



Tvangslovutvalget

Sendt kun pr. e-post:
innspill-tvangslovutvalget@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 17/3806

Dato: 29.09.2017

Innspill til utvalget for samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget)

Legeforeningen støtter en samlet gjennomgang av tvangsreglene og mener det er behov for samordning for deler av regelverket. Krevende og komplisert saksbehandling, som er ulik for ulike tvangsregler samtidig som det gjerne er samme pasient det dreier seg om, fører til fare for svikt/ uhjemlet tvang. Reglene bør forenkles slik at de komplekse, etiske vurderingene som fagmiljøene gjør kan fremkomme uten rigide detaljerte føringer, men med samtidig sikring av rettssikkerheten til pasienten. Dagens lovverk oppleves ofte som uoversiktlig, vanskelig å tolke og ulogisk i en del sammenhenger. Dette gjør at den kliniske og praktiske anvendelsen av lovverket blir preget av usikkerhet og variasjon. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at ulike regelsett også er tilpasset ulike problemstillinger og at tvang anvendes i mange forskjellige sammenhenger med ulik motivasjon. Vi fremhever i den forbindelse også barns særlige behov og rett til beskyttelse.

Legeforeningen støtter intensjonen om å bruke mindre tvang og at tvang skal brukes riktig og forutsigbart når det først blir nødvendig. Det viktigste hensynet må være at regelverkene sikrer en skånsom og hensiktsmessig tilnærming til de ulike tvangssituasjonene, med god forutsigbarhet. En eventuell samordning bør ikke ha som mål å utforme et helt ensartet regelverk, men snarere fokusere på behovet for mer ensartede definisjoner av ulike tvangstiltak, herunder sentrale begreper som nødrett, tvunget psykisk helsevern, samtykkekompetanse, tvangsmedisinering, tvangsernæring, mekaniske og medikamentelle tvangsmidler, isolasjon, holding og skjerming.

Det er viktig at man ser på bruken av tvang i et helhetsbilde/samlet bilde av alle enheter som forvalter tvang og ikke utelukkende fokus på ett felt. Bruk av tvang i en etat henger ofte sammen med bruk av tvang, tilgang på ressurser m.m. i andre etater.¹ Reduksjon av tvang på et område kan føre til en utilsiktet økning i tvangsbruk for samme individ etter et annet

¹ Eksempelvis kan vi her nevne at politiets myndighet så vel som åpning for tvungen rusbehandling ofte påvirker om det blir behov for tvunget psykisk helsevern. På samme måte er det vist i en dansk studie nylig at det som aller mest påvirker bruken av tvangsmidler i psykiatrisk institusjon er hvilken oppfølging pasientene på forhånd har fått i kommunen (altså også utenom tvangslovverk og mye basert på ressurstilgang og organisering / ledelse).

regelverk. Illustrerende her er to nylige lovendringer: phvl. § 3-3 (vilkåret om manglende samtykkekompetanse) der adgangen til administrativt tvunget psykisk helsevern strammes inn, og straffeloven § 62 som åpner for en større adgang til å dømme personer til tvunget psykisk helsevern via straffeloven.² Disse betraktningene tilsier at det er viktig at man setter seg grundig inn i det som foreligger av forskning på feltet, særlig hvilke tiltak som påvirker bruk av de ulike, tvungne tiltakene, og hvordan tiltakene påvirker pasienter og omgivelser. Kunnskapsmaterialet bør formidles på en objektiv og pedagogisk god måte, slik at det er kjente premisser for beslutninger som innskrenker eller utvider virkeområdet for bruk av tvang.

I det følgende vil vi komme med noen konkrete innspill til utvalgets arbeid:

Tvangsbruk utenfor sykehus:

Nåværende regelverk oppleves som tilpasset institusjonshelsetjenesten og er mindre egnet for bruk i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid hovedsakelig primærhelsetjenesten som er nærmest til å identifisere behovet og iverksette de første tvangstiltakene. Et fremtidig lovverk må ta hensyn til dette og også være tilpasset lokalsamfunnets behov.

Diagnoser som kriterium ved tvangsbruk:

Legeforeningen er enig i en ambisjon om å løsrive seg mer fra diagnosene som kriterium og la funksjon og adferd få større betydning for hvorvidt det er nødvendig å behandle personer med tvang. Her peker vi på at kommunehelsetjenesten har funksjonsnivå som utgangspunkt for tildeling av tjenester, og ikke primært diagnoser. Vi tror imidlertid det blir svært vanskelig å lage konkrete regler som kan sikre likhet og forutsigbarhet for pasientene dersom man løsriver seg i for stor grad fra diagnosene. Dette regelverket skal brukes av helsepersonell som er vant til å tenke sykdom og å bruke diagnoser. Diagnostiske termer er ofte presist definert med stor grad av enighet om kriteriene for å sette en diagnose og dette kan neppe erstattes av andre systemer.

Barn og unge:

Når det gjelder barn og ungdom er tvang et sjeldent tiltak. Det forekommer primært i barnevernet og innen habilitering. Det er sentralt å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse på ulike tvangstiltak - både psykiatrisk og barnevernfaglig. I andre tilfeller er det grensegangen mellom foreldremyndighet, oppdragelse og uhjemlet tvang som er viktig å avklare nærmere. Rask etablering og tett oppfølging er nødvendig da utfordringer ofte utvikler seg raskere hos barn og ungdom. Faren for å tape vesentlig behandling og beskyttelse oppstår raskt og har større konsekvenser.

Innen habilitering for barn og unge er det en utfordring å sikre at uhjemlet tvang ikke brukes på skolen da det er en mye mindre tydelig regulering av dette i oppvekstloven. Det er manglende sammenheng i rettslige skranker for bruk av tvang innen helsetjenesten, skolen og foreldres/ pårørendes inngripen.

Gråsoner:

Det er noen gråsoner som dagens lovverk vanskeliggjør samarbeidet om, særlig i kommunene:

² Det vil kunne være en risiko for at noen av de personene man ikke nå kan holde på tvunget vern iht. psykisk helsevernloven i stedet vil bli litt dårligere, være til mer bry for samfunnet og i stedet dømmes til det samme vernet samme sted. Psykiatrien må like fullt forholde seg til dem og gi omtrent samme behandling, og pasientene har da oppnådd å bli kriminelle i tillegg til psykisk syke.

- Mennesker med funksjonell psykisk utviklingshemming (f.eks. Asberger kombinert med alvorlig psykisk lidelse)
- Dobbel diagnose rus og psykiatri³
- Samtidig behov for tvang innen psykisk helsevern og somatisk tvang

Personer med psykisk utviklingshemming kan behandles med tvang etter nåværende regelverk. Legeforeningen vil imidlertid anmode utvalget om å diskutere tiltak overfor individer med lav kognitiv funksjon/problematisk adferd, men med en IQ som ligger like over grensen for psykisk utviklingshemming. Disse kan i dag ikke stoppes i uheldig adferd annet enn ved inngripen av politiet – som er en lite terapeutisk og verdig behandling.

Administrativt:

Det er viktig å sikre tilstrekkelig kompetanse på de områder/ i de etater der tvang kan benyttes. Legeforeningen mener kompetansekrav til de som forvalter lovverket er sentralt for å sikre riktig forståelse og gjennomføring av tvangsregler. Videre bør det være et større fokus på utvikling av tiltak hvor tvang kan forebygges og unngås.

Systemet for kontroll/ overprøving av tvang må naturligvis gjennomgås. Dette er et område der det kan være gode muligheter for samordning og harmonisering. Herunder må utvalget vurdere om gjennomføring av tvang i psykisk helsevern bør samles til én myndighet og ikke være fordelt på flere slik som dagens ordning fungerer med kontrollkommisjonene og fylkesmennene.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avd.direktør/advokat

Dokumentet er godkjent elektronisk

Saksbehandler: Helga Bysting

³ Leger er lite involverte i tvang innen rusfeltet i kommunen, men komplekse brukere med samtidig psykiatri og ruslidelser vil ofte vurderes av leger.

