ledd nr.1 for bruk av mekaniske innretninger som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, ikke kan være tidsbegrenset til tre år.

KPH støtter heller ikke substansen i lovutkastets § 4-4 siste ledd. Slik vi betrakter det, er det, av hensyn til tryggheten for andre pasienter og personell, nødvendig at mekaniske innretninger er tilgjengelige på den avdelingen hvor det kan bli behov for å bruke slike. I en nødssituasjon vil det generelt være svært liten tid til å hente mekaniske innretninger fra en oppbevaringsplass utenfor den aktuelle avdelingen. Vi ser imidlertid gjerne at det i regelverket presiseres at mekaniske innretninger ikke skal være synlige i avdelingen og på det viset fremstå som en trussel med sin tilstedeværelse.

Vedrørende § 4-7 mener klinikken at tvangsbegrensningsloven også bør hjemle fysisk nedleggelse av en person som skadeavverging i en nødssituasjon dersom dette er nødvendig for å hindre at personens atferd får alvorlige økonomiske og andre konsekvenser for stedet der nødssituasjonen utspiller seg. Dette er ikke bare et økonomisk anliggende, men dreier seg om konsekvensene av at en

avdeling blir påført store materielle skader. Slike hendelser kan både i sterk grad påvirke rammene øvrige pasienter får for sin behandling, og fremstå skremmende for medpasienter når de inntreffer. Svaret på spørsmålet om når tvangsinnretninger som belter kan brukes, kan ikke bare bestemmes av hensynet til den pasienten som er urolig, men må også ta hensyn til medpasienter.

Om kapittel 5

I § 5-4 første ledd nr. 2.a) anvendes begrepet «psykiske helseproblemer» i stedet for «alvorlig sinnslidelse». KPH mener at en med dette risikerer å få en utglidning når det gjelder forståelsen av begrepet «sterkt behov for», selv om lovens forarbeider signaliserer at det ikke er en intensjon at tvangsbegrensningsloven skal medføre en utvidelse av mulighetene for tvangsanvendelse i helse- og omsorgstjenesten. I klinikken er vi derimot redde for at den aktuelle lovendringen kan lede til et slikt resultat. Sett opp imot § 5-5, hvor begrepet «alvorlig sinnslidelse» benyttes i første ledd nr. 1 ved fare for andres liv eller helse, fremstår lovendringen dessuten som noe ulogisk etter vår oppfatning.

Lovutkastets § 5-4 første ledd nr. 10 oppstiller et krav om at det bl.a. skal være inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet før tvangsinnleggelse eller tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet kan gjennomføres. KPH betrakter dette vilkåret som et viktig bidrag til å ivareta den enkelte aktuelle persons samlede tjenestebehov.

Klinikken er svært positiv til § 5-7, som klinikken mener kan bidra til å sikre ro på nattetid for aktuelle brukere som mottar heldøgns helse- og omsorgstjenester utenfor helseinstitusjon.

Slik klinikken betrakter det, representerer lovutkastets § 5-8 en ivaretagelse av pårørende, som er sentrale støttespillere for brukerne. Vi støtter derfor denne lovparagrafen.

Om kapittel 6

KPH vurderer del I – «Tiltak personen ikke motsetter seg» – som gjennomgående svært positiv.

Klinikken stiller seg videre positiv til at del II – «Tiltak personen motsetter seg» – åpner for tiltak som det etter dagens regelverk ikke er mulig å gjennomføre, og som er mer skånsomme mot den det gjelder, enn alternative tiltak som fort kan komme til anvendelse.

Vedrørende del III – «Særlige grenser for behandling av psykiske helseproblemer – er vi positive til den retten til å reservere seg mot behandling som er nedfelt i §§ 6-14 og 6-15, hvor reservasjonsretten i førstnevnte paragraf kun unntaksvis ikke gjelder (f.eks. når en aktuelle personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse).

Når det gjelder del IV – «Særlige grenser for enkelte gjennomføringstiltak» – , foreslår klinikken at det i § 6-16 tas inn en referanse til § 4-3 første ledd nr. 1, som hjemler bruk av mekaniske innretninger som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner.

Endelig er vi positive til del V – «Forhåndssamtykke til tvang i særlige tilfeller m.m.».

Om kapittel 7

KPH stiller seg positiv til § 7-1 om husordensregler.

I både § 7-2 og § 7-3 poengteres det at kroppsvisitasjon skal gjennomføres av en person av samme kjønn som den som undersøkes. Om kroppsvisitasjon foreslår klinikken heller en formulering i retning av dette: «En person som skal kroppsvisiteres, har rett til å velge å få gjort dette av en person av samme kjønn som en selv. Førstnevnte skal likevel kunne ha innvirkning på hvem som gjennomfører kroppsvisitasjonen, så fremt dette er praktisk mulig.».

Om kapittel 8

I § 8-7 andre ledd heter det at «Helse- og omsorgstjenesten kan kreve bistand av politiet til gjennomføring av tiltak, om nødvendig med bruk av tvang.» KPH mener at loven her etablerer et alternativ som helse- og omsorgstjenesten kan gripe til når andre måter å gjennomføre tvangstiltak på ikke anses som forsvarlige. Bestemmelsen står i kontrast til den bistandsplikten politiet i dag har overfor helse- og omsorgstjenesten. Dersom andre ledd i lovutkastets § 8-7 blir vedtatt slik det nå foreligger, må en sikre at alle sentrale rundskriv som vil bli berørt av den aktuelle bestemmelsen, oppdateres.

Om kapittel 9

Det er god kvalitetssikring at en må samrå seg med annet kvalifisert personell ved vedtak og beslutninger etter kapittel 5, 6 og 7 i loven (jf. § 9-6), unntatt ved tiltak personen ikke motsetter seg (jf. § 6-2). Slik helsetjenesten er utformet i dag, representerer imidlertid denne bestemmelsen en betydelig praktisk utfordring. Spesielt vil dette være tilfellet i akutt-tjenesten og i mindre helseregioner. Etter klinikkens oppfatning er samråsplikten særlig viktig ved mer omfattende og langvarige tiltak, mens denne bør nedtones når det gjelder akutte pasientforløp. I helger og høgtider vil det være svært vanskelig å oppfylle kravet om å samrå seg med annet kvalifisert personell innen f.eks. 24 timer.

Klinikken er positiv til lovutkastets § 9-12, som hjemler muligheten til å treffe og gjennomføre samlevedtak etter flere bestemmelser i loven dersom dette anses som hensiktsmessig. Etter vår oppfatning legger denne bestemmelsen til rette for en mer hensiktsmessig praksis enn hva vi har mulighet for i dag, og den sikrer sammenheng mellom vedtak som i dag må fattes separat.

Om kapittel 10

KPH støtter at én instans får ansvaret for å holde oversikt over tvangsvedtak, beslutninger om tiltak i nødssituasjoner, dokument om forhåndssamtykke og innsendte husordensregler m.m. Dette sikrer et mer helhetlig blikk på tvangsbruken i helse- og omsorgstjenesten på system- og individnivå.

Når det gjelder lovutkastets bestemmelser om klage, fremstår disse som relativt komplekse og krevende å forstå. Etter vår oppfatning burde det være slik at alle klager på vedtak om tvang og alle klager på selve gjennomføringen av slike går til tvangsbegrensningsnemnda, mens alle klager om feilbehandling sendes til fylkesmannen. Med nåværende formulering av teksten i kapittel 10 og 12 er det enkelte steder noe utydelig når det gjelder hvem som er klageinstans for hva. Dette er uheldig og vanskeliggjør klageadgangen for brukerne.

Etter klinikkens oppfatning er det et behov for en bedre klargjøring av hva som er tvangsbegrensningsnemndas oppgaver, og hva som er fylkesmannens oppgaver, enn det lovutkastet inneholder pr. nå.

KPH er positiv til den profesjonaliseringen som etablering av tvangsbegrensningsnemnder for behandling av tvangsvedtak på flere områder i helse- og omsorgstjenesten, innebærer. Denne endringen vil sannsynligvis lede til mer konsistente og helhetlige vurderinger enn hva som i dag er tilfellet innenfor forvaltningen av den samlede norske tvangslovgivningen.

Om kapittel 12

Jf. andre avsnitt i klinikkens kommentar til kapittel 10 ovenfor.

Om kapittel 16

Etter KPH sin oppfatning er det uheldig at en rettslig instans tar avgjørelser om behandling og behandlingsbehov hos domfelte personer. Det bør ligge til grunn at dom som innebærer behandling i psykisk helsevern, kun kan foreligge i tilfeller hvor det er definert et mulig behandlingspotensial. Det finnes flere tilfeller hvor personer dømmes til tvungent psykisk helsevern, men hvor potensielt utbytte av dette er svært begrenset. Som følge av dette bør det skilles mellom domfelte som kan ivaretas med soningsplass i fengsel med særskilt tilrettelegging for ivaretagelse av psykisk helse, og domfelte som trenger en mer aktiv behandling for psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten. Dersom en ikke skiller mellom disse to gruppene av domfelte, er det etter klinikkens mening en høy risiko for at en betydelig del av ressursene i psykisk helsevern bindes opp til behandlingsprosjekter som har liten mulighet for utbytte. Behandlingsressurser bør prioriteres mot de grupper som har størst potensial for å nyttiggjøre seg behandling, da uten at dom til behandling automatisk medfører en høyere prioritering enn andre som trenger det mer. Det bør være en uavhengig sakkyndig spesialist som vurderer om den domfelte primært trenger pleie og omsorg, eller om vedkommende trenger mer aktiv behandling. Ved lengre dommer kan en også tenke seg at enkelte vil være ferdig med den behandling som trenges i spesialisthelsetjenesten, før dommens fullendelse, og at disse da kan være klare til å bli overført til fengsel som i tilstrekkelig grad kan ivareta pleie- og omsorgsbehov som nevnt ovenfor.

Den samme problemstillingen er for øvrig gjeldende for varetektssurrogat-instituttet (straffeprosessloven § 188).

Særskilte kommentarer fra TSB i Helse Fonna

1. Forvaltning av begrepene «beslutningskompetanse» og eksempelvis «antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom vedkommende hadde vært beslutningskompetent» (jf. § 5-4 første ledd nr. 5) er problematisk i TSB. Mange TSB-pasienter vil ha en rask tilfriskning ved avrusning både kognitivt og når det gjelder symptomuttrykk og funksjon. Det vil kunne innebære at pasienten kan bli vurdert som beslutningskompetent etter kort tid i vedtaksperioden. Det betyr dog ikke at beslutningen pasienten tar, er bygget på kompetanse. Som regel vil det være helt andre momenter, som f.eks. abstinens, som er

avgjørende for en hastig avgjørelse etter kort tid. Etter vår oppfatning er det behov for en klargjøring av selve substansen i ovennevnte to begreper.

2. Lovutkastets § 5-4 hjemler tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i inntil 3 mnd. Mange TSB-pasienter vil imidlertid fremstå som beslutningskompetente etter avrusning. Dersom tvangsvedtaket da opphører, vil det føre til stor risiko for overdose. Forskning viser at totalt fravær av opiater i 3-8 dager gir toleransereduksjon og dermed stor fare for overdose ved nytt inntak av opiater. Dette igjen bør være et argument for iverksettelse av nytt tvangsvedtak, men dersom en skal ta hensyn til pasientens tidligere erfaring med tvangsinnleggelse og til hvordan vedkommende tidligere har uttrykt seg om slik intervensjon, vil det være vanskelig å iverksette en ny prosess mot tvang. Dette vil i sin tur kanskje føre til nytt hastevedtak med påfølgende avslutning av innleggelsen etter kort tid når pasienten har fått beslutningskompetanse igjen. Fagfeltet ser med stor bekymring på dette punktet og tenker at dette fører til større fare for liv og helse. En vet av langvarig erfaring at overgang fra avrusning skal være sømløs med innleggelse påfølgende dag. Ved opphør av tvang vil en ikke være sikret en slik overgang. Det er en grunn til at det i utgangspunktet ble bestemt at et tvangsvedtak innen TSB kan ha en varighet på inntil 3 mnd. En vet hvor lang tid det tar å bli i stand til å se behov for endring i eget liv.
3. Vedrørende den nye inntaksmodellen for TSB er det behov for å i § 5-4 presisere hvilken instans – kommune eller spesialisthelsetjeneste – som kan fatte vedtak om tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet.
4. Når det gjelder hvem som kan være vedtaksansvarlig for tiltak i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, jf. § 9-1 andre ledd, mener TSB-feltet i KPH at formuleringen i nevnte paragraf må endres til «Vedtaksansvarlig for tiltak i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller psykolog med relevant spesialistgodkjenning, praksis og videreutdanning, som er utpekt av virksomheten.» I lovutkastets § 5-4 bør det, slik klinikkens TSB-felt ser det, presiseres at den vedtaksansvarlige skal treffe pasienten og undersøke vedkommende.

Haugesund, 01.11.19

Kenneth Eikeset

Klinikkdirektør

Klinikk for psykisk helsevern

Helse Fonna HF

