



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato
08.11.2021

Hørings svar – Oppfølging av forslagene fra Tvangslovsutvalget

Mental Helse takker for muligheten til å komme med innspill til helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Under følger våre innspill.

I Mental Helses samfunnspolitiske program heter det: «I 2019 kom forslaget om en felles tvangsbegrensningslov som samler «Lov om spesialhelsetjenesten» og «Lov om pasientrettigheter», samt all tvangsgivning innenfor helse- og sosialtjenesten, i en felles lov. Dette forslaget oppfyller mange av kravene Mental Helse har fremmet, men vi ser samtidig at innføringen av et slikt lovverk vil kreve mye mer enn kun en lovendring. Dersom loven blir vedtatt forplikter det bevilgende myndigheter i den forstand at helse- og sosialtjenesten må settes i stand til å leve opp til lovens krav.»

Mental Helse ønsker:

- at innsatsen økes med tanke på å identifisere og formidle kunnskap som bidrar til reduksjon i tvangsbruk.
- tydeligere krav til hvordan institusjoner og personell arbeider for å hindre bruk av tvangsmidler.
- at bruk av vedtak som omhandler tvang uten innleggelse opphører i de tilfeller hvor slike vedtak utelukkende har tvangsmedisinering som hensikt.
- at vedtak om tvang uten døgn ikke benyttes i de tilfeller hvor tilstrekkelig oppfølging av pasienten, og et godt nok tilpasset behandlingstilbud, vil kunne bidra til å oppnå ønsket resultat.
- at alle behandlingsinstitusjoner i større grad pålegges å arbeide aktivt for redusert bruk av fysiske restriksjoner. Herunder at aggresjonsforebyggende og aggresjonsdempende adferd vektlegges i opplæring av personell som har rett til å utøve makt.
- at når gjennomføring av tvangstiltak er nødvendig, må det kvalitetssikres, og gjøres på en så human og lite inngripende måte som mulig.
- at transport av mennesker med psykiske helseutfordringer foretas av kvalifisert helsepersonell i egnede kjøretøy, og at eventuelt politi som er involvert skal ha kunnskap om psykisk helse og håndtere gjeldende personer med respekt og omsorg.
- bedre formidling av rettigheter og klagemuligheter til brukere som utsettes for tvang
- at Helsedirektoratet skal sørge for økt kvalitetssikring gjeldende kompetanse hos medlemmer av kontrollkommisjonene.
- at problemstillinger knyttet til skjult tvang settes tydeligere på dagsordenen.
- flere tilbud om medisinfri behandling herunder at bruker- og pårørendekunnskap blir en reell del av kunnskapsbasert praksis. Mental Helse vil i tillegg jobbe aktivt for at det blir etablert flere egne medisinfrie enheter.
- at brukere og særlig fagmiljøene bevisstgjøres når det gjelder samtykkekompetanse og hva det innebærer.

Side 1 av 6

Innledende bemerkninger

Mental Helse er fornøyde med at departementet vil følge opp de aller fleste punktene fra Tvangslovsutvalget og vi støtter i all hovedsak intensjonene i lovforslaget selv om vi på noen områder mener at forslaget kunne vært enda tydeligere og gått enda lenger. Vi mener at dette forslaget, dersom det blir vedtatt, vil kunne bidra til å redusere bruk av tvang i Norge.

Vi ser samtidig at innføringen av et slikt lovverk vil kreve mye mer enn kun en lovendring. Dersom loven blir vedtatt forplikter det bevilgende myndigheter i den forstand at helse- og sosialtjenesten må settes i stand til å leve opp til lovens krav.

I dette høringssvaret har Mental Helse fokusert på å besvare de konkrete problemstillingene departementet ønsker innspill på innenfor våre felt, men vi viser også til vårt høringssvar i første hørringsrunde om ny tvangsbegrensningslov som er vedlagt i slutten av dette dokumentet.

Innspill til departementets konkrete spørsmål

- 1) *Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?*
 - For å lykkes med å redusere bruken av tvang er det helt avgjørende at man får tilstrekkelig og adekvat hjelp på et tidlig tidspunkt. Vi mener at årsaken til mye av tvangen som utføres i dag handler om at folk ikke får den hjelpen de trenger, når de trenger den.
 - Mental Helse mener at helsetilbudet må styrkes betraktelig for at lovendringen skal ha en reell effekt. Samtidig er det behov for at samhandling og samarbeid mellom de ulike nivåene styrkes. Det er akkurat 20 år siden «individuell plan» ble innført og vår erfaring er fortsatt manglende samhandling mellom tjenestene.
 - Det er behov for en god fysisk utforming av institusjonene og virksomhetene som legger til rette for mindre tvangsbruk. Lovendringen er bare en holdningsendring, mens psykisk helsevern trenger mer enn bare en lovendring. Hvis ikke kan vi endre opp med et lovforslag som til slutt må reverseres da det ikke er nok ressurser til å følge opp lovendringens forpliktelser.

- 2) *Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?*
 - Mental Helse mener at mye av dagens tvangsbruk kan skyldes en kombinasjon av ressursknapphet og manglende kompetanse om hvilke forebyggende og aggresjonsdempende tiltak som kan gjøres. For at behandling skal fungere må den være basert på frivillighet. Derfor mener Mental Helse at tvang ikke skal være et verktøy i behandlingsøyemed, slik det gjøres i enkelte tilfeller i dag, men forbeholdes i hovedsak som et middel for å avverge fare.
 - Fysiske tilrettelegginger og mer egnede behandlings- og oppholdsrom kan virke beroligende og forebyggende for brukeren. Samtidig er det behov for holdnings- og adferdsendring hos helsepersonell og i behandlingsforløp hvor brukeren møtes med større grad av frihet og forståelse. Et konkret tiltak er tilgjengelig hjelp og brukerstyrt akuttseng når man trenger det.

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

- Tvangsbegrensningsloven, dersom den gjennomføres, vil bidra til en stor endring i hvordan helsetjenestene praktiserer tvangsbruk. Derfor mener Mental Helse at helsepersonell må få gjennomgå kompetansestyrking på området i tillegg til at alle gjør seg godt forstått med innholdet og det nye regelverket for tvangsbruk. Men det bør først og fremst gjøres en innsats i hvilken kompetanse helsepersonell og behandlingssteder innehar på forebyggende tiltak.
- I tillegg bør det tilbys rettighets- og informasjonskurs for brukere og pårørende så alle parter er kjent med lovverk og retningslinjer under et behandlingsforløp.

4) *Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?*

- En holdningsendring om tvang trenger ikke endre tjenestene, men det må legges mer vekt på andre midler fremfor tvangsbruk. Det er viktig at behandlere får mer tid med bruker fremfor ressursknapphet. Annerkjennelse av erfaringskunnskapen er nødvendig for å sikre gode helsetjenester. Det handler mye om hvordan tvang utføres og om det gjøres av omsorgshensyn hvor respekt, likeverd, omsorg og verdighet må være sentralt.

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

- Å være pårørende kan være belastende, særlig om man ikke opplever nok støtte fra helsetjenestene. Derfor må det først og fremst sikres at brukere, med økt selvbestemmelsesrett, ikke blir belastende for pårørende, men at helsetjenestene bærer denne byrden.
- Det bør tilbys rettighets- og informasjonskurs for brukere og pårørende så alle parter er kjent med lovverk og retningslinjer under et behandlingsforløp.

6) *Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?*

- Alle ledd må få kunnskap og nok ressurser til å kunne organisere og strukturere arbeid og opplæring. Samtidig må organisasjonene få midler til å kunne gjennomføre rettighetskurs for alle som berøres av tvang og for å styrke egne representanter i brukerutvalg.
- Brukererfaring må tillegges større vekt i utforming og evaluering av tjenestene.
- Fagmiljøene må anerkjenne brukererfaringene.
- Mental Helse er opptatt av at det må være stedlige nemnder, og vi ønsker at nemndene utvides med en ekstra person med bruker- eller pårørendeerfaring.

7) *Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?*

- Mennesker med psykiske helseutfordringer har ofte behov for langvarige tjenester fra flere instanser og på flere nivåer. Som tidligere nevnt, er det 20 år siden «individuell plan» ble innført og vår erfaring er fortsatt manglende samhandling mellom tjenestene. Konkrete tiltak for tilrettelegging og oppfølging finnes i dag igjennom individuell plan, samhandlingsreformen og pakkeforløp, men disse fungerer ikke. Det er en utfordring at tjenestene ikke er organisert slik at det lønner seg å samhandle til det beste for brukeren. Dette gjelder både nivådeling i helsevesenet, samt manglende samordning mellom helse-, sosial- og velferdstjenester. Behandlingsforløpene skal se hele mennesket, være fleksible og ivareta den enkeltes individuelle behov.

8) *Ulike alternativer for hvordan en eventuell adgang til å reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler bør innrettes (se punkt 6.11)*

- Mental Helse mener at brukeren ikke skal utsettes for tvangsmedisinering eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse. I den forbindelse må det utvikles gode behandlingsskulturer for medisinfri behandling, også innen tvang, som kan styrke et fagfelt med behov for kunnskapsutvikling.
- Mental Helse støtter at det foreslås innført reservasjonsordninger for ECT og tvangsmedisinering. Dette er et viktig forslag som bidrar til å styrke den enkeltes selvbestemmelse og autonomi.
- Mental Helse ønsker imidlertid at kriteriene for reservasjon mot ECT og tvangsmedisinering skal være likelydende. Det betyr at kriteriet om at man må ha opplevd psykose og blitt medisinert med antipsykotika ikke kan være en forutsetning for å kunne reservere seg mot tvangsmedisinering.
- Slik utvalget foreslår reservasjonsretten skal denne være skriftlig datert, underskrevet og angi hvilke legemidler reservasjonen gjelder. Mental Helse mener det må legges opp til mulighet for reservasjonsrett og at dette skal være enkelt for brukeren og tilgjengelig i journal. Derfor bør det være mulighet for å kunne levere digital reservasjon slik at flere kan ta stilling til sine behov på forhånd.

9) *Hvor lang bør utfasingsperioden for adgang til å bruke mekaniske innretninger i nødssituasjoner være? (se punkt 6.13)*

- Mental Helse mener tidsrammen bør være på 3 år, slik utvalget har foreslått, men at det gjøres evalueringer underveis for å se nærmere på hvordan fravær av mekaniske innretninger påvirker andre forhold og om det har en uheldig økning i bruk av tvangsmedisinering, fysisk tvang eller skjerming.

10) *Hvordan kan behov for å håndtere nødssituasjoner best balanseres mot ønsket om å øke terskelen for å bruke de mest inngripende tiltakene, jf. utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal kunne oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen? (se punkt 6.13)*

- Mental Helse støtter utvalgets forslag om at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i umiddelbar nærhet av avdelingen da det kan bli enkelt for helsepersonell å ta i bruk disse midlene unødvendig ofte. Vi mener at mekaniske innretninger kun kan benyttes i tilfeller hvor personer ikke motsetter seg tiltaket eller hvor pasienten selv foretrekker det.
- Lovisenberg klarte å minimere bruken av mekaniske tvangsmidler som beltesenger og transportbelter med 80 prosent ved de akuttpsykiatriske avdelingene. Dette ble gjort med kompetanseheving og holdningsendring i møte med pasienter, noe som enkelt kan gjøres over hele landet innenfor dagens lovverk.
- Alternativ tilbys sanserom, universell utforming for psykisk helse og tilrettelagte beroligende rom for pasienten, fremfor kliniske sykehusrom. Kombinert med en holdningsendring i hvordan helsepersonell møter pasienter vil dette ha en beroligende og aggresjonsforebyggende effekt.

11) *Er det behov for en særskilt bestemmelse om adgang til å bruke mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall bør utformes? (se punkt 6.13)*

- Mental Helse vet at det er personer som foretrekker bruk av mekaniske innretninger for omsorgs- og trygghetsformål. Personer som har vært utsatt for overgrep kan oppleve det traumatisk å bli fastholdt av behandlere og kan foretrekke mekaniske innretninger. Vi foreslår at det opprettes et regelverk for bruk av mekaniske innretninger hvor det kun kan benyttes i tilfeller med omsorgsformål hvor forhåndssamtykke kan være nødvendig.

12) *Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling eller vil den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene? (se punkt 6.15)*

- Mental Helse stiller seg positivt til at bruk av skjerming inndeles etter formål med tiltaket. Dette vil i større grad kunne medføre differensiering av inngangskriteriene for bruk av denne metoden. Vi vil likevel understreke at skjerming oppleves som et særdeles inngripende tiltak for veldig mange, og gjennomføringen av slike tiltak er av avgjørende betydning for opplevelsen for personer som utsettes for dette. Utvalget stiller opp noen krav både til innholdet i skjermingen og til utformingen av skjermingsrom. Vi mener utvalget ikke er tydelig nok her. Kravet til skjermingsrommene er, etter utvalgets forslag, at de skal ha samme utforming som vanlige beboerrom. Dette er ikke godt nok, da mange av beboerrommene i dag ikke er spesielt egnet hverken som beboerrom eller skjermingsrom. I tillegg bør disse være i utkanten av/adskilt fra avdelingen for å skjerme andre pasienter.
- Mental Helse mener at skjerming med tvang som behandling er et svært inngripende tiltak og bør ikke videreføres.

Avsluttende bemerkninger

I kjølvannet av den grusomme hendelsen på Kongsberg har det oppstått en debatt om hvordan personer med psykiske helseutfordringer ivaretas i Norge. Flere psykiatere, fagpersoner og politikere har løftet frem behovet for at institusjonene skal kunne bruke mer tvang i behandling. Mental Helse mener denne debatten er svært unyansert og ikke tar for seg de mange utfordringene som er i norsk psykisk helsevern.

Mens det diskuteres om mer eller mindre tvangsbruk i pressen, fortsetter utviklingen av sykehusene i retning av mindre ressursbruk. Fra 1998 til 2018 ble antallet sengeplasser i psykiatrien i Norge redusert fra 6.276 til 3.359. Fra 2009 til 2018 har antall liggedøgn blitt redusert fra 27 døgn til 18, noe psykiaterne selv mener er for lite til å kunne utrede og behandle pasienten og etablere et godt tverrfaglig samarbeid rundt videre oppfølging. Samtidig flyttes behandlingsstedene til polikliniske enheter i kommunen og fremover skal det legges mer til rette for at pasientene og pårørende tar på seg mer ansvar for sin egen behandling ved at de bor hjemme med digital oppfølging. Men i de kommunale tjenestene er ikke situasjonen noe bedre;

1 av 4 får sine henvisninger avvist før de har fått muligheten til å snakke med fagkyndige. Det er en stor økning i spiseforstyrrelser blant unge. Mellom 6-700 dør i selvmord hvert år og halvparten av disse har nylig vært i kontakt med helsevesenet. Stadig flere av disse er barn og unge. Ventetiden hos avtalespesialister (psykologer) er over 6 måneder. I Helsesørøst, hvor majoriteten av befolkningen bor, er ventetiden hos mange over 1 år. Dette er ikke forsvarlig, noe psykologene selv påpeker.

Mental Helse mener derfor at det uheldig at diskusjonen om tvangsbruk har oppstått på bakgrunn av en enkelthendelse. Derimot må man se helhetlig på hvilket system som er skapt for å følge opp mennesker med psykiske helseutfordringer. Hadde vi hatt behandlingssteder som var dimensjonert for å la personer med psykiske helseutfordringer få rett behandling til rett tid, ville tvangsbruken vært mindre. Det er et skrikende behov for en opptrappingsplan og kvalitetsreform som styrker hele tjenestebildet.

Vi håper derfor at departementets og regjeringens arbeid med tvangsbegrensningsloven fortsetter å se nytten av et mer samlet og bedre lovverk for bruk av tvang samtidig som rettighetene til pasientene ikke viker for kostnadseffektivitet og ressursbruk.

Med vennlig hilsen

Jill Arild
Landsleder

Linda Berg-Heggelund
Generalsekretær



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato
16.12.2019

Hørings svar NOU 2019: 14

Mental Helse takker for invitasjonen til å avgi hørings svar på Tvangsbegrensingsloven og vil i det følgende fremme våre innspill.

I Mental Helses samfunnspolitiske program heter det blant annet:

Mental Helse mener at all tvangsbehandling i helse- og sosialtjenesten må samles i en felles lov med likelydende krav til vedtak og gjennomføring av tvangsbestemmelser. En samlet tvangslovgivning bør primært siktes inn på å avklare forutsetninger for hvordan tvang kan unngås.

Mental Helse vil:

- *At innsatsen økes med tanke på å identifisere og formidle kunnskap som bidrar til reduksjon av tvangsbruk.*
- *Ha tydeligere krav til hvordan institusjoner og personell skal være forpliktet til å arbeide for å hindre at behov for bruk av tvang oppstår.*
- *At bruk av vedtak om tvang uten døgn opphører i de tilfeller hvor slike vedtak utelukkende har tvangsmedisinering som hensikt.*
- *At alle behandlingsinstitusjoner i større grad pålegges å arbeide aktivt for redusert bruk av mekaniske tvangsmidler. Herunder at aggresjonsforebyggende og aggresjonsdempende adferd vektlegges i opplæring av personell som har rett til å utøve makt.*
- *At når gjennomføring av tvangstiltak er nødvendig, kvalitetssikres og gjøres det på en så human og lite intervenserende måte som mulig.*
- *At transport av mennesker med psykiske helseutfordringer foretas av kvalifisert personell i egnede kjøretøy.*
- *At Helsedirektoratet skal sørge for kvalitetssikring av kompetanse hos medlemmer av kontrollkommisjonene.*
- *At problemstillinger knyttet til skjult tvang settes tydeligere på dagsorden.*

Side 1 av 8

- *Ha flere tilbud om medisinfri behandling, herunder at bruker- og pårørendekunnskap blir en reell del av kunnskapsbasert praksis. I tillegg jobbe aktivt for at det blir etablert flere egne medisinfrie enheter.*

Sett i lys av dette vil tvangsbegrensningsloven, dersom den vedtas og iverksettes etter intensjonene til utvalget, på mange områder oppfylle mange av kravene Mental Helse har stilt til lovverket og feltet i en årrekke.

En felles lov og fjerning av diagnosenære vilkår

Innledningsvis vil vi si oss særdeles fornøyd med at utvalget har tatt mål av seg til å samle all tvangsløvgivning i ett lovverk. Utvalget er av samme oppfatning som Mental Helse har vært i mange år. Det er stigmatiserende og i strid med CRPD å ha en psykisk helsevernlov hvor det er et eget lovverk knyttet til bestemte diagnoser, og hvor det er ulike bestemmelser for bruk av tvang avhengig av diagnose. Det vil si at vi støtter utvalgets forslag å gå vekk fra de diagnosenære vilkårene, og heller legge manglende beslutningskompetanse og et stekt behov for hjelp til grunn for inngripen. Vi mener, i likhet med utvalgets flertall, at dette vil bidra til å minske gruppetenkningen og at individuelle vurderinger i større grad legges til grunn. Dette åpner imidlertid for skjønnsmessige vurderinger. At frivillighet skal være prøvd, og at «antatt samtykke» og «nærliggende og alvorlig risiko for personens vesentlige helseskade» er gjort til gjennomgående vilkår i tillegg til manglende beslutningskompetanse og et sterkt behov for hjelp er derfor viktig.

Det at vi nå kan få et lovverk som har felles regler på tvers av dagens sektorinndeling håper vi vil bidra til å gjøre det lettere for alle parter å navigere i lovverket, og at saksbehandling, overprøving og kontroll blir enklere, og at det blir en mer ensartet praksis for alle sektorer. Vi vil likevel nevne at det for oss ser ut som at mye av lovverket bygger på dagens lov om psykisk helsevern. Hvordan dette vil slå ut for andre grupper har vi ikke tatt stilling til, selv om vi ser at dette kanskje vil være utfordrende på noen områder

Selvbestemmelse og autonomi v.s. rett til helse

Selv om Mental Helse i hovedsak har valgt å støtte flertallet i utvalget er det er likevel interessant å lese dissensene, både den generelle dissensen til Erichsen og Gitlesen, og de spesifikke dissensene på ECT og tvangsmedisinering. Her sier de blant annet at lovutvalget også etter siste utvalgsmøte beveget seg noe mer i retning av de internasjonale menneskerettskravene til bla CRPD-komiteen.

Mental Helse skulle ønske at lovutvalget hadde beveget seg noe lenger i å gi selvbestemmelse og autonomi et enda tydeligere innhold. Dette spesielt med tanke på det store etiske og moralske dilemmaet knyttet til fare for vesentlig helseskade ved bruk av tvang og makt. Utvalgets flertall mener at man har en moralsk forpliktelse til å gripe inn når mennesker ikke er i stand til å ivareta sin egen helse og sitt eget liv, og dermed trolig utsetter seg selv for vesentlig helseskade. Det er likevel et viktig poeng at kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang og makt i behandlingsøyemed er mangelfullt, og det er også utstrakt rapportering om at bruk av tvang og makt i seg selv fører til vesentlig helseskade. Kunne en

del av tvangstilfellene vært unngått med økt fokus på det som skjer før tvangstiltak iverksettes? Mental Helse mener det.

Vi mener at fokus i større grad burde vært på de som forvalter tvangen, altså helsepersonellet, istedenfor på den som utsettes for tvang og makt. Utvalget legger til grunn at de ønsker et økt fokus på gjennomføringsfasen, og dette støtter Mental Helse. Vi mener imidlertid at utvalget ikke går langt nok.

Utvalget sier at det er oppstilt særlige krav om skånsomhet og ivaretagelse av grunnleggende behov. Personer som er utsatt for tvang er i en særdeles sårbar situasjon, og når det har kommet så langt at man må iverksette tvangstiltak er det snakk om mennesker som er veldig syke. Vi mener at det er av avgjørende betydning at personell som skal ivareta mennesker i en så vanskelig livssituasjon er høyt kvalifisert, og at kompetansen på disse avdelingene må heves betraktelig. I denne sammenhengen er det sentralt at personalet har god relasjonskompetanse, at de har kompetanse på aggresjonsdempende adferd, alternativer til tvang og recovery, og at man legger stor vekt på omsorg og ivaretagelse, heller enn kontroll.

Hvis man i tillegg hadde tatt inn elementet om beslutningsstøtte i større grad, og funnet gode modeller og ordninger for dette, ville det bidratt til å ivareta individets autonomi.

Mental Helse mener likevel at dette lovforslaget går mange skritt i riktig retning, og vi har valgt å støtte utvalgets flertall i at man ikke kan slutte seg til CRPD-komiteéns prinsipielle avvisningen av psykisk funksjonsnedsettelse som vilkår for bruk av tvang. Vi ønsker at helsevesenet ivaretar oss dersom vi er så syke at ikke vi kan gjøre det selv. Mental Helse anerkjenner også helsevesenet og fagfolkene sin plikt til å hjelpe når folk er så dårlige at de ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Vi ønsker, sammen med fagfeltet, å utvikle god praksis og gode rutiner på dette komplekse og vanskelige feltet. Vi er likevel opptatt av at tvangsbruken i Norge må reduseres. Vi mener det blir brukt for mye tvang i dag, og at mye kunne vært bedre med tidligere og mer samordnet innsats fra helsetjenesten.

Helhetstenking og samhandling

Mental Helse støtter utvalgets fokus på helhetstenking og samhandling. En person som i dag er underlagt tvangsvedtak fra flere lovverk vil med dette lovforslaget få en mer helhetlig vurdering av tiltakene, noe som er positivt. Det er også bra at man skal vurdere helheten i de samlede vedtakene. En mer helhetlig og langsiktig plan for mennesker som gjentatte ganger utsettes for tvang, håper vi vil bidra til å gi personer i denne gruppen et mer helhetlig og langsiktig hjelpetilbud.

Frivillighet og medisinfrie tilbud

Mental Helse støtter også forslagene som skal øke fokuset på at frivillighet skal være prøvd. Det er bra at man løfter frem og understreker viktigheten av at frivillige alternativer skal være prøvd før tvang iverksettes. Det blir da helt sentralt at hjelpeapparatet er materielt og personellmessig rustet til å gi et adekvat og godt tilbud, slik at det ikke kun blir en litt lengre

observasjonsperiode. Her vil det stilles nye og helt andre krav, både til et variert tilbud og til personalet som skal sikre tilbudet. For å lykkes med dette forutsetter det at en eventuell implementering av lovverket følges opp med økonomiske ressurser. Dersom det ikke følger økonomiske ressurser med innføringen av en slik lov, vil det være vanskelig for mange virksomheter å leve opp til lovens krav.

Vi vil også understreke viktigheten av medisinfrie tilbud. Mental Helse har lenge vært en av forkjemperne for medisinfrie tilbud, og vi er opptatt av at helseforetakene må ha egne egnede enheter som skal ivareta dette tilbudet. Et slikt tilbud tror vi i mange sammenhenger vil kunne bidra til å redusere behovet for bruk av tvang. Det innebærer at mennesker som er på tvangsvedtak ikke kan ekskluderes fra de medisinfrie behandlingstilbudene. Dette er tilfellet mange steder i dag.

Dersom man skal lykkes med å redusere bruken av tvang er det helt avgjørende at man får tilstrekkelig og adekvat hjelp på et tidlig tidspunkt. Vi mener at årsaken til mye av tvangen som utføres i dag handler om at folk ikke får den hjelpen de trenger når de trenger den.

Skjerming

Mental Helse stiller seg positivt til at bruk av skjerming inndeles etter formål med tiltaket. Dette vil i større grad kunne medføre differensiering av inngangskriteriene for bruk av denne metoden. Vi vil likevel understreke at skjerming oppleves som et særdeles inngripende tiltak for veldig mange, og gjennomføringen av slike tiltak er av avgjørende betydning for opplevelsen for personer som utsettes for dette. Utvalget stiller opp noen krav både til innholdet i skjermingen og til utformingen av skjermingsrom. Vi mener utvalget ikke er tydelig nok her. Kravet til skjermingsrommene er, etter utvalgets forslag, at de skal ha samme utforming som vanlige beboerrom. Dette er ikke godt nok, da mange av beboerrommene i dag ikke er spesielt egnet hverken som beboerrom eller skjermingsrom.

Skjermingsrommene må i det minste være normalt hyggelige, lyse og trivelige. Vi mener at det i tillegg må være personell med høy faglig kompetanse tilgjengelig i rommet dersom personen selv ønsker det. Dersom det ikke er ønsket av personen selv, må kvalifisert personell være lett tilgjengelig i umiddelbar nærhet. Personalet må ha en omsorgs- og hjelpefunksjon heller enn en vaktfunksjon. Man må ha tilgang på musikk, litteratur og gode møbler.

De virksomhetene som har prøvd ut bruk av sanserom har hatt god effekt av det. Fokuset må være på muligheten for personen å skjerme seg selv og roe seg ned. Da er det viktig at de fysiske forholdene legges til rette for det.

Ved bruk av skjerming som behandling og skjerming av hensyn til medpasienter, har utvalget sagt at vedtaket kan ha en varighet på inntil to uker. Mental Helse mener dette er for lenge. Vi kan vanskelig se at det skal være behov for å ha en person på skjerming så lenge.

Reservasjonsordningene

Mental Helse støtter at det foreslås innført reservasjonsordninger for ECT og tvangsmedisinering. Dette er et viktig forslag som bidrar til å styrke den enkeltes selvbestemmelse og autonomi.

Mental Helse ønsker imidlertid at kriteriene for reservasjon mot ECT og tvangsmedisinering skal være likelydende. Det betyr at kriteriet om at man må ha opplevd psykose og blitt medisinert med antipsykotika ikke kan være en forutsetning for å kunne reservere seg mot tvangsmedisinering.

Det er liten grunn til å tro at denne reservasjonsordningen vil benyttes av mange som ikke har tidligere psykoseerfaring. De som ønsker å reservere seg mot tvangsmedisinering med antipsykotika uten selv å ha vært psykotiske før, vil av en eller annen grunn ha veldig sterke motforestillinger mot denne behandlingsmetoden. En påtvungen medisinering vil da kunne oppleves spesielt krenkende, og utløse veldig stor motstand mot behandling og behandlingsapparatet. Fordelen med å hensynta de personene dette gjelder mener vi overstiger ulempene for den gruppen som evt ikke blir tvangsmedisinert ved førstegangpsykose fordi de har forhåndsreservert seg.

ECT

I den interne høringsrunden vi har gjennomført i Mental Helse har det ikke kommet frem store betenkeligheter knyttet til utvalgets forslag til når og etter hvilke kriterier ECT kan benyttes, utover at vi støtter Bjørn Roar Vagles dissens på dette området. Mental Helse har medlemmer som både har positive og negative erfaringer med bruk av ECT. Vi støtter utvalgets flertall i at ECT kun kan benyttes der personen ikke motsetter seg tiltaket. Mental Helse er av den oppfatning at kunnskapsgrunnlaget knyttet til bruk av ECT er mangelfullt, og vi vet at forskning på ECT kan være problematisk. Vi er likevel opptatt av økt kunnskap om denne behandlingsformen, og vi ønsker oss mer forskning på området. Erfaringskunnskapen må også gjøres til en gyldig faktor i kunnskapsgrunnlaget.

Vagles dissens på ECT:

Dissens fra medlemmet Bjørn Roar Vagle: ECT uten samtykke. Lovbestemmelsen iverksettes midlertidig med en grundig evaluering etter 3 år.

Mye tyder på at ECT kan ha livreddende effekt, men det finnes også negative pasienterfaringer og sannsynligvis også «nødrettstilfeller» uten virkning. Det finnes ingen systematisert kunnskap om disse forholdene.

Lovbestemmelsen vil kunne oppleves som kontroversiell, og det er uvisst hvordan bestemmelsen vil bli tolket og praktisert i tjenestene. Dette tilsier varsomhet, og at bestemmelsen gis en midlertidig prøvetid på 3 år. Etter denne perioden må bestemmelsen evalueres.

En evaluering må innebære kontakt med pasienter som har fått helsehjelp med ECT uten samtykke.

Sykehus som i prøveperioden ikke har benyttet seg av slike vedtak må vies særlig oppmerksomhet som en del av evalueringsgrunnlaget.

Det må oppnevnes en arbeidsgruppe til evalueringen som også inneholder personer med forskerkompetanse og distanse til feltet.

Hvordan og hvilke variabler som skal inngå i evalueringen må overlates til denne arbeidsgruppen.

Mental Helse vil i tillegg til dette foreslå at denne 3-årsperioden følges opp med forskning når ECT benyttes, slik at man kan utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag for denne behandlingen.

Forhåndsamtynke til tvunget tilbakehold og tvungen medisinerings

Mental Helse støtter at utvalget åpner opp for at personer som har et ambivalent forhold til egen sykdom og behandling, men som på tidspunktet samtykke gis er beslutningskompetent skal kunne avgi forhåndsamtynke til tvunget tilbakehold eller tvungen medisinerings. Dette er en styrking av den enkeltes selvbestemmelse slik vi ser det. Det kan likevel være fare for utglidning i disse sakene, så det er viktig at rettssikkerheten knyttet til slike forhåndsamtynker blir godt ivaretatt.

Mekaniske tvangsmidler

Mental Helse ser positivt på at utvalget problematiserer bruk av mekaniske tvangsmidler. Vi ser imidlertid at det er noen situasjoner hvor mekaniske innretninger kan egne seg bedre enn fysisk holding eller andre alternativer. Dette gjelder bla under transport, og i tilfeller hvor personen som er underlagt tvang har en historikk som gjør at fysisk holding kan oppleves som skremmende og veldig krenkende. I slike sammenhenger kan mekaniske tvangsmidler være en bedre løsning dersom personen selv ønsker det. Vi støtter uansett at bruk av beltesenger fases ut.

Tvangsbegrensningsnemndene og fylkesmennenes rolle

I og med at disse nemndene først og fremst skal ha som formål å begrense bruk av tvang er det av stor viktighet at de har kompetanse på alternativer til tvang. Dette bør komme spesifikt i tillegg til kompetanse på recovery, som utvalget har foreslått. Dette vil forhåpentligvis kunne føre til et økt fokus på det som kommer forut for tvangstiltakene.

Mental Helse er opptatt av at det må være stedlige nemnder, og vi ønsker at nemndene utvides med en ekstra person med bruker- eller pårørendeerfaring. Vi ser at nemndene i noen grad bygger på dagens kontrollkommisjonsordning, og vi ser at utvalget har forsøkt å gjøre noen grep for å unngå noen av utfordringen man opplever med dagens ordning. Det

vil likevel være av helt avgjørende betydning at nemndsmedlemmene får god og lik opplæring, slik at de virkelig blir satt i stand til å utføre oppgavene sine etter lovens intensjon.

Oppnevning av kandidater bør gå via organisasjonene, slik at forslagene kommer fra disse, mens fylkesmennene gjør den formelle oppnevningen.

Med utvalgets forslag håper vi at fylkesmennene får en god og riktig oversikt over bruk av tvangstiltak i Norge. For å kunne jobbe langsiktig og systematisk med å redusere bruk av tvang, er det en forutsetning at man har mulighet til å følge utviklingen over tid.

Når det gjelder kontrollorganene og fylkesmennenes funksjon er det helt nødvendig at det følger midler med gjennomføringen og iverksettelsen av en slik lov. Det vil kreve både ressurser og kompetanseheving å etablere det nye systemet for saksbehandling, overprøving og kontroll. Fylkesmennene må bli tilført ressurser for å kunne ivareta de utvidede oppgavene de får.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 5-5

Mental Helse foreslår at EMK artikkel 5 – 5 kommer til anvendelse i tilknytning til Tvangsbegrensingsloven: *Enhver som har vært offer for pågripelse eller frihetsberøvelse i strid med bestemmelsene i denne artikkel, skal ha rett til erstatning som kan inndrives.*

Straffeprosessloven kap. 38 regulerer bl.a. erstatning til mennesker som har vært utsatt for ulovlig frihetsberøvelse i form av varetektsfengsling. Mental Helse mener at de samme reglene må komme til anvendelse ved ulovlig frihetsberøvelse innen helse- og sosiallovgivningen. Det vil si at dersom fylkesmannen ved tvangsbegrensingsnemda kommer til at et vedtak om tvangsbruk ikke oppfyller lovens krav, og pasienten som resultat av vedtaket har vært holdt tilbake mot sin vilje, eller på annen måte blitt utsatt for behandling mot sin vilje, som ikke er i henhold til lovens krav, vil dette måtte kunne utløse krav om erstatning. Tvangsbegrensingsnemdene må få kompetanse til å utmåle og utbetale standardisert erstatning ved ulovlig frihetsberøvelse.

Oppsummering

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

Vi ser samtidig at innføringen av et slikt lovverk vil kreve mye mer enn kun en lovendring. Dersom loven blir vedtatt forplikter det bevilgende myndigheter i den forstand at helse- og sosialtjenesten må settes i stand til å leve opp til lovens krav.

En sammenslåing av fire lovverk til en felles lov vil være krevende for mange. Både de som jobber i tjenestene og saksbehandlings- og kontrollorganer må tilføres betydelige ressurser dersom man skal lykkes med å gi dette lovforslaget et reelt innhold. For det første vil det kreve enormt å sette seg inn i og forstå det nye lovverket for alle som jobber i tjenestene. Det må bevilges nok ressurser til opplæring av fagfolk.

Det vil også kreve mye av fylkesmennene og tvangsbegrensningsnemdene. Her også må det bevilges nok ressurser til opplæring.

Som vi har vært inne på tidligere vil det også være nødvendig å ruste opp en del virksomheter materielt, og innholdet i tjenestene må utvides for at loven skal ha et reelt innhold. Det vil være nødvendig med en bredere sammensatt kompetanse hos de som jobber i tjenestene og det må sørges for høy nok grunnbemanning i de virksomhetene som forvalter tvangslowverket. Ansatte i tjenester som forvalter dette lovverket må ha høy faglig kompetanse. Dette for å sikre at mennesker i sårbare situasjoner og akutte kriser blir ivaretatt på en så human og skånsom måte som mulig, og at de får den omsorgen og behandlingen de trenger.

Innføringen av en slik lov vil som sagt forplikte økonomisk. På sikt mener vi likevel at en reduksjon i tvangsbruken vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Paradokset er at de som i all hovedsak må forebygge tvangsbruken (kommunene) ikke tjener på at tvangsbruken går ned. Det er det spesialisthelsetjenesten som tjener på. Dette paradokset må ikke bli en hindring på veien for å redusere bruken av tvang i Norge.

Med vennlig hilsen



Jill Arild
Landsleder, Mental Helse