

Innspill til ekspertutvalget om samtykkekompetanse

Viser til ønske om innspill fra ulike aktører, herunder Senter for medisinsk etikk (SME), på konsekvensene av innføring av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykiske helsevernloven i 2017, datert 19.10.2022.

Utvalget ber derfor om innspill fra SME. Vi har strukturert dette etter punktene som nevnes i brevet, samt «Andre innspill» nedenfor. Pga begrenset tid er innspillene her dessverre nokså begrenset og ikke forankret i avdelingen, men et uttrykk hva undertegnede tenker er viktige og relevante innspill.

1. Erfaringer med praktisering av det nye lovgrunnlaget, herunder behov for justeringer eller presiseringer i lovgrunnlaget

Her viser jeg til utredningen gjort på oppdrag av Helsedirektoratet i 2019. Vil fremheve følgende:

- Lovendringen førte samlet sett trolig til at en økning i tiden som medgikk per vedtak, som følge av mer omfattende krav til vedtak. Forenklinger bør vurderes. Dette hadde trolig ikke med samtykkekompetansevilkåret spesielt, men den totale mengden av krav til vedtak.
- Det er et stort behov for opplæring i vurdering av samtykkekompetanse. E-læringskurset som ble laget på oppdrag av Helsedirektoratet synes å gi en god innføring, men det er behov for mer opplæring og veiledning enn dette.
- Det synes også være behov for utvikling av et validert verktøy for å vurdere samtykkekompetanse.
- De med vedtaksansvar i Norge synes i liten grad å ha vært med å definere og videreutvikle samtykkekompetansebegrepet og kvalitetssikre vurderingene. Dette er trolig viktig å få til i tiden fremover, f.eks. gjennom forskning og fagutvikling.
- Spesielt i kommunehelsetjenesten synes opplæringen knyttet til innføringen av lovverket å ha vært mangelfull.
- Regelen om krav til bruk av tvangshjemlene ved manglende samtykkekompetanse, alvorlig sinnslidelse og samarbeid er forvirrende for praksis («frivillighet først»), teoretisk (er dette egentlig tvang) og for tolkningen av tvangsstatistikken. Den kan ha ført til økt bruk av tvangshjemlene, uten en reell økning i bruken av tvang, fordi lovendringen førte til at større oppmerksomhet om denne bestemmelsen. Dette gjør det svært vanskelig å tolke tvangsdataene før/etter 2017. Denne regelen bør trolig erstattes av en regel som gir økt rettsikkerhet og eventuelt en særskilt registrering i helseregistreringene.
- Regelen om «åpenbart» manglende samtykkekompetanse kan gi urimelige utslag. I tillegg er Helsedirektoratets fortolkning kanskje for streng. Noe tvil bør trolig tillates, f.eks. slik som presisert i nettkurset eller en ytterligere oppmykning i beviskravet. Det er også mulig å koble beviskravet til konsekvensene av pasientens valg.
- Avgrensningen mot kapittel 4A kan være krevende. Og lovendringen – spesielt ovennevnte krav om tvangsvedtak også ved samarbeid i noen situasjoner – er spesielt utfordrende for eldre pasienter med kognitiv svikt og en alvorlig sinnslidelse. Å legge disse pasientene inn i en psykiatrisk avdeling kan få svært negative konsekvenser (økt forvirring m.m.).
- Det er fortsatt svært uklart hva som gjelder når barn og ungdom motsetter seg helsehjelp. Det er også uklart hvilke betydning samtykkekompetansevurderinger har for de som er under 16 år.
- Det er fortsatt krevende å håndtere visse pasientgrupper, f.eks. pasienter med spiseforstyrrelser, mani, samtidig ruslidelse, personlighetsforstyrrelser og suicidalitet som ikke

vil ha helsehjelp. Dette er også pasientgrupper der det kan være ekstra krevende å vurdere samtykkekompetanse. Gjennom kontakt med helsetjenesten har jeg imidlertid inntrykk av at dette blir ekstra og unødvendig krevende som følge av manglende opplæring og veiledning.

- Situasjoner med motstand mot helsehjelp i gruppene nevnt i to siste kulepunktene har trolig ikke blitt verre med lovendringene i 2017, men heller ikke enklere.
- Det krever grundigere forskning for å forstå konsekvensene av innføringen av lovverket både for pasientenes helse og for tvangsbruken, inkludert registerforskning. En viktig metodisk utfordring er at det i samme periode er innført andre store endringer som kan forklare endringer i tvangsstatistikk, bruk av helsetjenester m.m., som reduksjons i antall døgnplasser og lavere terskel for dom til psykisk helsevern.
- En spørreundersøkelse basert på vignetter fra før lovendringen tyder på at svært mange også noen år før lovendringen ville valgt å ikke bruke tvang ovenfor pasienter med samtykkekompetanse som nekter antipsykotika (Aasland m.fl., se nedenfor). Dette var hovedbegrunnelsen for innføringen av lovendringen, men kanskje var praksis i stor grad justert i tråd med allmenne oppfatninger innenfor den medisinen og helsefagene og befolkningen før lovendringen i 2017 kom (jfr. CRPD, Bernt-utvalget, Paulsrudutvalget og kapittel 4A).
- Vi forventet at lovverket skulle føre til økt bevissthet om nærmeste pårørendes utvidede rett på informasjon og medvirkning ved mangel på samtykkekompetanse, men en del tyder på at helsepersonell i psykisk helsevern fortsatt ofte legger størst vekt på underretningsplikten som følger av tvangshjemlene. Sistnevnte gir pårørende en mye mer begrenset rett på informasjon.
- Konverteringsforbudet og reglene for ECT er ikke godt harmonisert med tenkningen omkring informert samtykke, samtykkekompetanse og svak paternalisme (behandling, evt. med tvang, kan være legitimt av hensyn til pasienten ved manglende samtykkekompetanse). Hensikten med konverteringsforbudet er å bevare tillit, men en kan hevde at å skrive ut en pasient uten samtykkekompetanse ikke nødvendigvis er tillitsskapende.
- Det er også verdt å bemerke at kombinasjonen med hovedkriteriet kan hindre at de med mindre alvorlige sinnslidelser som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp.

2. Hva innføring av samtykkevilkåret har betydd for pasienter, pårørende og helsetjenesten

Viser også her til utredningen gjort på oppdrag av Helsedirektoratet i 2019 og ovenstående bemerkning om behovet for mer forskning. Vil fremheve følgende:

- Det synes som om vilkåret for vurdering av samtykkekompetanse og tilhørende regler (større vekt på pasientens ønsker og tidligere erfaringer m.m.) kan ha ført til noe bedre pasientmedvirkning og økt bevissthet om å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.
- Det er en del som tyder på at helsepersonell overvurderer pasientens samtykkekompetanse i noen situasjoner, eller har for høy terskel for å konkludere med mangel på samtykkekompetanse. Mangel på kompetanse/opplæring kan her ha en betydning. I noen tilfeller vil det trolig ha motsatt effekt (for lav terskel). Dette kan føre til konsekvenser av lovendringen som ikke nødvendigvis skyldes at vilkåret om manglende samtykkekompetanse er galt, men heller mangelfull opplæringen og implementeringen.
- Pårørende har trolig fått større belastning og ansvar de siste årene, hvis vi antar at hyppigere og kortere innleggelse fører til mer ansvar for pårørende. Det er imidlertid usikkert hvor mye av dette som skyldes lovendringen i 2017.
- Det samme gjelder for kommunehelsetjenesten.

3. Hvordan god pasientbehandling kan ivaretas innenfor rammene av samtykkevilkåret

Dette er et stort spørsmål. Men det er viktig at god pasientbehandling, medvirkning og klinisk kommunikasjon er et viktig mål for all tenkning om samtykkekompetanse. Og da «god» ikke bare for de profesjonelle, men også slik at pasientens stemme får tilstrekkelig plass. Men samtidig slik at de som mangler samtykkekompetanse får hjelp når det er til deres beste.

Her vil vi også vise til våre to høringsuttalelser til Østenstadutvalgets forslag og høringsuttalelse til faglige råd for bruk av tvang (til Helsedirektoratet 2021) (se tre vedlegg til dette innspillet), samt rapporter fra prosjektet «Psykiske helsetjenester, etikk og tvang» (se nedenfor). Legger derfor ved disse. Ellers er sentrale stikkord forskning, fagutvikling, opplæring og veiledning, god pasientmedvirkning - også ved tvang, godt pårørendesamarbeid, etisk refleksjon og bevissthet, og et spesielt fokus på kommunehelsetjenesten. Vi vil her vise til et pågående prosjekt om pårørendesamarbeid ved alvorlig psykiske lidelser som har vist at dette generelt er mangelfullt, men at det er mulig å gjøre noe med det (Bedre pårørendesamarbeid, se nedenfor). Og en fersk doktoravhandling der en av artiklene viser at fastlegedekning og tilgang på psykiatrisk sykepleier ser ut til å kunne redusere bruken av tvang (Hofstad m.fl. se nedenfor). Denne avhandlingen viser også noe av det en kan få til med registerforskning på dette feltet. Det store spørsmålet – kan nytten av tvungen helsehjelp veie opp for ulempene – er i stor grad ubesvart – uansett tvangskriterier. Her kan trolig registerforskning være til hjelp. Vi vil også vise til den pågående debatten i Finland om betydningen av redusert antall døgnplasser for kvaliteten på psykiske helsetjenester, se nedenfor.

4. utfordringer knyttet til samfunnsvern

En kunne tenke seg at det nye vilkåret ville føre til økt bruk av farekriteriet. Når vi sjekket sist hadde det ikke vært store endringer der og det stemte med intervjuene som lå til grunn for 2019-rapporten, men her vil den sist tilgjengelige tvangsstatistikken gi det beste svaret.

I perioden før og etter 2017 har det vært flere alvorlige hendelser der personer med psykiske lidelser har begått drap og/eller alvorlig vold. Og rettssaken etter 22. juli hadde trolig betydning for hva som skjedde med Paulsrudutvalgets lovforslag, selv om konklusjonen til slutt ble strafferettslig tilregnelig. Det er imidlertid svært vanskelig å si hva som etter 2017 skyldes lovendringen og hva som skyldes andre forhold, se over. Min vurdering er at det som har hatt størst betydning er politiske signaler om at man ønsker at bruken av tvang skal ned kombinert med færre tilgjengelige døgnplasser.

Grenseflaten mellom helsehjelp/helsetjenesten og samfunnsvern/kriminalomsorgen er svært krevende uansett vilkår og har vært det gjennom hele historien. Kriteriet om samtykkekompetanse er utviklet for å ivareta pasientens beste, ikke samfunnsvernet. Samtidig er det nok slik at om en pasient mangler samtykkekompetanse, så er det enda viktigere å beskytte vedkommende mot å skade andre før en alvorlig hendelse har skjedd. Dette siste kan trolig være nyttig i noen situasjoner, kanskje spesielt når det er tvil om hovedkriteriet er oppfylt eller når det er snakk om å forebygge alvorlig vold og drap. Dette er relevant uansett om det er politiet eller helsetjenesten som skal hovedansvaret for å håndtere situasjonen. Når det gjelder pårørendesamarbeid ved fare for andre vil jeg også vise til rapporten som Ukom snart publiserer om Kongsbergdrapene.

5. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Rapporten utarbeidet av SME på oppdrag fra Helsedirektoratet fra 2019

Hofstad, T., m.fl. (2021), Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within–Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015–2018. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737698>

Se også: [Public Defence: Tore Hofstad - Institute of Health and Society \(uio.no\)](#)

[Ny studie: Kutt i psykiatriske sengeplasser fører til dårligere behandling – NRK Norge – Oversikt over nyheter fra ulike deler av landet](#)

Aasland m.fl. (2018), Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway – ScienceDirect <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252717301358>

[Bedre Pårørendesamarbeid - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#) (på den nettsiden finner dere publikasjoner fra prosjektet)

Førde, R., m.fl. (2016) Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion, *BMC Medical Ethics*, <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0159-4>

Rapporter fra prosjektet Psykiske helsetjenester etikk og tvang:

[Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - Pasienters og pårørendes syn og erfaringer](#)

[Både - og - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

[Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

Internevisjonsrapport fra akuttavdelingen på Blakstad, Sykehuset Asker og bærumsdal fra 2007:

Tema: Vurdering av samtykkekompetanse ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Dato intern revisjon: 15.11 og 21.11.07

Bestiller av oppdraget: Avdelingssjef Rune Tufte

Revisjonsteamet: Leder Hilde Skredtveit Moen, fagspesialister: lege Reidar Pedersen og advokat Tore Roald Riedl, revisor Kjersti Hertenberg.

Den indikerte – basert på intervju med ansatte og journalgjennomgang - at pårørendeinvolveringen ved mangel på samtykkekompetanse var mangelfull av alvorlig sinnslidelse, bl.a. som følge av manglende vurderinger av samtykkekompetanse og mangelfulle rutiner. Kan evt. ettersendes, men tillatelse fra sykehuset bør trolig innhentes.

Ukom – rapport etter Kongsbergdrapene, bl.a. om behovet pårørendesamarbeid også ved fare for andre (blir publisert snarlig).

Oslo 15.12.2022

Reidar Pedersen, professor og leder
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Høringsvar fra Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, til «Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget»

v/ Tonje Lossius Husum, Jørgen Dahlberg, Jacob Jorem, Carl Tollef Solberg og Reidar Pedersen, Oslo 8. nov. 2021

1. Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?

Svar: Det er behov for tilstrekkelige ressurser til implementering av det nye lovverket. En viktig del av dette er opplæring og veiledning til helsepersonell i alle deler av helsetjenestene. Det bør settes av ressurser/tid til ansatte som kan arbeide spesifikt med implementeringen av det nye tvangslovverket. Videre bør det forberedes kurs og undervisningsmateriell, for eksempel om vurdering av samtykkekompetanse og tvangsreduksjon til alle deler av helsetjenestene som anvender tvang. Om den nye lovgivningen legger stor vekt på samtykkekompetanse-vurderinger slik forslaget legger opp til, så bør verktøy for å vurdere samtykkekompetanse oversettes eller utvikles og valideres i en norsk kontekst for de mest aktuelle tjenesteområdene. Om dette ikke er mulig av tidshensyn bør det lages en plan for hvordan dette skal skje så fort som mulig. Det er videre vår erfaring at tjenestene ofte mangler kunnskap om metoder for implementering og opplæringsprogrammene bør derfor inkludere generisk kunnskap om implementering.

Erfaringene fra lovendringene i 2017 tyder på at mer fokus på pasientens selvbestemmelse og frivillige tjenester kan føre til økt behov for samhandling mellom psykisk helsevern og kommunale tjenester, og tettere oppfølging av pasienten der pasienten bor. Dette har trolig gitt økt belastning på kommunale tjenester og de pårørende (med pårørende mener vi alle som står pasienten nær - familie, venner og evt. andre). Det kan også føre til flere kortere innleggelses i psykisk helsevern, selv om det er mye vi ikke vet om konsekvenser av denne type lovendringer og reduksjon i antall tilgjengelige døgnplasser for pasienter uten dom på psykisks helsevern kan ha gitt lignende effekter.

Om regelverket som vedtas er mer komplisert å lære seg eller anvende enn dagens regelverk, eller fører til flere eller mer tidkrevende vedtak, uten tilførsel av tilstrekkelige ressurser, så vil det trolig også kunne redusere tiden til å yte god helsehjelp og eventuelt redusere kvaliteten på de tjenestene som får mindre tid og kunne føre til mer bruk av tvang.

Nok ressurser på alle nivåene – både til implementering, opplæring, samhandling, økt press på tjenestene og de pårørende, og vedtaksansvarlige - må sikres *før* eventuelt nytt regelverk kan iverksettes.

Vi savner også mer prinsipielle vurderinger knyttet til prioriteringer av ressurser i det nye lovforslaget. For eksempel hvordan tvangsreducerende tiltak skal prioriteres i forhold til annen helsehjelp. Vi ser at ressursspørsmål er omtalt flere steder, for eksempel under omtalen av krav til frivillige tiltak først og krav til faglig og materiell standard, men diskusjonene er i liten grad knyttet an til gjeldende prioriteringskriterier for helsetjenesten. En slik diskusjon burde også inkludere mulige tilsiktede og utilsiktede prioriteringseffekter av

både mindre og mer bruk av tvang for helse- og velferdstjenestene, politiet, og de pårørende.

Om det er stor usikkerhet knyttet til konsekvenser for ressursbruk og prioriteringseffekter bør det gjøres bedre utredninger før innføring av nytt lovverk.

Før innføring bør det også lages en plan for å evaluere konsekvensene av innføringen av nytt lovverk. Evaluering av et regelverk som er foreslått her er komplisert og krever solid kompetanse på alle relevante kliniske områder i tjenestene, i tillegg til kompetanse i helsetjenesteforskning, juss og etikk. På mange områder mangler vi også kunnskap om hva som er praksis i dag, for eksempel vet vi relativt lite om bruk av tvang når helse- og omsorgstjenester ytes til barn og personer med psykisk utviklingshemning. Slike kunnskapshull må tettes for å kunne evaluere konsekvensene på en god måte.

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?

Svar: Dagens organisering av helsetjenestene er trolig ikke tilpasset det nye foreslåtte regelverket. Det er behov for betydelig økte ressurser i alle deler av tjenestene, inkludert personale, kompetanse og areal. Dette gjelder både for spesialist- og kommunehelsetjenestene i samhandlingen. Et godt samarbeid med politi for å håndtere fare i helsetjenestene er også avgjørende. Implementering av metoder som har tilstrekkelige evidens for å redusere bruk av tvang bør skje i alle deler av tjenestene og av alle profesjonene som skal anvende det nye lovverket. Samtidig bør det legges til rette for systematisk utprøving og evaluering av nye tvangsreduserende tiltak¹. Tiltak som innebærer styrking av samhandling, koordinering og tjenester nær der pasienten oppholder seg vil kunne være spesielt aktuelle, f.eks. videre utbyggingen av FACT (oppsøkende team som jobber på tvers av tjenestenivåene), fastlegetjenester, psykisk helsearbeid i kommunene, systematisk pårørendesamarbeid og individuell plan.

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

Svar: Det er et betydelig behov for opplæring i alle deler av helsetjenestene som følge av nytt regelverk, for eksempel vurdering av samtykkekompetanse, tvangsreduserende tiltak, forebyggende arbeid – ikke minst i kommunehelsetjenestene, samhandling omkring pasienter der det er stor usikkerhet rundt konsekvensene av å la være å bruke tvang, og samarbeid med pårørende.

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

Svar: Trolig vil samtlige av de viktigste foreslåtte lovendringene kreve endringer i alle tjenestene som skal ta dem i bruk, men i varierende grad. Eksempelvis er manglende samtykkekompetanse allerede innført som vilkår for tvangsbruk i både somatikken og psykisk helsevern, men det er fortsatt et stort opplæringsbehov og betydningen av disse vurderingene endres noe med det nye lovendringene.

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

Svar: Pårørende vil trolig være de som i størst grad får en merbelastning sammen med helse/sosialtjenester i pasientens nærmiljø. Pårørende bør involveres i så stor grad som mulig og bør tilbys hjelp og støtte for sin egen del. Kommunale tjenester kan støtte familien til de som sliter psykisk. Pårørende bør også få informasjon om hva vurdering av samtykkekompetanse innebærer, og om deres rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler samtykkekompetanse. Det er behov for tilstrekkelig med ressurser og kompetanse til å forhindre at enkelte pasienter påfører sine nærmeste en for stor merbelastning eller fare. Dette innebærer i sin tur at involvert helsepersonell tilføres kompetanse og ressurser til å lære opp, veilede og støtte de pårørende på en tilfredsstillende måte. Arbeidsmetoder som retter seg mot nettverk- og systemperspektiv favner dette, et eksempel er 'multisystemiske team'².

For pårørende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser finnes det evidensbaserte tilnærminger som også er anbefalt som en del av behandlingen, både for pasientens egen del og for de pårørendes del (for eksempel psykoedukativt familiesamarbeid, nettverksarbeid, multisystemiske team & FACT). Denne type tilnærminger er ekstra viktige med mer fokus på frivillighet og mindre døgnbasert behandling. Dette er i dag fortsatt tatt i bruk i begrenset grad helsetjenestene, til tross for at de er anbefalt i nasjonale veiledere og behandlingsretningslinjer.

Før en ny tvangslov trer i kraft bør det gjøres en konsekvensutredning for pårørende og lage en plan som sikrer pårørende nødvendig støtte, opplæring og veiledning.

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

Svar: Det er behov for å involvere alle deler av tjenestene i forbindelse med implementering av lovendringene. Dette er et omfattende arbeid som både krever tid og god informasjon. Ved å involvere lege- og psykologforeningen, slik at de kan arrangere kurs for sine medlemmer. Det samme med brukerorganisasjonene, og brukerinvolvering på alle nivå i tjenestene er av betydning. Godt tilrettelagt opplysningsmateriell og kurs. Bruke muligheter for e-kurs mm. Grundig opplæring vil også kunne gi et viktig bidrag til å redusere lokale variasjoner i forståelsen av lovverket. Det bør også lages en plan for å fase inn det nye lovverket i grunnutdanningene for helsepersonell, for utdanningen av leger i spesialisering (LIS) og tilsvarende for psykologer og annet helsepersonell. I tjenestene bør det lages planer

for implementering – nasjonalt, regionalt, organisatorisk og på enhetsnivå – sammen med RHFene og KS. De kliniske etikk-komiteene kan bidra med å spre informasjon om lovverket og drøfte etiske dilemmaer knyttet til anvendelsen av lovverket. De finnes i alle Helseforetak (lovpålagt) og i enkelte kommuner.

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

Svar: Kompetanseheving og tillit i ulike deler av helsetjenestene er avgjørende for å sikre god samhandling. Økt byråkratisering kan bidra til å forringe samhandlingen. I tillegg kan man bygge videre på allerede eksisterende metoder som etter-samtaler etter bruk av tvang hvor både spesialisthelsetjenesten og kommune er involvert. Bruke eksisterende metoder som krise-/mestringsplan, utskrivningssamtale etter innleggelse og individuell plan kan også være vesentlig for pasienter som trenger spesielt godt koordinerte tjenester over tid. Det bør lages spesielle tiltaksplaner for de pasienter der frivillige løsninger medfører betydelig risiko for pasientens egen helse eller andres helse, og der tett oppfølging er påkrevd for å unngå eller fange opp eventuell forverring.

8. Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?

Svar: For det første kan oppgaver forskyves fra spesialist- til kommunehelsetjenestene. Kommunale psykiske tjenester bør styrkes og videreutvikles. Vi tenker da særlig på metoder som «Housing first», «Individuell jobbstøtte» (IPS) og «Individuell plan», hvor brukere skal ha en koordinator. Her kan f.eks. NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene kan trolig bidra med å videreutvikle kommunenes psykiske tjenester. NAPHA har også et kommunikasjons- og informasjonsnettverk ut i de kommunale psykiske tjenestene som kan benyttes.. NAPHA har også informasjon om IPS på sine nettsider.³

For det andre forskyves oppgaver mellom helsetjenestene og politiet. Det er behov for en nærmere evaluering av ansvarsfordelingen for hvordan fare skal håndteres blant ulike pasientgrupper, og det er behov for å forenkle tilgang til bistand der det er behov.

9. Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.

Svar: Det er et betydelig behov for å styrke kompetanse og ressurser blant legevakter og fastleger ved innføring av nytt lovverk. De foreslåtte lovendringene kan medføre en betydelig økt arbeidsbelastning i primærhelsetjenestene. Arbeidsmodellen ved Oslo psykiatriske legevakt kan implementeres andre steder i landet, spesielt i de store byene. Kurs og opplæring bør rettes mot fastlegene og legene på legevakt. Fastlegene må, sammen med andre tjenester i kommunene, sikres tid og ressurser, til få følge pasienter som skal få

frivillig hjelp og bo hjemme i stedet for tvungent psykisk helsevern. Denne pasientgruppen er generelt sett er blant de mest ressurskrevende pasientene for i en tradisjonell fastlegepraksis.

10. Hva bør være på plass for å sikre at kommunen er i posisjon til å forebygge tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?

Svar: Kommunenes psykiske- og rustjenester bør samlokaliseres og styrkes. Man bør fortsette å stryke kompetansen om psykiske lidelser i kommunene, for eksempel med psykologer, psykiatere og annet helsepersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

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

Svar: Pasientens autonomi står sentralt i forslaget til ny tvangslov. Det er avgjørende at de som reserverer seg har fått tilfredsstillende informasjon og har en adekvat forståelse til å ta et slikt valg. En tidsbegrensning for bruk av legemidler i tilfeller av nødssituasjoner kan få dramatiske konsekvenser om legemiddelbruken må opphøre etter kort tid uten at situasjonen er bedret, med mindre det finnes mindre inngripende alternativ. Mangel på eksplisitte unntakshjemler her kan bidra til økt bruk av uhjemlet tvangsbruk som kan forringe rettssikkerheten til pasienten. Inngrepsterskelen bør imidlertid være høyere enn om en relevant reservasjon ikke forelå. Om pasienten i etterkant gjenvinner sin samtykkekompetanse og gjentar sin reservasjon bør dette heve inngrepsterskelen ytterligere om en lignende situasjon skulle oppstå.

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

Svar: Det er lite hensiktsmessig med en gitt utfasingstid for bruk av mekaniske innretninger i nødssituasjoner. Spørsmålet vil avhenge av løsningen på flere av problemstillinger er drøftet over. Eventuell utfasing bør følges av systematisk evaluering av virkninger/bivirkninger, med mulighet for å revidere foreslåtte endringer avhengig av hvilke effekter forslaget har.

13. 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)

Svar: Viser til det ovenstående. Dette bør også følges opp med systematisk evalueringsforskning og implementering av program og metodikk som har tilstrekkelig dokumentasjon for redusere bruk av tvangsmidler.⁴

14. 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)

Svar: Vi tenker det bør være åpning for dette der man enten har grunn til å tro at dette er et mindre onde for pasienten enn andre alternativer (og øvrige vilkår for tvang er oppfylt), eller der pasienten selv har gitt uttrykk for at vedkommende ønsker dette fremfor andre tvangsmidler. Det bør imidlertid ikke være anledning til å bruke mekaniske tvangsmidler overfor barn & unge personer under 18 år med mindre det kan fremskaffes dokumentasjon på at dette er mer skånsomt enn alternativer som holding..

15. 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)

Svar: Lovutkastet skiller ikke mellom skjerming (på eget område eller enhet) og isolasjon (bak låst dør). Dette er uansett et felt der vi mangler mye kunnskap om virkninger og bivirkninger. Uansett forslag er det viktig at man før ikrafttredelse har en klar plan for å evaluere og har gode «før-målinger» for å ha et godt sammenligningsgrunnlag. I tillegg bør det være en åpning for å revidere og justere regelverket etter evaluering. En arbeidsmodell som kan vurderes å implementeres i Norge, som nå skal implementeres i hele Nederland er 'High and Intensive Care (HIC)'. Arbeidsmodellen er spesielt utviklet for å håndtere personer i akutt krise i akuttavdelinger. Modellen har blant annet utviklet en fasemodell for å håndtere personer i kriser, hvor de blant annet bruker en måte å roe personer med på som kalles 'rooming-in'. Det pågår mye god utvikling av psykiske helsetjenester, samt fagutvikling i kommunene. Det har ikke vært samme fokus på fagutvikling i akutt-psykiske tjenester. HIC modellen fra Nederland er en slik arbeidsmodell som muligens kan implementeres og evalueres også i Norge⁵.

¹Nyttige råd og veiledning kan finnes i følgende dokument fra hhv. WHO og Europarådet:
<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

<https://www.coe.int/en/web/bioethics/good-practices-for-reducing-and-preventing-coercion-in-mental-health-settings-in-the-council-of-europe>

²https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/multisystemisk_terapi_mst_behandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_med_alvorlige_atferdsvansker_et_alternativ_til_plassering_utenfor_hjemmet_12_18_ar/

³ <https://www.napha.no/content/20131/individuell-jobbstotte-ips>

⁴ For eksempler på aktuelle tiltak: https://www.helse-sorost.no/Documents/Fagomr%C3%A5der/Psykisk%20helsevern/RAPPORT_Redusert%20bruk%20av%20tvangs%20midler%20i%20HS%C3%98_endelig%20og%20godkjent.pdf
<https://sifer.no/map/>

⁵ For mer info om HIC:

<https://hic-psy.nl/about/>

[file:///C:/Users/tonje/Downloads/High and Intensive Care in Psychiatry A New Model .pdf](file:///C:/Users/tonje/Downloads/High%20and%20Intensive%20Care%20in%20Psychiatry%20A%20New%20Model.pdf)

[file:///C:/Users/tonje/OneDrive%20-%20Tonje%20Lossius%20Husum/Skrivebord/Tvangsforsk/PhD%20Thesis%20High%20and%20Intensive%20Care%20in%20psychiatry Laura%20van%20Melle.pdf](file:///C:/Users/tonje/OneDrive%20-%20Tonje%20Lossius%20Husum/Skrivebord/Tvangsforsk/PhD%20Thesis%20High%20and%20Intensive%20Care%20in%20psychiatry%20Laura%20van%20Melle.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Dato:
13.12.2019

Høringsuttalelse fra Senter for medisinsk etikk – NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

1. Positivt med et samlet lovverk for regulering av tvang i helse- og omsorgstjenesten

Senter for medisinsk etikk (SME) støtter å begrense bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. SME er i utgangspunktet positiv til et samlet regelverk om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesteloven. Det kan bl.a. bidra til et mer oversiktlig regelverk og sikre lik behandling overfor flere grupper av brukere.

2. Et for omfattende lovverk gjør det utilgjengelig for helsepersonell og brukere

Tvangsbegrensingsloven er et omfattende og komplisert lovutkast, og består totalt av 17 kapitler og 157 paragrafer. SME stiller seg spørrende til om utkastet reelt sett forenkler lovreguleringen for helsepersonell og brukere i helse- og omsorgstjenesten. Loven fremstår som meget omfattende og kompleks både hva angår materielle og formelle vilkår. SME oppfatter dette å ha potensiale for å bidra til en ytterligere «juridifisering» av kliniske problemstillinger, hvor god praksis også i stor grad avhenger av fagetiske vurderinger og at helsepersonell føler seg kompetente til å utøve det ansvaret de har uten for mye byråkrati. Et for komplisert lovverk kan få negative følger for brukere, f.eks. ved at helsepersonell utøver tvang uten å fatte vedtak eller at unødvendig byråkratiserte vedtak tar verdifull tid som kunne vært brukt på å forbedre og øke den frivillige behandlingen. Både implementeringen av pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kapittel 4A (ti år siden) og endringene i psykisk helsevernloven har trolig skjedd saktere og mer mangelfullt som følge av



unødvendig kompliserte juridiske krav. Dette vil trolig bli spesielt utfordrende i delene av helsetjenesten som har lite erfaring med bruk av denne type lovverk.

3. Et nytt og omfattende lovverk får betydning for ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten

Det vil ta tid for klinikere og brukere å bli kjent med et nytt og omfattende lovverk for regulering av tvang i helse- og omsorgstjenesten, og det vil trolig kreve ressurser å få på plass nye kontrollsystemer slik foreslått. SME ser med bekymring på hvilke konsekvenser et slikt lovverk kan få for en allerede presset ressursituasjon i helse- og omsorgstjenesten, herunder administrative kostnader. Lovforslaget legger herunder opp til en omfattende reorganisering av tilsynsordningen. Vi er spørrende til om en slik organisering vil representere en optimal løsning for kontroll av tvang i de situasjoner som loven nå tar sikte på å dekke. Det bør utredes om ikke enklere kontrollsystemer i større grad kan anvendes eksempelvis ved interne kontrollsystemer i helseforetakene.

4. Behov for et mer formålsstyrt lovverk i stedet for et svært detaljert

Det er krevende å lage et samlet regelverk om tvang og inngrep uten samtykke som fanger kompleksiteten i helse- og omsorgstjenestene. SME oppfatter at intensjonene med lovutkastet langt på vei drukner i detaljene. SME tror med støtte i de argumenter som er fremført over i punkt 2 at en forenklet og mer formålsstyrt lov vil være en mer effektiv måte å regulere tvang i helse- og omsorgstjenesten, og at disse generelle kravene blir førende for beslutninger som tas i tjenesten. På denne måten fremhever man de underliggende etiske betraktningene som ligger til grunn for disse beslutningene. Vi oppfatter at de grunnleggende hensyn nå forsvinner i bakgrunnen i lovutkastet slik det er presentert i sin nåværende form. De detaljer som for øvrig må (foreslås) implementert til utfylling vil å så tilfelle egne seg bedre i forskrift eller rundskrivs form.

Vi har tillatt oss å formulere de viktigste prinsippene i stikkordsform i vedlegg 1. Disse bør kunne danne utgangspunkt for et forenklet lovverk, der en kun bør gi ytterligere presiseringer i lovteksten der det er absolutt nødvendig innenfor ulike kontekster og tiltak. Vi mener disse prinsippene også kan anvendes som tvangsgrunnlag for smittevernloven, og også erstatte dagens helsepersonellov § 7 som i sin konkrete utforming er svært uheldig (åpner for mye sterk paternalisme, overlapper og er trolig dels i konflikt med foreslåtte bestemmelser for nødsituasjoner).

5. Forsøket på å likestille somatisk og psykisk lykkes ikke

Skillet mellom somatisk og psykisk lidelse forsøkes opphevet i lovutkastet, samtidig som lovverket synes klart mest orientert mot tvang og tvangsbegrensning ved psykisk lidelse. Denne skjevheten bør rettes opp om lovverket skal dekke hele helsetjenesten. Vi tror det er bedre å ta utgangspunkt i noen enkle og felles prinsipper, og så evt. gjøre presiseringer der det er absolutt nødvendig og der en kan beskrive forskjeller basert på diagnose/pasientgruppe på en presis måte og dette eventuell begrunner forskjellsbehandling. Samtidig bør slik diagnoseavhengig forskjellsbehandling behandling unngås i størst mulig grad som følge av CRPDs krav om diagnoseuavhengige rettigheter.

6. Det reviderte vilkåret om beslutningskompetanse i lovutkastet kan bidra til klarhet

Beslutningskompetanse er nå foreslått å bli det sentrale vilkåret for eventuell bruk av tvang i lovutkastet. SME er usikker på om den reviderte utformingen av vilkåret for beslutningskompetanse er optimal. For det første er sykdomsvilkåret fjernet fra ordlyden. Dette kan bidra til klarhet i klinisk sammenheng. SME anerkjenner at sykdomsbegrepet kan være vanskelig å definere, men vilkåret har bidratt til å befeste en forståelse av at bortfall av kompetanse bør skyldes noe spesifikt (en patologi) som ikke kan avhjelpes på annen måte. Vi er videre spørrende til om det er heldig å beholde beviskriteriet «åpenbart» som et allmenngyldig vilkår. Kravet vil kunne presentere etiske dilemmaer der det eksempelvis fremstår sannsynlig, men ikke åpenbart, at pasienten ikke forstår, og konsekvensene av å legge pasientens autonome beslutning til grunn blir meget alvorlige. Det burde etter vår oppfatning vært vurdert om ikke beviskravet bør kunne justeres etter alvorlighetsgraden (konsekvensene).

Det synes også nærliggende å se på muligheten for å revidere pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd nå som det er anledning til å rydde i bestemmelsen. Bestemmelsen fremstår uklar både med sikte på hva som er den aktuelle «hovedregel» (16 år) for erverv av samtykkekompetanse, og i hvilken grad dette kan justeres opp eller ned i alder (når inntreer samtykkekompetansen mellom 12 og 16 år, og når heves den fra 16 år opp til 18 år?). I forlengelsen av dette synes det også problematisk at det ikke i større grad er søkt utredet og avklart hvilke grenser og regler som bør

gjelde for bruk av tvang mot barn. Spørsmålet er adressert i aktuelle utredning (jfr. NOU 2019:14, kap 17), dog uten at dette har kunnet munne ut i en tydelig avklaring.

7. Adgang til elektrokonvulsiv behandling (ECT) er meget snever

Lovutkastet gir en snever hjemmel for bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) til pasienter uten beslutningskompetanse som et livreddende tiltak, men setter et absolutt forbud til bruk av tvang (jfr. utk. § 6-13). Bruk av ECT der pasienten mangler samtykkekompetanse i nødrettslignende situasjoner forutsetter bl.a. at det ikke foreligger motstand fra pasientens side og at pasienten ikke har reservert seg mot bruk av ECT etter utk. § 6-15 (se nedenfor). Det er anført av fagmiljøet at ECT er et effektivt behandlingstiltak for noen tilstander. Gitt at dette er en riktig forutsetning synes tilgangen på denne behandlingsformen å være for snever. SME ser med bekymring på at pasienter uten kompetanse som samarbeider risikerer ikke å få anbefalt helsehjelp før de er svært dårlige. Det synes her grunn til å påpeke at lovutkastet allerede ved vurdering av behandling av ikke kompetente pasienter forutsetter en vurdering av hva pasienten ville ha ønsket. Under forutsetning av at ECT kan antas å være en ønsket behandling av pasienten synes denne snevre adgangen til bruk av ECT for ikke kompetente pasienter å være unødig begrensende (dersom det medisinske og etiske beslutningsgrunnlaget for øvrig gjør det rimelig å gi ECT).

Slik utkastet er utformet vil det videre være et ubetinget forbud mot bruk av ECT med tvang. Vi er spørrende til om det vil være riktig å stenge muligheten for å gi ECT med tvang som et livreddende tiltak der dette eventuelt måtte bygge på en riktig avveining av medisinsk evidens, fravær av andre livreddende tiltak, og gode etiske avveininger for øvrig. Det bør være tiltakets evidens og de konkrete verdiene som står på spill som bør være avgjørende for bruk av tvang. Særlovgivning for tillatte og anbefalte behandlingsformer er uheldig, spesielt hvis pasientens selvbestemmelse kan ivaretas gjennom forhåndsønsker.

8. Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT kan få negative følger

SME er positiv til at ivaretagelse av pasientens autonomi står sentralt i lovutkastet. Det er også positivt at lovutkastet tar sikte på å styrke adgangen til å forhåndssamtykke til tvang. Videre er det positivt at antatt samtykke står som et sentralt vilkår for bruk av tvang etter utk. §§ 5-4 og 6-5 ved

at tidligere uttrykte preferanser kommer i fokus for personer uten beslutningskompetanse. Vi vet imidlertid fra forskning at forhåndsdirrektiv/ønsker (fra andre land mest fra andre deler av helsetjenesten) ikke løser alle problemer, og mye kan endre seg i løpet av ti år, f.eks. behandlingsmuligheter og pasientens eget syn. Vi er derfor spørrende til om det er heldig med en slik rubrisert og kategorisk bruk av forhåndserklæringer som utkastet legger opp til. Det sentrale formålet med enhver slik reservasjon er at det skal representere pasientens autonome ønske i en senere oppstått situasjon. Vurderinger av hvorvidt de gjør det bør alltid gjøres konkret og forutsetter trolig at det ikke går for lang tid mellom hver gang helsepersonell snakker med pasienten om mulig fremtidig behandling. Pasientens forståelse av en slik reservasjon vil ofte avhenge av pasientens tidligere erfaringer og om den etterfølgende situasjonen rent faktisk representerer det pasienten har ment å reservere seg mot. Om pasienten ved et slikt senere tilfelle ikke er kompetent til å uttrykke egne oppfatninger kan det være vanskelig å få vurdert om reservasjonen egentlig bør tillegges vekt eller ikke. En slik situasjon krever en reell konkret vurdering. Det vil i motsatt fall kunne medføre uheldige konsekvenser om pasienten ikke får behandling som det reelt sett ikke har vært en autonom reell reservasjon mot.

9. Positivt at alternativer til tvang er mer rettslig forpliktende

SME stiller seg positiv til det at alternativer til tvang må være prøvd inngår som et av de sentrale vilkårene for bruk av tvang etter utk. §§ 5-4 og 6-5. Kobling mellom plikt til å forebygge tvang og rett til tilrettelegging av helse- og omsorgstjeneste er viktig for å realisere formålet med Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

10. Positivt med regulering av nødssituasjoner

SME er positiv til at lovutkastet foreslår å regulere inngrep i nødssituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett) i utk. § 4-1 og til andre (nødverge) i utk. § 4-2, og anerkjenner at straffeloven er lite egnet til å regulere bruk av nødrett og nødverge i helsevesenet. Samtidig er det uklart hvordan reguleringen av nødssituasjoner forholder seg til helsepersonelloven (hpl.) § 7, og i hvilke situasjoner helsepersonells plikt til å yte helsehjelp aktualiseres. Som påpekt over synes vi det er uheldig at bestemmelsen i hpl. § 7 skal bli stående da det kan bidra til fortsatt utvidet bruk av tvang.

Med hilsen

Jørgen Dahlberg
Forsker, SME

Jacob Jorem
Forsker, SME

Tonje Lossius Husum
Forsker, SME

Reidar Pedersen
Professor og leder, SME

Antall vedlegg: 1

Vedlegg 1 – Forslag til forenklede kriterier for bruk av tvang (stikkordsformulert)

Ved bruk av tvang av hensyn til pasienten bør følgende prinsipper ivaretas:

1. Helsehjelpen baserer seg på mest mulig frivillighet og samarbeid, og minst mulig inngripende tiltak/tvang.
2. Utøver og tjenesten må ha nødvendig kompetanse og ressurser til å forebygge og begrense tvang, og til å gjennomføre tvang.
3. Pasienten mangler beslutningskompetanse
4. Det er sannsynlig at pasienten i kompetent tilstand ville gitt tillatelse
5. Tvangen anses som den klart beste løsningen for pasientens helse, og fremstår etter en helhetsvurdering som det beste alternativet.
6. Det stilles tydelige krav til involvering av pårørende, konferering/involvering av annet helsepersonell (i forkant), dokumentasjon, kontroll og evaluering.

Ved bruk av tvang i helsetjenesten av hensyn til andre (kan også dekke nødrett/nødverge av hensyn til andre):

1. Helsehjelpen baserer seg på mest mulig frivillighet og samarbeid, og minst mulig inngripende tiltak/tvang.
2. Utøver og tjenesten må ha nødvendig kompetanse og ressurser til å forebygge og begrense tvang, og til å gjennomføre tvang.
3. Pasienten har behov for helsehjelp og en sykdom, skade eller lidelse som gjør at vedkommende utgjør en fare for andres liv eller helse, eller kan gjøre store materielle skader.
4. Tvangen er nødvendig for å unngå urimelige krenkelser av andres interesser, tvang er den klart beste løsningen, og kan også sies å være i pasientens interesse.
5. Krav til involvering av pårørende, annet helsepersonell (i forkant), dokumentasjon, kontroll og evaluering

Ved nødrett/helsepersonelloven § 7 av hensyn til pasienten:

1. Helsehjelpen baserer seg på mest mulig frivillighet og samarbeid, og minst mulig inngripende tiltak/tvang.

2. Utøver og tjenesten må ha nødvendig kompetanse og ressurser til å forebygge og begrense tvang, og til å gjennomføre tvang.
3. Det må foreligge en akutt fare for liv eller alvorlig skade, og det er ikke tid til å innhente gyldig beslutning fra pasienten.
4. Gjelder kun for kortvarige tvangstiltak
5. Tvangen anses som den klart beste løsningen for pasientens helse.
6. Krav til - eventuelt i etterkant - involvering av pårørende der pasienten mangler beslutningskompetanse, annet helsepersonell, dokumentasjon, kontroll og evaluering

Høringsvar om 'Faglige råd' til Helsedirektoratet fra Senter for medisinsk etikk (UiO)

Overordnet synes vi at dette er et godt initiativ fra Helsedirektoratet, og vi vil berømme helsedirektoratet for å gå mer konkret til verks for å redusere og kvalitetssirkel bruk av tvang. For oss se det ut som om de faglige rådene inneholder gode tiltak og strategier som kan bidra til å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Videre er de faglige rådene et tydelig helsepolitisk signal til tjenestene om å prioritere å arbeide med å redusere bruk av tvang i sine tjenester. Videre burde Helsedirektoratet iverksette et nasjonalt prosjekt med tanke på å redusere bruk av tvang. Arbeidet de har utført i Nederland kan være en inspirasjon: <https://research.vu.nl/en/publications/high-and-intensive-care-hic-in-psychiatry-development-implementation>

Sterkere føringer

Med tanke på at unødvendig bruk av tvang er potensielle menneskerettighetsbrudd, er det vagt at de faglige rådene oppfordrer tjenestene og deres ledere til at de **bør** gjennomføre disse tiltakene. De fleste av tiltakene er del av helt vanlig godt psykisk helsearbeid og burde være en selvfølgelig del av tilbudet som tjenestene tilbyr. Direktoratet burde skrevet at tjenestene og lederne **skal** gjennomføre de anbefalte faglige rådene. De faglige rådene burde muligens heller vært gitt ut som retningslinjer eller som mer forpliktende føringer. I de tilfellene der tiltak er lovpålagt, slik som 'ettersamtale' kan ordlyden være sterkere i retning av ettersamtaler skal utføres.

Kunnskapsgrunlaget

Kunnskapsgrunlaget ser ut til å være forskningsbasert kunnskap, brukererfaringer og erfaringer fra praksis. Dette bør komme tydeligere frem. Spesielt bør det komme tydeligere frem hva som er de mest forskningsbaserte/ evidens-baserte rådene, som for eksempel bruk av kriseplan. FHI har laget kunnskapsoppsummering over forskning på prosjekter som har redusert bruk av tvang:

<https://www.fhi.no/en/publ/2017/Interventions-for-reducing-seclusion-and-restraint-in-mental-health-care-for-adults-a-systematic-review/>

Noen eksempler fra internasjonal forskning:

- Van Melle, A.L., E. O. Noorthoorn, G. A. M. Widdershoven, C. L. Mulder, Y. Voskes, Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands, BMC Psychiatry, 10.1186/s12888-020-02855-y, 20, 1, (2020).
- Noorthoorn, E.O., Y. Voskes, W.A. Janssen, et al. Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? Psychiatric Services, 2016. doi: 10.1176/appi.ps.201500414
- Gerritsen, S., Widdershoven, G., van der Ham, L., van Melle, L., Kemper, M. & Voskes, Y., Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations (2021). International journal of mental health nursing. 30, 1, p. 317-325.
- Thesis:
 - Y. Voskes (2015). No effect without ethics. Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective, Thesis VU University Amsterdam, Ridderprint BV, Ridderkerk.
 - L. van Melle (2021). High and Intensive Care (HIC) in psychiatry: development, implementation and effect (defense June 2021). Thesis VU University Amsterdam.

Kunnskapsgrunnlaget om bruk av tvang er generelt svak, og de Faglige Rådene bør gjenspeile dette. Det er mye kunnskap basert på erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap på feltet, men lite evidensbasert kunnskap. Når det gjelder TUD antyder kunnskapsgrunnlaget at det ikke har noen positiv effekt. Grunnlaget for helsetjenesten er at den skal tilby evidensbaserte helsetjenester, og dette burde gjenspeiles i de Faglige Rådene. Siden det er så lite som er evidensbasert bør man være veldig restriktiv med å benytte tvang og evaluere nøye der det benyttes, fordi vi evidensen for å kunne forvent positiv effekten er så mangelfull og tvang i helsetjenesten bare bør benyttes der er til det beste for pasienten.

Til Faglig råd nr. 12: Evaluering av tvangsinnleggelse

Dette punktet bør også inkludere bruke statistikk og takk i sitt eget kvalitets-forbedrende arbeid. Tall over sin egen praksis når det gjelder tvangsinnleggelse kan samles inn både lokalt fra sitt eget sykehus, kommune eller avdeling og tall kan hentes fra Norsk Pasient Register. Tall om tvangsinnleggelse er også en kvalitetsindikator og HF/ sykehus bør oppfordres til å følge med på sine egne tall/ sin egen praksis og bruke det for å overvåke/ monitorere sin egen praksis. Eksempler på hvordan nasjonal statistikk er bruk i arbeid for å forbedre tjenestene i Nederland.

- ARGUS: Argus: assessment and use of data in evaluating coercive measures in Dutch psychiatry (Thesis VU University Amsterdam 2012) (<https://research.vumc.nl/ws/files/257843/end%20matter.pdf>)
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W. et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50, 1857–1869 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1094-2>

Fagutvikling, kompetanseheving & kulturendring

Erfaring er at det er krevende å endre praksis i helsetjenesten. Dette burde vært inkorporert i de faglige rådene. Det kan for eksempel skrives inn i de faglige rådene at det er en stor utfordring å endre praksis. Det kan vises til litteratur og metodikk for å endre praksis i helsetjenesten. Utfordringen med implementering kan også nevnes under punktet om ledelse. Implementering innebærer god og systematisk opplæring av personalet. De faglige rådene bør generelt betone sterkere at det er leders ansvar å sikre fagutvikling og kompetanseheving av personalet. Vi savner fokus på kulturendring innen tjenestene, i tillegg til kompetanseheving for personalet. Kulturendring er en møysommelig prosess som kan oppnås for eksempel gjennom å arbeide med etikk-refleksjon.

Eksempler fra internasjonal forskning om rolle av etikk refleksjon i kultur endringsprosesser

- Abma, Tineke, Yolande Voskes, Guy Widdershoven. Participatory Bioethics Research and its Social Impact: The Case of Coercion Reduction in Psychiatry. Bioethics, First published: 06 January 2017 <https://doi.org/10.1111/bioe.12319>.
- Hem, Marit Helene, Reidar Pedersen, Reidun Norvoll, Bert Molewijk (2015). Evaluating clinical ethics support in mental health care. A systematic literature review. Nursing Ethics, Jun;22(4):452-66.
- Lorem, Geir F, Marit Helene Hem, Bert Molewijk (2015). Good coercion. Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. International Journal of Mental Health Nursing, Jun; 24(3):231-40.

- Molewijk, Bert, Almar Kok, Reidar Pedersen, Olaf Aasland (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—cross-sectional surveys study. BMC Medical Ethics, 18:37 (<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>).
- Hem, MH, B Molewijk, E Gjerberg, L Lillemoen, R Pedersen (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: a focus group study among health care professionals. BMC Medical Ethics (2018) 19:54. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0297-y>
- Molewijk, Bert, Ingvild Stokke Engerdahl, Reidar Pedersen (2016). Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care. Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? Clinical Ethics, 2016, Vol. 11(2–3), p. 87–96.

Økt kompetanse om bestemmelsene rundt taushetsplikt

Det er vårt inntrykk at ansattes frykt for å bryte taushetsplikt kan være et hinder for godt samarbeid mellom familie og de ansatte. Det bør derfor sikres gjennom opplæring av personalet at de har god kunnskap om lovverk og taushetsplikt, slik at ikke manglende kunnskap er til hinder for samarbeid med familien til brukeren. For pasienter som mangler samtykkekompetanse har pårørende som hovedregel krav på all informasjon som pasienten har - altså alt som er nødvendig for å kunne medvirke på vegne av pasienten/gi uttrykk for hva pasienten ville ha ønsket.

Sterkere kommunefokus

Med tanke på at prosessene som ender i tvangsinnleggelse skjer i kommunene, burde de faglige rådene ha et sterkere kommunefokus. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser bør for eksempel sikres en tilpasset bolig. Dette burde vært et av rådene.

Kunnskap om traumer

Mange mennesker som blir utsatt for bruk av tvang, har erfaringer med traumer. Et av rådene burde derfor vært at tjenestene skal ha traumeinformert kunnskap (kunnskap om hvordan møte mennesker med traume-erfaringer).

Skjerming

I det faglige rådet om skjerming, burde det også skrives at behovet for skjerming skal begrunnes. Hva tenkes oppnås med skjermingen?

Vi tror i tillegg, basert på egen kjennskap til helsetjenesten og UKOM-rapporten som siteres i de faglige rådene (<https://www.ukom.no/forside/ukoms-rapporter/legemiddelrelatert-doedsfall-paa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost/doedsfall-paa-en-akuttpsykiatrisk-sengepost/>) at de faglige rådene bør enten bør angi særskilte krav til kompetanse for ansatte på skjermingsenhetene, eller at enhetene selv lager dette. Skjermingsenheter er trolig det mest krevende og intensive tjenestetilbudet i psykisk helsevern, men de ansattes kompetanse virker mye mer variert - og mangelfull for mange – sammenlignet med f.eks. intensivavdelinger i somatikken.

Tvangsmedisinering

Tvangsmedisinering burde også nevnes. I denne sammenheng bør tjenestene pålegges å føle opp og dokumentere effekt av medisineringen. Hvis ikke positiv effekt kan dokumenteres, bør tvangsmedisinering avsluttes innen rimelig tid. Studier antyder at et sted mellom 20-50 prosent av personer som blir behandlet med anti-psykotika har ingen, dårlig eller lite positiv effekt av medisineringen. Det bør også tydeliggjøres at tjenestene skal tilby mulighet til medisinfri behandling.

Ressurser

Behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant de største utfordringene til den psykiske helsetjenesten. Tvangsinnlagte pasienter har heller ikke mulighet til å velge tjeneste. Behandlingen av mennesker som behandles under tvang, bør ha høy faglig og etisk kvalitet. I tråd med dette bør det sikres at tjenestene som behandler mennesker med tvang har tilstrekkelig ressurser til å gjennomføre de faglige rådene. Dette gjelder for eksempel nok personell til å kunne følge opp pasienter i aktiviteter og på turer ute. De faglige rådene bør følges med økonomiske insentiv til tjenesten for å igangsette prosjekt og fagutvikling med målsetting om å implementere de faglige rådene. Det er viktig å sikre at tjenestene har nok ressurser til å jobbe med å forebygge uformell og formell bruk av tvang. Arbeid med å forebygge uformell og formell bruk av tvang, bør være et vedvarende arbeid som har kontinuerlig fokus.

Opplevd tvang

Målsetting om å redusere bruk av tvang, bør ikke begrenses til kun å gjelde formell bruk av tvang. Det bør være en målsetting å undersøke pasientenes opplevelse av tvang i et videre perspektiv, ved å også involvere uformell bruk av tvang. Det er utviklet metoder (spørreskjema) for å måle pasienters opplevelse av tvang. Regelmessig måling av pasientenes opplevelse av tvang, kan være nyttig tilbakemelding til personalet om hvordan tjenestene blir opplevd for dem. Kunnskapen kan benyttes i arbeid i å redusere pasientenes opplevelse av bruk av tvang og bedre deres opplevelse av behandlingen.

For eksempel:

- Sampogna, Gaia, Mario Luciano*, Valeria Del Vecchio, Benedetta Poci, Carmela Palummo, Giovanna Fico, Vincenzo Giallonardo, Corrado De Rosa and Andrea Fiorillo. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front. Psychiatry*, 21 May 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00316>

Tilbud til pårørende

Når en person med alvorlig psykisk lidelse legges inn på tvang, bør familien få tilbud om psykoedukativt familiearbeid. I tråd med "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser" (2013) - der dette er en av tre anbefalte behandlingsformer. Senter for medisinsk etikk har nylig fått antatt en artikkel som tyder på at mindre enn 5 % prosent av pasientene/pårørende får denne behandlingen. Det kan også forebygge reinnleggelse, trolig også tvangsinnleggelse. Videre bør det være en anbefaling om at pårørende bør inkluderes i kriseplanen og vet hva som står der om de er nevnt. Om pasienten ikke ønsker dette

bør behandlerne undersøke hvorfor pasienten eventuelt ikke ønsker at familien skal involveres. En innfallsvinkel kan være å undersøke hva pasienten kanskje likevel kan akseptere (for eksempel at personalet ikke deler informasjon om det pasienten ikke vil dele, men gir generell informasjon, og jobber langsiktig med de pårørende for få dem mindre bekymret etc.). Det bør være en målsetting å forsøke å tilpasse involveringen av pårørende til pasientens ønsker. Pårørende og brukeren selv kan også involveres i etikk-refleksjons arbeid.

Skader etter tvang & varsling

I tillegg til de faglige rådene bør helsemyndighetene følge opp arbeidet med å bedre pasientsikkerhet og med å dokumentere skader etter bruk av tvang. Dette kan for eksempel gjøres ved å oppfordre ansatte, pasienter og pårørende om å varsle til Ukom (Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten) når man erfarer at noen er krenket eller skadet etter behandling i psykisk helsevern: <https://www.ukom.no/forside/varsle-oss/slik-varsler-du-ukom/>

Det bør legges til rette for en kultur i tjenestene hvor skader og krenkelser meldes og hvor ansatte tør å varsle. Dette kan bidra til å utvikle etikk og kvalitet i tjenestene, og til en lærende organisasjon.