

**Høringsnotat fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) angående NOU 2019:14 «Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten»**

Aldring og helse er positive til forslaget om å samle all tvangslovgivning i en lov. Aldring og helse støtter også ambisjonene om å redusere den faktiske bruken av tvang i helsevesenet.

Å ta vekk diagnoser eller diagnosenære kriterier som hovedgrunnlag for tvang og flytte fokuset over på fravær av beslutningskompetanse, «sterkt behov» for aktuelt tiltak og hva personen det gjelder antatt ville ha ønsket, mener vi styrker menneskerettighetene til de personene det gjelder.

Forslaget om at det etableres uavhengige «tvangsbegrensingsnemnder» som skal overta oppgaver for blant annet fylkesmannen, med oppgave som utvidet stedlig tilsyn mener vi er en styrking av lovverket, og vil kunne styrke innsyn og kontroll ved gjennomføring av tiltak vedtatt etter ny lov. Vi mener likevel at begrepet «tvangsbegrensingsnemnder» ikke er nøytralt nok, men antyder at personer som klager på tvangsvedtak vil forvente at en «begrensingsnemnd» vil gi medhold uansett. Vi foreslår derfor et mer nøytralt navn på nemdene.

NOU 2019:14 er et meget omfattende dokument som ikke er like tilgjengelig over alt. Det gjør det krevende å sortere alle argumentene for og imot de forskjellige elementene og konklusjonene. Selve lovforslaget er også omfattende. Det er krevende å finne fram i hvordan konkrete problemstillinger skal håndteres i henhold til lovforslaget. Det kreves ofte å bruke flere paragrafer, noe som gjenspeiles i utstrakt bruk av kryssreferanser. Disse forholdene vil gjøre det krevende å få en felles forståelse og anvendelse av lovverket. På den annen side er dette forhold som til en stor grad også gjelder i dag med fire forskjellige lover. Vi ser fram til et omfattende opplæringsprogram.

Det virker uheldig med innføring av nye begreper som ikke er i allmenn bruk, fordi tolkningen da vil kunne variere (som for eksempel «sterkt behov» og «psykiske helseproblemer»). Sterkt behov vil i større grad enn i dag kunne gi subjektiv vurdering og bruk av skjønn.

Det er en innvending at arbeidsmiljø for de som skal yte helsetjenester ikke er nevnt, slik som at arbeidsmiljøloven vil kunne gi begrensninger for hvordan dette lovverket i praksis skal kunne håndteres.

### ***Noen spesielle forhold***

#### ***Behandling med psykofarmaka på sykehjem***

Aldring og helse støtter forslaget om at personer på sykehjem unntaksvis kan medisineres med antipsykotika mot sin vilje, når vilkårene ellers er oppfylt og personen er vurdert av spesialist i psykiatri på sykehjemmet (ikke over telefon).

#### ***Kravet om motstand for å definere tiltak som tvang***

Vi er i hovedtrekk enige i at det bør kunne gjennomføres behandlings- og omsorgstiltak overfor en person som mangler beslutningskompetanse, dersom personen ikke motsetter seg tiltakene og det er sannsynlig at personene ville ha samtykket hvis han/hun hadde beslutningskompetanse. Vi kan imidlertid se at det hos noen kan være situasjoner hvor dette kan bli så omfattende at noen reguleringer må innføres.

### *Manglende kontroll ved mange mindre inngripende tiltak*

Lovforslaget innebærer at kontrollressursene i større grad enn etter dagens regelverk rettes inn mot de alvorligste sakene. For mange personer med utviklingshemning som lever et helt livsløp regulert av andre omsorgspersoner, vil mange tiltak som vurderes som mindre alvorlig inngripende, ha stor betydning og i sum være alvorlige. Vi er bekymret for at mange ved nytt lovforslag ikke vil få etterprøvd eller regulert summen av belastning for tiltak, siden ressursene og kontrollmekanismene i større grad rettes inn mot de alvorlige sakene. Nytt regelverk bør derfor etablere kontroll- og rapporteringsrutiner som gir et helhetlig bilde av summen av tiltak rettet mot enkeltpersoner.

### *Personsentrert omsorg er fraværende som verdigrunnlag*

Utvalget har valgt å beskrive sitt verdisyn gjennom formulering av grunnleggende rettigheter som at alle har rett til: a) selvbestemmelse i personlige spørsmål, b) beskyttelse mot krenkelse av rettigheter, c) nødvendige helse- og omsorgstjenester og d) respekt for sitt iboende menneskeverd, og begrunner dette med å ta et tydelig utgangspunkt i det verdigrunnlaget som vår rettsorden i dag bygger på. Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at kommunen skal innrette tjenestene sine slik at pasient eller bruker gis et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Videre bestemmer formålsbestemmelsen til helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 femte ledd at loven skal sikre at tilbudet tilpasses den enkeltes behov. Personsentrert omsorg og behandling er på mange måter «state of the art» i omsorgstjenestene. Personsentrert omsorg og behandling er en filosofi og tilnærming som på en god måte vil kunne ivareta de grunnleggende rettighetene nevnt over. I videre arbeid med loven og opplæringsmateriell bør derfor personsentrert omsorg og behandling tas med.

### *Manglende modeller for beslutningskompetanse*

I ny lov er det ikke lenger diagnosen, men evnen til å gi samtykke, eller manglende beslutningskompetanse, som skal ligge til grunn for bruk av tvang. Sentralt i loven blir da tilpasset informasjon og medvirkning for at en person skal kunne utøve sin beslutningskompetanse. Lovforslaget har lagt inn en paragraf som skal sikre at det prøves ut nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte. Vi er bekymret for at disse modellene ikke er på plass før loven iverksettes. Av erfaring over mange år vet vi at informasjon tilpasset spesielt personer med utviklingshemning, i liten grad blir prioritert eller utviklet. Det å gi best mulig informasjon tilpasset denne målgruppen vil være både metodisk utfordrende, tidkrevende og kreve ressurser over tid. Derfor tror vi dette vil være et svakt punkt for en vellykket gjennomføring.

### *Reservasjon mot ECT og psykofarmaka*

ECT er et viktig og godt dokumentert behandlingsalternativ ved alvorlig/psykotisk depresjon, og behandlingen gis også til eldre. Det er fortsatt stigma og misforståelser knyttet til ECT i befolkningen, som kan føre til reservasjon på et begrenset kunnskapsgrunnlag. En reservasjonsrett for ECT som skal gjelde ti år frem i tid er en svært lang tidshorisont, og det vil kunne være vanskelig for en person å forutsi hvor alvorlig en sykdomsepisode vil kunne bli, og hva konsekvensene av å reservere seg mot potensielt livreddende behandling vil være.

Når det gjelder reservasjon mot antipsykotisk behandling, vil man kunne komme i situasjoner der pasienten har reservert seg, og heller ikke er tilgjengelig for annen behandling. Skal sykehusavdelinger ha innlagt pasienter som ikke tar imot behandling, eller vil det føre til utskrivning av alvorlig psykisk syke med bakgrunn i reservasjon?

### *Hjemmel for ECT uten tvang som livreddende tiltak*

Det er positivt med lovfesting av forhold rundt ECT, all den tid pasienter som er i behov av behandlingen ofte vil mangle samtykkekompetanse grunnet sykdommens alvorlighetsgrad. Det virker imidlertid kun å gjelde pasienter som samtykker i praksis. Dersom en pasient som er svært alvorlig

syk med næringsvegring og dehydrering har motstand mot behandlingen, kan det virke ut fra forslaget som at pasienten mister muligheten for livreddende behandling. Det er et tankekors at man skal kunne bruke mekaniske tvangsmidler for å sikre ernæring ved spiseforstyrrelse, men ikke kunne benytte tvang til å gjennomføre behandling ved psykotisk depresjon.

#### *Skjerming*

Når det gjelder skjerming, foreslår utvalget at lokalene skal være innredet som vanlige beboelsesrom. Det vil kunne være en risiko for pasient og personalet, og det skal ikke være adgang til å gripe inn ved rasing av sykehusets eiendom, kun ved vesentlig skade på pasientens egne eiendeler.

#### *Psykofarmaka*

Det må stilles spørsmål ved at man vil lovfeste at «medisinfri behandling ved psykoselidelser» skal være forsøkt, og hvorvidt en lov skal inneholde spesifikke krav til bestemt behandling. Når det gjelder behandling med legemidler (§ 6-10), kreves det at legemidlet må være godkjent for diagnosen, og at dosen må være godkjent for tilstand. Det vil utelukke at legemidler som har dokumentert effekt, men der patent er gått ut og firmaer ikke søker utvidet indikasjon vil kunne benyttes. Dette vil i praksis kunne begrense utvalget av legemidler pasienter skal kunne tilbys, noe som står i sterk kontrast til ønsket om best mulig persontilpasset medisin. Vi foreslår derfor at teksten omformuleres til «godkjent for diagnosen eller foreliggende vitenskapelig dokumentasjon for effekt». En avgrensning av dose vil på samme måte kunne føre til at pasienter ikke får den dosen som er best tilpasset deres genetiske forutsetning, all den tid det er stor variasjon mellom individer når det gjelder omsetning av legemidler.

Asker 16.12.2019

Kari Midtbø Kristiansen  
Daglig leder  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse