

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 19/22205-6
Saksbehandler: Vårin Hellevik
Dato: 09.12.2019

Oversendelse av høringsvar

HelseDirektoratet viser til helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 20. juni 2019, hvor det bes om innspill til NOU:14 Tvangsbegrensingsloven.

Vedlagt følger HelseDirektoratets høringsvar.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.
direktør

Helen Brandstorp
divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Helsedirektoratets hørings svar til NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven

09122019

Innholdsfortegnelse

1	Synspunkter på sentrale forslag.....	3
1.1	Innledende kommentarer	3
1.2	Felles regulering	3
1.3	Diagnosenøytralitet.....	3
1.4	Utforming av lovforslaget	3
1.5	Lovtittel	4
1.6	Snevreste tvangsbegrep	4
1.7	Manglende beslutningskompetanse	4
1.8	Rettsikkerhet ved tiltak overfor ikke-kompetente som ikke motsetter seg	4
1.9	Antipsykotisk legemiddelbehandling og reservasjonsrett	5
1.10	Forbud mot mekaniske tvangsmidler.....	5
1.11	Antatt samtykke som absolutt vilkår for tvangsvedtak.....	5
1.12	Barn og unge	5
1.13	Klageorganer og registreringa av tvangsdata	6
2	Konsekvenser og oppfølging	7
2.1	Økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser	7
2.2	Oppfølging og videre arbeid med lovforslaget.....	9
3	Kommentarer til de enkelte paragrafer i lovutkastet	11
3.1	Kapittel 1 Formål, virkeområde, definisjoner m.m. (NOU kapittel 16)	11
3.2	Kapittel 2 Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m. (NOU kapittel 22)	17
3.3	Kapittel 3 Beslutningsstøtte, pårørendes rettigheter mv. (NOU kapittel 20)	18
3.4	Kapittel 4 Tiltak i nødssituasjoner (NOU kapittel 23)	20
3.5	Kapittel 5 Innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon m.m. (NOU kapittel 24)	25
3.6	Kapittel 6 Individuelle behandlings- og omsorgstiltak m.m. (NOU kapittel 25)	30
3.7	Kapittel 7 Rettighetsbegrensende tiltak og tvang i institusjon eller bolig av hensyn til fellesskapsinteresser (NOU kapittel 26)	40
3.8	Kapittel 8 Gjennomføring av tiltak (NOU kapittel 27)	41
3.9	Kapittel 9 Saksbehandlingen i første instans (NOU kapittel 28)	42
3.10	Kapittel 10 Kontrollinstansene (NOU kapittel 28)	47
3.11	Kapittel 11 Obligatorisk kontroll (NOU kapittel 28)	49
3.12	Kapittel 12 Klage og omgjøring m.m. (NOU kapittel 28)	50
3.13	Kapittel 14 Domstolsprøving (NOU kapittel 28)	51
3.14	Kapittel 17 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover	52
3.14.1	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (NOU kapittel 20)	52
3.14.2	Behov for endring i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie	53

1 Synspunkter på sentrale forslag

1.1 Innledende kommentarer

Tvangslovutvalget har gjort et grundig og omfattende arbeid som gir en god oversikt over bakgrunn, gjeldende rett og lovforslaget med begrunnelse. Forslaget kan ha positive effekter i form av redusert og riktigere bruk av tvang, økt brukermedvirkning og verdigere helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet er tilfreds med at forslaget regulerer flere forhold som i dag er mangelfullt, uklart eller fragmentert regulert, f.eks. bruk av ECT uten samtykke, nødrett og nødverge, samt tvangsmedisinering i sykehjem. Det er også positivt at forslaget understreker den enkeltes rett til tilrettelagte tjenester uten bruk av tvang.

Direktoratet hørings svar er bygget opp slik at det innledningsvis fremhever våre synspunkter på sentrale sider ved lovforslaget, og deretter kommenterer bestemmelsene kronologisk.

1.2 Felles regulering

Helsedirektoratet støtter en *felles regulering* av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Like inngangskriterier, færre vedtakstyper og felles saksbehandlings- og klageregler, samt felles kontrollorganer, vil etter vårt syn kunne bidra til å minske ubegrunnede forskjeller, øke samhandlingen i tjenestene og sikre helhetstenkning rundt individet.

Vi er positive til at lovforslaget er organisert etter type inngrep og etter hensynet bak inngrepene, under forutsetning at strukturen i forslaget søkes forenklet.

Vi støtter de to grepene som er tatt for å muliggjøre en felles regulering: oppheving av konstruksjonen tvungent psykisk helsevern og overgang til en tjenestemodell ved tvang i tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet (TSB).

1.3 Diagnosenøytralitet

Helsedirektoratet støtter *diagnosenøytralitet* som innebærer at fokus skal være på fungeringsnivå og behov - ikke symptomer/diagnose - og som er i tråd med menneskerettslig utvikling på dette feltet. Forslaget utvider persongruppen som det kan benyttes lovlig tvang overfor i de kommunale tjenestene, til også å omfatte f.eks. personer med en alvorlig diagnose innenfor autismespekteret eller en ervervet hjerneskade. Vi mener likevel at forslaget ikke nødvendigvis betyr at det vil bli benyttet mer tvang overfor disse persongruppene, da det allerede benyttes en del tvang overfor disse gruppene basert på nødrett og nødverge. Forslaget vil medføre at denne tvangen blir regulert og disse gruppene får økt rettssikkerhet.

1.4 Utforming av lovforslaget

Helsedirektoratets *hovedinnvending* mot forslaget, er at det er omfattende og vanskelig tilgjengelig. Det er en utstrakt bruk av krysshenvisninger og flere nye begreper. Forslaget har mange unntaksbestemmelser og særregler. I tillegg legges det opp til utstrakt bruk av forskrifter (vi teller om lag 40 forskriftshjemler). Samlet sett øker det risikoen for feilbruk, lovbrudd, ulik behandling og svekket respekt for regelverket. Det kan gjøre det krevende å etablere riktig og god klinisk og rettslig praksis. Lovens kompleksitet, samt forventning om omfattende forskriftsregulering, er bekymringsfullt på et felt som er i kjerneområdet for legalitetsprinsippet, der det må stilles høye krav til et entydig og lett tilgjengelig lovverk.

Vi mener at innvendingene ikke er til hinder for en felles lov, men det kreves en bearbeiding i mer pedagogisk retning. Det bør vurderes om paragrafhenvisninger i større grad kan erstattes med

tekstinnhold selv om dette øker lovens volum. Det bør vurderes egne samlekapitler for særbestemmelser knyttet til spesifikke diagnosegrupper - henholdsvis utviklingshemming, psykisk lidelse, demens og rus. Her bør departementet få innspill fra behandlere, slik at loven blir anvendelig i den kliniske hverdagen. Se høringsvarets pkt. 2.2. Noe regulering i forskrifter er neppe til å unngå, men hva som skal forskriftsreguleres må vurderes grundig opp mot legalitetsprinsippet.

1.5 Lovtittel

Helsedirektoratet mener at lovtittelen bør endres. Tittelen har en viktig signalverdi. Utvalgets tittelforslag fremhever intensjonen om å begrense tvangsbruk. Av hensyn til personer som utsettes for inngrep etter loven og brukere av loven, mener vi at tittelen primært må avspeile hva loven faktisk regulerer, nemlig tvangsbruk. Noe annet kan virke uforståelig og gi feil forventninger hos de som underlegges tvang etter loven. Fremheving av begrensning dreier dessuten fokus ensidig mot å redusere tvang, mens fokus etter vårt syn burde være *riktig* bruk av tvang, fordi tvang unntaksvis kan være nødvendig for å unngå helseskade og redde liv. I stedet for begrensning, bør vekten derfor legges på regulering og forebygging, som også er et uttalt formål med loven. Vi foreslår på bakgrunn av dette tittelen *lov om regulering og forebygging av tvang i helse- og omsorgstjenesten (tvangsreguleringsloven)*.

På samme måte som den foreslåtte lovtittelen, er tittelen på tvangsbegrensningsnemndene egnet til å sende uklare signaler om nemndenes oppgaver og hvilke forventninger en kan ha til resultatet av deres klagebehandling. Nemndene bør derfor også få navn som mer nøkternt og klargjørende avspeiler deres oppgaver, som *tvangsklagenemnd*, ev. *tvangsreguleringsnemnd*. Se kommentarer til § 10-1.

1.6 Snevrere tvangsbegrep

Helsedirektoratet støtter innskrenkning av tvangsbegrepet til inngrep overfor personer som yter motstand. Vi slutter oss til at det sikrer en sterkere prioritering av kontrollressursene, lettere tilgang til hjelp for de som ikke yter motstand og at en unngår unødig stigmatisering. Innskrenkningen retter dessuten opp i en utvikling som har gått for langt, når det gjelder hva som anses som tvang overfor personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. På det feltet blir det truffet en del vedtak også ved svært lite inngripende tiltak. Det vil bidra til et riktigere bilde av reell tvang og til at saksbehandlings- og overprøvningsressurser mv. kan forbeholdes de sakene der det benyttes reelt sett inngripende og belastende tvangstiltak overfor personen. Det er også positivt med et felles tvangsbegrep for helse- og omsorgstjenesten. Se kommentarer til § 1-3.

1.7 Manglende beslutningskompetanse

Helsedirektoratet støtter innføring av vilkåret (og begrepet) manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvang, med visse forbehold for tvangsinnleggelse i TSB. Se kommentarer til § 5-4.

Kravet om manglende beslutningskompetanse antas spesielt å ville bidra til styrket rettsikkerhet, herunder økt selvbestemmelse og autonomi, for personer med psykisk utviklingshemming. Det blir imidlertid særlig viktig å sikre gode kompetansevurderinger. Hvis en person feilaktig anses å ha beslutningskompetanse, vil vedkommende kunne ende med å forkomme på grunn av dette. Det er derfor også viktig at beviskravet for manglende beslutningskompetanse ikke settes for høyt, spesielt dersom konsekvensene av å takke nei til helsehjelp er store. Se kommentarer til pbrl. § 4-3 i høringsvarets pkt. 3.14.1.

1.8 Rettsikkerhet ved tiltak overfor ikke-kompetente som ikke motsetter seg

Helsedirektoratet støtter at ikke-beslutningskompetente som ikke motsetter seg behandling med antipsykotika, får visse rettsikkerhetsgarantier selv om behandlingen skjer uten motstand, jf. § 6-4,

da dette er spesielt inngripende behandling. Vi etterlyser imidlertid tilsvarende rettssikkerhetsgarantier for de ikke-beslutningskompetente som *innlegges og tilbakeholdes* uten motstand, da vi mener dette er også et svært inngripende tiltak. Se kommentarer til § 5-1.

1.9 Antipsykotisk legemiddelbehandling og reservasjonsrett

Helsedirektoratet mener at utvalgets presentasjon av kunnskapsgrunnlaget om effekt av antipsykotika er lite balansert. Det er en kjensgjerning at kunnskapsgrunnlaget for antipsykotika er omdiskutert, og det er uheldig at en offentlig utredning legger opp til en ensidig fremstilling og har dette som et grunnleggende premiss for forslagene på dette området. Helsedirektoratet har forøvrig igangsatt et arbeid med revisjon av kapitlet som omhandler legemidler i retningslinjen for behandling av psykoselidelser.

Helsedirektoratet støtter prinsipielt reservasjonsrett for antipsykotisk legemiddelbehandling, men med henvisning til det store antallet tvangsmedisineringsklager (ca. 1100 årlig¹) mener vi at utvalget undervurderer antallet som vil reservere seg. Vår støtte er betinget av at unntakene presiseres og utvides noe. Videre forutsetter vi at det blir etablert gode, reelle alternativ til bruk av antipsykotika. Behandling uten legemidler vil kunne ta lengre tid og medføre lengre opphold i døgninstitusjon, noe som gir behov for flere sengeplasser. Se kommentarer til § 6-14.

1.10 Forbud mot mekaniske tvangsmidler

Helsedirektoratet støtter prinsipielt intensjonen om å forby bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern. Vi er imidlertid bekymret for at forbudet kan føre til uønsket vridningseffekt, som økt bruk av andre tvangsmidler, bl.a. korttidsvirkende legemidler, og økt bruk av politi. Helsepersonell får også færre muligheter til å beskytte seg selv og andre pasienter, spesielt ved akuttpsykiatriske enheter og lokale sikkerhetsavdelinger. Det bør vurderes om forbudet kan innføres delvis eller skrittvis, f.eks. ved at de mest utsatte avdelinger ikke omfattes av forbudet eller får noe lengre tid til utfasing. Et forbud vil utfordre måten det arbeides på i psykisk helsevern og krever at det iverksettes målrettet opplæring. Se kommentarer til § 4-3 tredje ledd.

Det bør iverksettes en følgeevaluering av utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler allerede fra loven vedtas, slik at lovgiver får dannet seg et bilde av om fristen på tre år bør forlenges.

1.11 Antatt samtykke som absolutt vilkår for tvangsvedtak

Utvalget foreslår et vilkår om "antatt samtykke" for en rekke vedtak i kap. 5 og 6. Forslagets § 1-5 inneholder regler for *vurderingen* av antatt samtykke.

Helsedirektoratet mener at et absolutt vilkår om antatt samtykke for beslutninger og vedtak har slike håndhevingsutfordringer og konsekvenser for pasienten, at vi ikke kan støtte forslaget.

Vilkåret vil kunne medføre at svært behandlingstrengende pasienter ikke kan gis behandling, med de påkjenninger det vil medføre for både pasient og nærmeste pårørende og økt trykk på andre samfunnsinstitusjoner, som bl.a. politiet. Vi foreslår at pasientens syn på behandling i beslutningskompetente perioder heller skal vektlegges i en helhetsvurdering. Se kommentarer til § 1-5.

1.12 Barn og unge

Helsedirektoratet har tidligere spilt inn til departementet at regelverket knyttet til barn og unge på tvangsfeltet er mangelfullt. Vi støtter foreslått regulering av tvang overfor barn og unge, med økt rettssikkerhet ved at tvangsvedtak i større grad skal erstatte foreldresamtykke, jf. § 1-3 tredje ledd.

¹ Helsedirektoratets rapport Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2017

Vi støtter videre Tvangslovutvalget og Barnevernlovutvalget syn på at det er behov for en "barnevernhelsereform". Etter vår vurdering er det behov for å se nærmere på en rekke problemstillinger som befinner seg i grenselandet mellom barnevern og helsetjenester. Uklare ansvarsforhold mellom sektorene og utfordringer i samarbeidet, er problemstillinger som har vedvart over år, og flere enkeltsaker har belyst utfordringen. Etter direktoratets vurdering kan det være aktuelt å nedsette et eget lovutvalg for å vurdere rettslige og faglige sider.

1.13 Klageorganer og registreringa av tvangsdata

Helsedirektoratet støtter forslaget om én ny felles klageinstans for klager over vedtak på de ulike tvangsfeltene (vårt forslag til navn: tvangsreguleringsnemnd, evt. tvangsklagenemnd). Det er positivt at én klageinstans kan se den samlede belastningen av flere tvangsvedtak for samme person, og det vil, i hvert fall på sikt, bli enklere for den enkelte å forholde seg til én klageinstans.

I dag kommer antagelig pasienter i psykisk helsevern rettssikkerhetsmessig best ut med de kravene som stilles til kontrollkommisjonen og dens saksbehandling, herunder med domstollignende klagesaksmøter ved klager over de mest inngripende tiltakene. Det er positivt at denne "beste praksis" på klagesaksfeltet blir normen også for de andre tvangsfeltene.

Vi støtter i hovedsak forslagene til ny arbeidsfordeling mellom tvangsbegrensningsnemnd og fylkesmann.

Etter vår vurdering vil de foreslåtte, forsterkede tiltakene knyttet til drift for tvangsbegrensningsnemndene ikke være tilstrekkelige. Tvangsbegrensningsnemndene vil i tillegg trenge en *sterk faglig overbygning*, som kan sikre en lik og kvalitetssikret praksis.

Vi er skeptisk til § 10-2 annet ledd som foreslår at "Departementet skal sørge for at det blir etablert en nasjonal oversikt over tvangsbruk etter loven."

Se kommentarer til §§ 10-2, 10-3 og 10-4.

2 Konsekvenser og oppfølging

2.1 Økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser

Generelt

Hesledirektoratet mener utvalget peker på viktige konsekvenser av forslaget, men at disse fremstår noe mangelfullt utredet, spesielt med tanke på økonomiske og faglige konsekvenser for tjenestene, helsemessige konsekvenser for pasienter og konsekvenser i form av økt belastning for pårørende.

Redusert bruk av tvang er ikke ensbetydende med innsparinger. Effektive forebyggende tiltak og alternative tilbud for ytelse av nødvendig og forsvarlig helsehjelp, er ressurskrevende i form av tilstrekkelig og kompetent personale, gode bygningsmasser og kommunale tilbud.

Vi mener at konsekvensene av en rekke av utvalgets forslag til reelle tvangsreducerende tiltak, kan ha individuelle, så vel som samfunnsøkonomiske konsekvenser, som burde vært bedre belyst.

Konsekvenser av felles lov/harmonisert lovregulering, herunder saksbehandling i første instans

Utvalget vurderer at felles lov og harmonisert regelverk, herunder felles kontrollorganer, og et snevrere tvangsbegrep, vil være administrativt forenklende og øke rettssikkerheten pr. krone.

Hesledirektoratet mener dette er en gevinst som, pga. lovverkets økte kompleksitet og til dels strengere vilkår og saksbehandlingskrav, først vil tas ut på sikt, og under forutsetninger om vesentlige opplæringstiltak og utvikling av nye rutiner i virksomhetene.

Våre erfaringer fra implementering av annet tvangsregelverk, som helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) kap. 9, pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) kap. 4A og senest innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern i 2017, er at dette er meget tid- og ressurskrevende både for helsemyndigheter og ikke minst tjenesten selv.

Dette er en utfordring som ikke må undervurderes i implementeringen av loven. Se forøvrig pkt. 2.2.

Konsekvenser av redusert tvangsbruk

Utvalget mener at redusert tvangsbruk vil få positive konsekvenser for individ og samfunn, og legger til grunn at redusert tvangsbruk på sikt vil kunne føre til besparelser i helse- og omsorgstjenesten.

Direktoratet er enig i at forslaget vil medføre mindre *formell* tvangsbruk. Dette er en direkte konsekvens av et generelt snevrere tvangsbegrep (begrenset til ikke-beslutningskompetente som motsetter seg tiltak). Det vil redusere antall vedtak og kan dermed redusere den administrative ressursbruken i tjenesten. Vi er derimot usikre på om det vil bli færre klager sammenlignet med i dag (heller ikke i dag belastes klageorganene med klager fra personer som er underlagt tvangsvedtak, men som reelt ikke motsetter seg).

Innsnevring av tvangsbegrepet vil ikke være besparende i relasjon til helsehjelp i seg selv, da også de som ikke motsetter seg helsehjelp fremdeles skal ha hjelp.

Utvalget fremhever videre det tvangsreducerende potensialet i tjenestens plikt til forebygging og retten til tilrettelagt tilbud. Prinsipielt sett er vi enige, men vil samtidig understreke at gjennomføringen av dette er avhengig av ressurser i form av personale (tid og kompetanse), fysisk tilrettelegging og kommunale tilbud om bolig, behandlings- og rehabiliterings-tilbud, oppfølging fra

tjenesten og meningsfulle aktivitetstilbud. Uten slike ressurser har forslagene begrenset praktisk betydning for å redusere den reelle tvangsbruken.

En rekke av utvalgets forslag legger opp til en høyere terskel for bruk av tvang, f.eks. vilkår om antatt samtykke, reservasjonsrett mv. Helsedirektoratet er bekymret for at et for ensidig fokus på tvangsreduksjon framfor på riktigere bruk av tvang, kan få utilsiktede menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Vi er kjent med varierende oppfatninger av konsekvensene av innstramningen i tvangshjemlene i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017. En foreløpig og begrenset evaluering viser at endringene nok har økt fokuset på pasientautonomi, men at det uttrykkes bekymring for kortere innleggelses og økt belastning for pårørende.² De siste tvangstallene viser at det har vært en reduksjon i lengden av vedtak om tvungent vern.³ Samtidig har direktoratet fått tilbakemeldinger fra tjenesten om hyppigere reinnleggelses. Det har også forekommet flere tragiske hendelser det siste året som tjenesten tilskriver at personer ble vurdert samtykkekompetente kort tid før hendelsene inntraff. Vi er bekymret for hvorvidt en ytterligere innstramning i tvangshjemlene er forsvarlig gitt dagens ressurser i helse- og omsorgstjenesten.

I utvalgets forslag til innstramninger gjøres det i stor grad unntak dersom personen vurderes å utgjøre en fare for andre. Vi er usikker på om forslaget i tilstrekkelig grad ivaretar rettssikkerheten til denne gruppen. Farevilkåret i psykisk helsevernloven ble aktualisert etter lovendringene i 2017. Utvalgets forslag øker ytterligere behovet for gode risikovurderinger.

Enkelte av utvalgets forslag, som forslaget om å utfase mekaniske tvangsmidler, vil også kunne føre til at helsepersonell står med færre muligheter til å beskytte seg selv og andre pasienter i situasjoner med utagering. Dette gjelder særskilt ved akuttpsykiatriske enheter og lokale sikkerhetsavdelinger. For at det skal etableres reelle og gode alternativ til både legemiddelbehandling og bruk av mekaniske innretninger, må også store deler av bygningsmassen endres. Det er kjent at bygningsmassene mange steder ikke er tilrettelagt for god psykiatrisk behandling.

Dersom helsepersonell opplever at de ikke lengre kan hjelpe de dårligste pasientene og at arbeidsplassen blir utrygg, er det fare for at rekrutteringen, spesielt til psykisk helsevern, blir vanskeligere.

Spesielt om kommunenes rolle

Helsedirektoratet tilslutter seg utvalgets analyse i kap. 11.3.3. Det er sentralt at kommunen gis mulighet til og forpliktes til å innta en mer aktiv tvangsforebyggende rolle dersom en skal oppnå reell reduksjon i tvangsbruk både i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Vi vurderer det som helt nødvendig at ny lov følges av økte økonomiske ressurser til kommunene. Det vises til hva som er sagt i forrige punkt. Det vises også til evalueringen av lovendringene om samtykkekompetanse⁴, hvor konsekvenser for kommunene omtales spesielt: "Ansatte og pårørende mente også at lovendringene kan føre til økt press på og behov for kommunale tjenester, frivillige alternativer og samhandling (...). Et viktig funn fra denne studien er at kommunehelsetjenesten bør involveres mer i fremtidige opplæringstiltak for å øke kompetansen i å vurdere samtykkekompetanse." Sistnevnte funn blir ikke mindre aktuelt med tvangsbegrensingsloven.

² Evaluering av erfaringer med lovendringene om samtykkekompetanse m.m. i psykisk helsevernloven. Rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet. Senter for medisinsk etikk, Universitet i Oslo, 2019.

³ Helsedirektoratets rapport om kontroll av tvangsbruk 2017 kap. 2.3

⁴ Evaluering av erfaringer med lovendringene om samtykkekompetanse m.m. i psykisk helsevernloven. Rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet. Senter for medisinsk etikk, Universitet i Oslo, 2019.

Ny lov bør videre gi noen føringer på hvilket ansvar kommunen bør har i lys av en erfaring med at pasienten gjentatte ganger blir gjenstand for tvangsvedtak.

Kommunen bør f.eks. forpliktes til å beskrive ansvar for å forebygge hendelser som utløser behov for tvang, ansvarlige kontaktpersoner og rutiner for å forebygge tvang. Dette bør reguleres særskilt i loven, og kan med fordel også fremgå av samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunen.

Det kan videre vurderes om kommunen kan forpliktes til en hendelsesanalyse som avdekker hva som eventuelt kunne vært gjort før situasjonen som utløste behov for tvang oppsto, og hvilke aktører som kunne påvirket utfallet. Dette vil særlig være aktuelt der det har vært gjentakende situasjoner med behov for tvang. Dette kan f.eks. inntas i § 2-4.

Konsekvenser av ny modell for overprøving av avgjørelser om bruk av tvang

Som bemerket i kommentarene til § 10-3 vil de forsterkede tiltakene knyttet til drift for tvangsbegrensningsnemndene ikke være tilstrekkelige. Nemndene vil i tillegg trenge en *sterk faglig overbygning*, som kan sørge for en lik og kvalitetssikret praksis. Det er behov for ressurser ut over det direktoratet i dag avgir til kontrollkommisjonene og fylkesmennene, selv med økte ressurser knyttet til førstnevnte de siste årene.

2.2 Oppfølging og videre arbeid med lovforslaget

Anbefalinger for departementets arbeid med lovproposisjonen

Tvangslovutvalget var ikke sammensatt med lege fra akuttpsykiatrien, sikkerhetspsykiatrien eller kommunal helsetjeneste, f.eks. legevakt/fastlege. Forslaget kunne profittert på dette, både hva gjelder kunnskapsgrunnlag, forståelsen av den kliniske hverdagen, respekt i omtalen av tjenestens intensjoner og utformingen av lovforslaget.

Se kommentarene i høringsvarets pkt. 1.9 om kunnskapsgrunnlaget for effekt av antipsykotika.

Enkelte områder som omfattes av lovforslaget er lite omtalt, f.eks. tvang i somatiske sykehus og tannhelsetjenester. Dette står i kontrast til ønsket om å lage en felles lov for alle helse- og omsorgstjenester.

Departementet bør i det videre lovarbeidet bringe inn ovennevnte kompetanse for å sikre tilstrekkelig og balansert kunnskapsgrunnlag på alle fagområder.

Vi ser at utvalget foreslår ulike grep for kvalitetsforbedring i tjenestene ved bruk av tvang. Etter vår mening er det viktig at departementet ser hen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i den videre oppfølgingen av disse forslagene.

Opplæring og veiledning i nytt regelverk

Nytt regelverk vil kreve betydelig opplæring i helse- og omsorgstjenesten. Dette behovet må lovgiver ta høyde for ved å avsette tilstrekkelig med ressurser og - ikke minst tid - til opplæring i perioden fra vedtakelse til ikrafttredelse.

Lovforslaget innebærer ulike endringer fra område til område, og opplæringen må nyanseres og tilpasses. F.eks. innebærer forslaget at manglende beslutningskompetanse innføres som vilkår for tvangstiltak overfor personer med psykisk utviklingshemming og personer med rusproblemer (mens

dette allerede er et kjent vilkår ved tvang i somatikk og psykisk helsevern). Det krever god opplæring i kompetansevurderinger spesielt for personell som arbeider på disse områdene.

Videre vil vi fremheve at et forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler krever systematisk og målrettet opplæringsarbeid, økt behov for kompetanse og ressurser i avdelingene. Se pkt. 2.1.

Vellykket implementering av ny lov krever at maler for alle typer vedtak og beslutninger er klare før ikrafttredelse. Retningslinjer og veiledere for gjennomføring av tvang må endres i tråd med ny lov.

Overgangsordninger

Det må lages en overgangsordning fra gammel til ny lov gjeldende for personer som ved tidspunktet for ikrafttredelse er underlagt dagens tvangslovverk. Prosedyrer og forventninger til tjenesten ved overgangen bør være forberedt og kommunisert i god tid før ikrafttredelse.

Følgeevaluering

Helsedirektoratet mener at enkelte forslag har store eller usikre konsekvenser. Disse bør vurderes følgeevaluert, slik at en raskt kan sikre kursskifte dersom det viser seg at alvorlig syke ikke får nødvendig helsehjelp eller i større grad kommer til å utgjøre en risiko for samfunnsvernet.

Dette gjelder bl.a. forslaget om avvikling av mekaniske tvangsmidler, jf. forslaget § 4-3 siste ledd, og reservasjonsretten mot antipsykotika, jf. § 6-14.

Helsedirektoratets bistand

Dersom departementet går videre med forslaget til felles tvangslov, antar vi at direktoratet vil få større oppdrag. Dette er også varslet i departementets midlertidige oppdragsbrev til direktoratet for 2020.

Vi antar at det kan bli aktuelt at direktoratet

- gir helsefaglige innspill i forbindelse med utforming av lovtekst/lovproposisjon
- gir juridisk og helsefaglig bistand til utforming av forskrift
- utformer opplærings- og veiledningsmateriell, herunder rundskriv, brosjyrer og e-læringskurs
- driver opplæring av tjenestene, herunder arrangerer nasjonale konferanser for ulike fagfelt

Våre erfaringer etter tilsvarende arbeid knyttet til pbrl. kap. 4A, hol. kap. 9, forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon og lovendringene i psykisk helsevernloven i 2017, tilsier at dette blir svært ressurskrevende for direktoratet.

Med mindre departementet reduserer andre oppdrag til direktoratet som krever helserettslig kompetanse i denne perioden, blir det nødvendig med ekstra midler til oppfølging av nytt lovverk. (estimert seks årsverk), pluss utgifter til veiledningsmateriell til ulike grupper helsepersonell, pasienter, brukere, pårørende, samt nasjonale konferanser.

3 Kommentarer til de enkelte paragrafer i lovutkastet

3.1 Kapittel 1 Formål, virkeområde, definisjoner m.m. (NOU kapittel 16)

§ 1-1 Lovens formål

Helsedirektoratet er enig i at loven skal ha som formål å redusere tvang, men vel så viktig er *riktig* tvangsbruk. De siste årene har helsetjenesten og pårørende uttrykt bekymring om for *lite* tvangsbruk for noen grupper. Et formål om riktig bruk av tvang bør derfor tas inn i formålsbestemmelsen.

Et eksempel som beskriver viktigheten av riktig bruk av tvang, og hvor en generell målsetning om redusert tvangsbruk kan bli svært uheldig, gjelder gravide kvinner som misbruker alkohol. I dag tvangsinnlegges disse kvinnene for sjeldent og for sent i svangerskapet, med den konsekvens at det hvert år fødes en rekke barn med alkoholrelaterte skader som kunne vært avverget. Riktigere bruk av tvang overfor denne gruppen, i betydningen mer treffsikker og økt bruk av tvang, er fokus i IS-2355 Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusproblemer etter hol. kap. 10.

Direktoratet foreslår at § 1-1 første ledd nr. 1 utvides til å lyde: "forebygge, begrense og *sikre riktig* bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten."

Formålsbestemmelsens fokus på tvangsbegrensning går på bekostning av utredningens budskap om at tvang aldri er et mål i seg selv, at frivillighet er et førende prinsipp og at individuell tilrettelegging av tjenestetilbud alltid er et mål. Utvalget foreslår egne bestemmelser om plikt til å legge til rette for minst mulig bruk av tvang og om rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang. Begge forslag støttes, men vi mener at disse perspektivene er så viktige at de også bør gå tydelig frem av formålsbestemmelsen slik at de blir prinsipper som inngår i fortolkning av alle lovens regler.

Helsedirektoratet foreslår derfor at § 1-1 første ledd utvides med et nytt punkt som kan lyde: "*fremme frivillige og tilrettelagte tjenestetilbud*".

§ 1-2 Lovens virkeområde

I § 1-2 fjerde ledd bør nevne straffeprosessloven § 188 (såkalt "vareteksturrogat") i tillegg til straffeprosessloven § 167 (rettspsykiatrisk utredning),

Helsedirektoratet har fått spørsmål om pasienter under tvungent psykisk helsevern (gjerne uten døgnopphold), kan dra på utenlandsferier mens det tvungne vernet pågår. Vi har også fått spørsmål om mulighet for å benytte tvang på utenlandsturer/-opphold for personer med utviklingshemming og personer med demens, som skal på ferie sammen med tjenesteyterne.

Selv om tvangsbegrensingsloven ikke regulerer tvang utenfor Norges grenser, er dette en stadig mer aktuell problemstilling som bør berøres i en lovproposisjon (flere eldre, mer poliklinisk behandling, folk reiser stadig mer).

§ 1-3 Motstand, tvang og likestilt med tvang

Første ledd: Helsedirektoratet foreslår at definisjonen av "motstand" endres slik at ordet "negativ holdning" erstattes med "gir uttrykk for ikke å ønske". Vi mener begrepet "holdning" er uheldig: det

er ikke pasientens negative holdning som bør overvinnes, like lite som det er pasientens vilje som skal knekkes. En "holdning" er dessuten en vanskelig størrelse å forholde seg til som kriterium fordi den er personlig, verdiladet og vanskelig å påvise for andre enn personen selv.

Forslag til ny ordlyd i første ledd første punktum: "Med motstand i loven her menes at personen som tilbys helse- og omsorgstjenester, *ikke ønsker tilbudet, og at dette ikke kan overvinnes uten bruk av tvang.*"

Forslag til ny ordlyd i første ledd nr. 1: "*at tiltaket gjennomføres til tross for at pasienten ikke ønsker dette, og at en anvender virkemidler som går ut over det som er vanlig akseptert i samhandling mellom mennesker.*"

Videre mener vi at den foreslåtte innsnevringen av tvangsbegrepet, øker behovet for oppmerksomhet om bruk av "avtaler" mellom tjenestemottakeren og det tjenesteytende personellet. Det er kjent at noen tjenestemottakere lever under til dels omfattende avtaleregimer knyttet til kosthold, bruk av tobakk/alkohol, bruk av internett osv., med sanksjoner og belønninger av forskjellige slag, f.eks. tilbakehold av og/eller løfter om ulike goder. Det er en klar maktubalanse mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne som gjør slike "avtaler" problematiske. Det bør klargjøres hva som her vil falle inn under tvangsdefinisjonen, da det i liten grad er vanlig, mulig eller alminnelig akseptert å styre voksne mennesker gjennom bruk av denne typen straff- og belønningssystem.

Vi legger til grunn at "avtaler" mellom tjenestemottaker og det tjenesteytende personell om f.eks. personens levevaner og atferd, faller utenfor det som kan reguleres etter § 7-1 (husordensregler). Det understreker behovet for en regulering av denne typen "avtaler" med personer som er avhengig av tjenester i sin hverdag.

Bestemmelsen i § 1-3 fjerde ledd er viktig, men bortgjemt. Her utvides lovens virkeområde til å omfatte tiltak som er objektivt betydelig inngripende, dersom personen tiltaket retter seg mot har store formidlingsvansker. Det bør fremgå klart av loven hva som menes med store formidlingsvansker og hva som er objektivt betydelig inngripende. Dette for å øke rettssikkerheten og motvirke ulik praktisering av denne viktige bestemmelsen. Det må vises til bestemmelsen flere steder i loven der det er aktuelt at den kommer til anvendelse. Slik den står innledningsvis (og bortgjemt), er den en rettssikkerhetsmessig utfordring. Et eksempel er § 6-4 annet ledd og kommentarer til denne i utredningens s. 734. I § 6-4 bør det stå en direkte henvisning til § 1-3 fjerde ledd og § 6-10.

Særskilt om barn og unge

Helsedirektoratet har tidligere spilt inn til departementet at regelverket om barn og unge på tvangsfeltet er mangelfullt. For å bøyte på dette, har vi i fortolkning av 22.12.2015 vurdert at barn og unges rett til å klage på "opphold til institusjon" etter phvl. § 2-1, også bør gjelde ved arenaflexibel behandling. I rundskriv til psykisk helsevernloven (IS-1/2017) har vi omtalt når tiltak kan baseres på foreldresamtykke og når det må treffes tvangsvedtak. Det fremgår ikke klart av dagens lov.

Vi støtter derfor en regulering av bruk av tvang overfor barn og unge, og bedre rettssikkerhet ved at tvangsvedtak i større grad skal erstatte foreldresamtykke, jf. § 1-3 tredje ledd.

Vi savner riktignok en drøftelse av om muligheten til å treffe tvangsvedtak også gjelder der hvor foreldrene motsetter seg tiltaket, eller om disse situasjonene som i dag skal reguleres av barnevernloven (bvl.), jf. pbrl. §§ 4-4 og 4-5 og bvl. § 4-10.

Vi mener det er grunn til å se nærmere på forholdet mellom de nye tvangsreglene og barnevernloven. Bvl. §§ 4-10 og 4-11 kan gi hjemmel for et begrenset inngrep i foreldreansvaret. Disse bestemmelsene er imidlertid lite brukt i praksis, og det kan være fare for at barn og unge med behov for helsehjelp faller mellom to regelverk. Det vises til drøftelse i Barnevernlovutvalgets NOU 2016:16 punkt 11.7, hvor det foreslås at det kan fattes vedtak om helsehjelp foreldrene ikke samtykker til, se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-16/id2512881/sec13?q=#kap11-7>.

Det foreslås altså at det for barn og unge skal treffes vedtak ved tvangstiltak overfor gruppen 12-16 år, og under 12 år ved særlig modenhet, jf. § 1-3 tredje ledd. Vi støtter at det gjøres unntak for vilkårene om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke i hovedbestemmelsene §§ 5-4 og 6-5 nr. 4 og 5, for personer under 16 år.

Krav om tvangsvedtak slår inn ved "særlig inngripende tiltak", jf. § 1-3 tredje ledd. Etter vår mening burde det vært eksemplifisert i lovteksten hva som menes med "særlig inngripende tiltak". Det gis gode eksempler på dette i kommentaren til bestemmelsen (utredningen s. 718): "Det klare utgangspunkt er at fysisk tvang i form av holding, bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, samt innesperring er "særlig inngripende (...) behandling av psykiske lidelser med legemidler, skjerming, behandling av spiseforstyrrelser med ernæring omfattes (...). I vurderingen vil det være sentralt om tiltaket atskiller seg vesentlig fra hva barn i samme alder kan oppleve". Dette kan med fordel presiseres i lovteksten. Hvis ikke er som nevnt faren for ulik forståelse av et skjønnsmessig begrep som "særlig inngripende" stort.

Tvangsmidlet kortvarig fastholding, jf. phvl. § 4-8 andre ledd bokstav b, benyttes overfor barn og unge bl.a. i forbindelse med gjennomføring av tvungen ernæring og for å forhindre selvskading. Det fremstår noe uklart hvordan dette tiltaket nå foreslås regulert for personer under 16 år. I kommentaren til § 1-3 tredje ledd angis fysisk tvang i form av holding som et eksempel på "særlig inngripende tiltak". Samtidig gis en snevrere definisjon av "særlig inngripende tiltak" i § 4-3 ved at kun *fysisk nedleggelse* inkluderes, ikke kortvarig fastholding.

Hvis en bare leser lovforslagets ordlyd, er det uklart om kortvarig fastholding av personer under 16 år krever beslutning etter §§ 4-1 og 4-2, eller om dette kan baseres på foreldresamtykke.

Vi er enig i nevnte kommentar til bestemmelsen (utredningen s. 718) som vurderer holding som et "inngripende tiltak" med påfølgende krav til beslutning, jf. §§ 4-1 og 4-2. Dette bør imidlertid fremgå klart av lovens ordlyd. Det kan som nevnt ovenfor med fordel spesifiseres i § 1-3 tredje ledd.

Vi støtter skjerpede krav til isolasjon (nå kalt skjerming) av unge mellom 16-18 år, jf. § 4-5 nr. 2. Presiseringen i § 4-9 annet ledd om at også personer under 16 skal høres om valg av gjennomføringsmåte ved bruk av tiltak i nødsituasjoner, støttes. Videre støttes presiseringen av veiledningsplikten i § 2-3, selv om den strengt talt kun er en presisering av retten til informasjon i pbrl. § 3-3.

Direktoratet støtter Tvangslovutvalget (s. 364) og Barnevernlovutvalget syn på at det er behov for en «barnevernhelsereform». Etter vår vurdering er det behov for å se nærmere på en rekke problemstillinger som befinner seg i grenselandet mellom barnevern og helsetjenester. En reform må bygge på en bred og grundig tverrfaglig vurdering av forholdet mellom de to tjenestene sett i forhold til barnets behov, som ikke kan løses ved endringer i barnevernslovgivningen eller helse- og omsorgslovgivningen alene. Det er de siste årene iverksatt flere tiltak for å bedre samarbeid mellom psykiske helsetjenester og barnevernet. Tiltak for bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet er også tatt inn i barnevernreformen.⁵ Det vises også til Opptappingsplan for barn og unges psykiske

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-73-l-20162017/id2546056/sec9>

helse (2018-2019), hvor det fremgår at satsingen på bedre helsetjenester til barn i barnevernet videreføres, samt at det skal utredes hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre.⁶

Uklare ansvarsforhold mellom sektorer og utfordringer i samarbeidet er imidlertid problem som har vedvart over år, og flere enkeltsaker har belyst utfordringen. Det vises også til Helsetilsynets rapport 9/2019 «Når barn trenger mer».⁷ Dette tilsier at lovendringer bør vurderes for å sikre et godt nok integrert tilbud til barn med sammensatte behov for tjenester fra både barnevern og andre sektorer.

Dette påpekte vi også i vårt høringssvar til forslag om ny barnevernlov.⁸ Vi bemerket at det er behov for å vurdere videre lovarbeid når det gjelder å sikre et helhetlig tilbud til barn i barnevernet med sammensatte behov, hvor flere sektorer i dag har et ansvar. Dette gjelder særlig ved behov for helse- og omsorgstjenester, og spesielt psykiske helsetjenester. Det er høy forekomst av psykiske problemer både hos barn i fosterhjem og barneverninstitusjoner. Som påpekt av Tvangslovutvalget løser ikke deres lovforslag, og heller ikke forslag til ny barnevernlov, fullt ut de utfordringer som ligger i grenseområdet mellom barnevernloven og helse- og omsorgslovgivningen. På samme måte som for Barnevernlovutvalget, gjorde Tvangslovutvalgets mandat det ikke mulig å gå inn i problemstillingene med full tyngde. Etter Helsedirektoratets vurdering kan det være aktuelt å nedsette et eget lovutvalg for å vurdere rettslige og faglige sider.

§ 1-4 Enkelte andre definisjoner m.m.

I tillegg til de definisjoner som er gitt i bestemmelsen, foreslår vi av pedagogiske grunner en klargjøring av begrepene vedtak og beslutning.

Bestemmelsen i andre ledd om at vurdering av beslutningskompetanse skal skje etter pbrl. § 4-3 andre ledd, er svært bortgjemt. Det kan av pedagogiske årsaker være hensiktsmessig å referere til pbrl. § 4-3 i begge "morsbestemmelsene" (det er gjort i § 5-4 første ledd nr. 4, men ikke i § 6-5 første ledd nr. 4) og enkelte andre bestemmelser, som f.eks. § 6-2.

I tredje ledd gis en forskriftshjemmel slik at departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke krav som må stilles til helseinstitusjoner hvor loven får anvendelse.

Helsedirektoratet mener at det i forskrift må oppstilles minstekrav til bemanning og lokaler der loven får anvendelse. I dag gjelder det en godkjenningsordning knyttet til institusjoner som skal benytte tvungent psykisk helsevern. Vi har senest i brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 12. mars 2018 (vår ref. 16/39844, HODs ref. 16/6668) foreslått denne ordningen avvirket, noe vi fremdeles mener er ønskelig. Den viktigste grunnen er at direktoratet i etterkant av godkjenningen ikke har noen mulighet til å følge opp om krav til bemanning og lokaler faktisk oppfylles. Dette i kombinasjon med at institusjoner stadig omorganiseres, får nye navn ol., gjør det vanskelig å holde en oppdatert og komplett oversikt for direktoratet, som er lagt unna institusjonene.

Samtidig ser vi det som helt nødvendig at staten har en god oversikt over alle helse- og omsorgsinstitusjoner hvor personer utsettes for tvang. Oppgaven med å holde en oppdatert og offentlig

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>

⁷ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/omsorg-og-rammer-naar-barn-trenger-mer/>

⁸ [file:///1111-fil01/Homefolder\\$/0703wel/Downloads/19_11072-11HprosentC3prosentB8ringprosent20Nyprosent20barnevernslovprosent20prosent20Sikringprosent20avprosent20barnetsprosent20rettprosent20tilprosent20omsorgprosent20ogprosent20beskyprosent2025393011_1_1.pdf](file:///1111-fil01/Homefolder$/0703wel/Downloads/19_11072-11HprosentC3prosentB8ringprosent20Nyprosent20barnevernslovprosent20prosent20Sikringprosent20avprosent20barnetsprosent20rettprosent20tilprosent20omsorgprosent20ogprosent20beskyprosent2025393011_1_1.pdf)

tilgjengelig oversikt bør legges til landets fylkesmenn, som også bør være den instansen som skal sørge for at det er en tvangsbegrensningsnemnd knyttet til alle institusjoner i deres ansvarsområde.

En komplett oversikt er viktig for å sikre at alle slike institusjoner har en tvangsbegrensningsnemnd tilknyttet seg. Det er også viktig for at helseforetak/kommuner skal kunne holde oversikt over sin tvangsbruk, herunder sammenligne tvangsbruk institusjoner mellom. Oversikten er videre viktig for menneskerettighetsaktører som følger med på tvangsbruk, som Sivilombudsmannens torturforebyggingsenhet og ulike aktører fra Europarådet og FN.

§ 1-5 Vurdering av antatt samtykke

Utvalget foreslår "antatt samtykke" som vilkår for beslutninger og vedtak etter kap. 5 og 6. Utvalget mener at antatt samtykke står så sentralt for rettferdiggjøringen av tvang, at det bør være et absolutt vilkår.

Helsedirektoratet mener at et absolutt vilkår om antatt samtykke har slike håndhevingsutfordringer og konsekvenser for pasienten, at vi *ikke* kan støtte dette forslaget. Etter vår vurdering vil et slikt vilkår kunne medføre at svært behandlingstrengende pasienter ikke kan gis behandling, med store påkjenninger for pasienten selv og nærmeste pårørende og økt trykk på andre samfunnsinstitusjoner, som bl.a. politiet. Vi foreslår i stedet at personens syn på behandling i beslutningskompetente perioder skal tillegges vekt i en helhetsvurdering.

Paulsrud-utvalget foreslo også et vilkår om antatt samtykke i NOU 2011: 9, men fikk ikke gjennomslag i Prop. 147 L (2015-2016). Departementet falt den gang ned på at antatt samtykke bør inngå som en del av helhetsvurderingen.

Et antatt samtykke er en usikker størrelse, som iht. utvalgets forslag krever at helsepersonell foretar utstrakte skjønnsmessige vurderinger og - samvittighetsfullt utført - potensielt arbeidskrevende gjennomganger av epikriser og eldre journalnotater, kontakt med tidligere behandlere etc. Dette er lite forenlig med en hektisk klinisk hverdag.

Det kan også være et krevende ansvar og en stor byrde for pårørende å skulle formidle pasientens ønsker. Hvor sikkert kan en pårørende bedømme om pasientens uttalte ønsker er uttrykt i en beslutningskompetent tilstand og representerer pasientens "egentlige ønske"? Hvilke konsekvenser kan denne formidlingsrollen ha for relasjon mellom person og pårørende, særlig dersom pårørende viser seg faktisk å ta feil av personens ønsker eller dersom behandling viser seg å ha liten effekt/store bivirkninger? Hvor pålitelig er pårørendes formidling av personens ønsker? Pårørende kan ha motsatt interesser av personen og bevisst eller ubevisst formidle ønsker som mer er pårørendes ønsker enn personens egne. Ikke bare legger vilkåret et stort ansvar på pårørende, men også på helsepersonell som skal tolke og forstå pårørende i lys av ovennevnte usikkerhetsfaktorer.

Videre legger forslaget opp til at helsepersonell i mangel av subjektive vurderingsmomenter, skal ta et objektivt utgangspunkt i "hvordan personer med beslutningskompetanse intakt og i en sammenlignbar situasjon antas å ville stille seg". Vi mener at variasjonen i folks behandlingsønsker er større i dag enn tidligere; generelt er folk mer opplyste om ulike alternative behandlingsmåter og mer kritiske - herunder til "skolemedisin". Dette vil ikke minst gjelde for behandling av psykiske lidelser, der det er en økende skepsis til bruk av antipsykotika og i tillegg økende kjennskap til og ønsker om å prøve ut legemiddelfrie behandlingsmetoder. I behandling av mange somatiske lidelser vil det kanskje stille seg annerledes, men poenget er at det vil være vanskelig å legge et objektivt utgangspunkt til grunn for alle pasientgrupper og lidelser som tvangshjemlene favner.

Vi forstår at intensjonen er å bidra til økt selvbestemmelsesrett, men stiller spørsmål ved om retten styrkes når det antatte samtykket potensielt er beheftet med de ovenfor skisserte usikkerheter.

Forslaget om antatt samtykke må også ses i sammenheng med reservasjonsretten som foreslås for antipsykotika. Personer som har erfart en psykose og behandling med antipsykotika tidligere skal kunne reservere seg mot tvungen behandling med antipsykotika, jf. § 6-14. Vilkåret om antatt samtykke, vil imidlertid også kunne slå inn overfor nysyke som aldri har prøvd medisiner og ikke har vært innlagt tidligere, men likevel har uttrykt negative holdninger til psykiatrisk behandling i forkant. De vil pga. kravet om antatt samtykke i praksis kunne reservere seg både mot innleggelse og medisinerings – inntil de eventuelt utgjør en fare for andre.

Det vil dessuten være en gruppe pasienter som har reservert seg mot antipsykotika, og hvor en ikke kan legge til grunn antatt samtykke ved *tvangsinnleggelse*. Dette vil kunne være psykotiske og svært behandlingstrengende pasienter, hvor behandlerne vil kunne stå igjen uten handlingsalternativer. Etter vår mening bør pasienter, som har reservert seg mot å ta antipsykotika, kunne tvangsinnlegges dersom de blir svært psykotiske.

For disse to ovenfornevnte gruppene, er det etter vår mening ikke riktig verken overfor pasienten, pårørende eller samfunnet - å måtte vente med innleggelse til vedkommende utgjør en fare for andre, eller oppfyller vilkårene for et nødrettsinngrep etter kap. 4.

Et krav om antatt samtykke undervurderer dessuten tjenestens evne eller vilje å ta hensyn til pasientens ønsker. Det har skjedd en utvikling i retning av økt brukermedvirkning i de senere år, og det regimet som vilkåret om antatt samtykke skal motvirke, er på vikende front.

Helsedirektoratet fraråder altså at antatt samtykke gjøres til et absolutt vilkår, men vil i stedet anbefale at pasientens antatte samtykke tillegges vekt som et moment i helhetsvurderingen. Dette kan uttrykkes gjennom eksplisitte formuleringer i §§ 5-4 nr. 7 og 6-5 nr. 7.

Lovproposisjonen kan med fordel si noe om forventningene til helsepersonells innsats for å avklare pasientens syn på aktuelt tiltak i en beslutningskompetent periode.

Dersom forslaget opprettholdes, vil vi anbefale at momentene som det skal tas hensyn til, presiseres mer uttømmende, bl.a. hvilken vekt en skal legge på holdninger til en pasient som ikke tidligere har erfart helsehjelpen vs. en som har mye erfaring, og at kravet til helsepersonells innsats tydeliggjøres. I utredningen s. 321 sier Tvangslovutvalget at antatt samtykke ikke er aktuelt som vilkår ved fare for andre. Deretter uttales: "I tradisjonelle akutsituasjoner reiser det seg også særlige problemstillinger som utvalget kommer tilbake til i kapittel 23." Utredningens kap. 23 omhandler "inngrep i nødsituasjoner". Dersom antatt samtykke skulle oppstilles som absolutt vilkår, ville det etter vårt syn måtte gjøres unntak for akutsituasjoner utover nødsituasjoner som beskrevet i kap. 23.

§ 1-7 Forholdet til andre lover

Av bestemmelsen nr. 5 med merknader følger det at helsepersonelloven, herunder reglene om dokumentasjonsplikt i kap. 8, skal gjelde for personell som yter tjenester etter tvangsbegrensingsloven. Dette innebærer en utvidelse av dokumentasjonsplikten sammenlignet med i dag, ved at det etter forslaget skal dokumenteres etter helsepersonelloven når det ytes omsorgstjenester til personer som mangler beslutningskompetanse.

Helsedirektoratet støtter dette. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at *med mindre* unntaket fra dokumentasjonsplikten i forskrift om helsepersonellovens anvendelse § 2 samtidig blir opphevet, vil

reglene om dokumentasjonsplikt bli forskjellige - ikke bare avhengig av hva slags tjeneste som ytes, men også av om tjenestemottakeren har beslutningskompetanse eller ikke. Dette vil ytterligere komplisere rettstilstanden når det gjelder dokumentasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Vi har i ulike sammenhenger anbefalt at det aktuelle unntaket fra dokumentasjonsplikten blir opphevet, senest som svar på et oppdrag i tildelingsbrevet for 2018. Vi gjentar anbefalingen her, og er kjent med at dette også vil bli anbefalt i forbindelse med oppdraget om felles kommunal journal.

3.2 Kapittel 2 Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m. (NOU kapittel 22)

Forebygging av tvang

§ 2-1 Plikt til forebygging av tvang

Utvalget foreslår at virksomhetene skal ha plikt til å sørge for å legge forholdene til rette for minst mulig bruk av tvang, herunder opplæring og veiledning av personell, faglig og materiell standard og systematisk evaluering av faktorer av betydning for tvang.

Helsedirektoratet støtter forslaget, og er enig i utvalgets analyse i utredningens kap. 11.3.3. Det er viktig at særlig kommunen inntar en mer aktiv tvangsforebyggende rolle dersom en skal oppnå reell reduksjon i tvangsbruken både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Etter vår vurdering bør ny lov presisere at arbeid med kvalitetsforbedring omfatter tiltak for å forebygge bruk av tvang i andre tjenester/virksomheter. Det bør presiseres i § 2-1 første ledd nr. 3. Det vil fremheve at årsakene til tvangsbruk kan og bør forebygges også andre steder enn der tvangen gjennomføres.

Det forhold at resultatene av innsats for å forebygge tvangsinnleggelse i spesialisthelsetjenesten ikke først og fremst blir synlig i kommunens egen virksomhet, kan være et hinder for at førstelinjetjenestene prioriterer tvangsforebyggende tiltak. Om forebygging kan måles på en egnet måte, vil det være mer attraktivt for kommunene å bruke budsjettmidler på forebyggende tiltak.

§ 2-2 Rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang

Utvalget foreslår en rett til tilrettelagt tilbud uten tvang fra helse- og omsorgstjenesten, inkludert utprøving av frivillig alternativer og tillitsskapende tiltak både før vedtak og under gjennomføringen.

I merknaden til bestemmelsen står det: "Innholdet i retten til et tilrettelagt tjenestetilbud kan bare prøves i sak etter tvangsbegrensingsloven. Det kan altså ikke fremmes separat klage etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Hensynet til klarhet og ryddighet tilsier en slik løsning."

Vi mener det er usikkert om dette virkelig gir "klarhet og ryddighet". Det framstår ikke helt logisk, da det også står at bestemmelsen ikke innfører en ny rettighet, men bare presiserer en eksisterende rettighet. Det er noe uklart om tvangsbegrensingsnemda skal kunne fastsette, i et rettslig bindende vedtak, hvilken rett til tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang en person har i et bestemt tilfelle, f.eks. rett til bemannet kommunal bolig og/ eller hyppighet av besøk av ACT-team. Dersom en tenker at nemda skal kunne gi slike rettslig bindende pålegg til helsetjenestene, reiser det spørsmål knyttet til kommunalt selvstyre, prioritering og kravet til faglig forsvarlighet.

§ 2-3 Tilbud om veiledning av foreldre

Utvalget foreslår at virksomheten skal tilby veiledning til foreldre eller andre med foreldreansvaret, hvis barnets motstand gjør det uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp som det har sterkt behov for.

Vi mener det er viktig å få frem at tilbud om veiledning av foreldre kan være aktuelt i andre tilfeller også. Det er f.eks. viktig at arbeidet med forebygging av og alternativer til tvang starter tidlig og i hjemmet. Det er svært uheldig dersom dette først begynner når barnet har blitt større.

Bestemmelsen har en ordlyd som fremstår ufullstendig og lite dekkende. Det er uklart hvilke utfordringer/problemstillinger bestemmelsen er ment å løse og med hvilket formål. Det anbefales derfor at de formålene som er beskrevet i merknaden til bestemmelsen inntas i ordlyden.

Forslag til ny ordlyd med endring i kursiv: "Dersom det på grunn av barnets motstand er uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp barnet har sterkt behov for, skal virksomheten tilby veiledning til foreldre eller andre med foreldreansvaret slik at disse skal kunne yte god omsorg. *Veiledning bør også tilbys underveis i behandlingsforløpet for å forebygge og forhindre akutte intervensjoner overfor barnet.*"

§ 2-4 Evaluering av bruk av tvangstiltak

Utvalget foreslår en bestemmelse om evaluering av tvangstiltak sammen med personen så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet. Dette er i hovedsak en videreføring av phvl. § 4-2 tredje ledd.

Helsedirektoratet mener det må vurderes om personens nærmeste pårørende skal tilbys evaluering i tilfeller der personen selv, av helsemessige årsaker, ikke er i stand til å medvirke i en evaluering.

Vi mener videre at listen over hvilke tiltak som skal evaluere, bør inkludere tiltak etter §§ 4-1 og 4-2.

3.3 Kapittel 3 Beslutningsstøtte, pårørendes rettigheter mv. (NOU kapittel 20)

§ 3-2 Utprøving av nye modeller for beslutningsstøtte

Utvalget foreslår at departementet skal sørge for utprøving av nye modeller for veiledning, rådgivning og støtte til personer som ønsker hjelp til å ta egne beslutninger i saker etter loven.

Helsedirektoratet støtter at det bør prøves ut nye modeller for beslutningsstøtte. Vi mener imidlertid ikke at det er naturlig eller nødvendig å lovfeste dette. En forpliktelse for myndighetene til å prøve ut slike modeller, kan i stedet sikres gjennom lovproposisjonen til tvangsbegrensningsloven. Vi viser også til at lovforslaget er omfattende, og ikke bør inneholde overflødige bestemmelser.

§ 3-3 Hvem som kan utøve pårørenderettigheter

Utvalget foreslår at utøvelsen av rettigheter som nærmeste pårørende etter tvangsbegrensningsloven, skal kunne skje uavhengig av samtykke fra personen selv. For barn under 18 år, skal foreldre med foreldreansvaret, ev. barneverntjenesten, ha rettigheter som nærmeste pårørende.

Helsedirektoratet støtter en bestemmelse som tydeliggjør og strammer inn hvilke rettigheter pårørende kan utøve uten uttrykkelig samtykke fra personen det gjelder.

Vi mener imidlertid at bestemmelsen er vanskelig tilgjengelig. Den bør få en mer pedagogisk utforming, spesielt av hensyn til pårørende - som i alle fall overordnet bør kunne utlede sine rettigheter av bestemmelsen, uten å lese hele loven.

Lovforslaget gir nærmeste pårørende følgende rettigheter:

- Rett til å få uttale seg før beslutning og vedtak treffes, jf. § 9-5 annet ledd gir (unntaket "så langt det er mulig" er vagt og bør derfor presiseres for å forhindre at det brukes for hyppig)
- Der det er mulig skal nærmeste pårørende høres i vurderingen av "antatt samtykke", jf. § 1-5
- Klagerett på vedtak, beslutning og gjennomføring, jf. § 12-1

Det foreslås som et gjennomgående vilkår for tvang at personen mangler beslutningskompetanse. Ved manglende beslutningskompetanse styrkes nærmeste pårørende rettigheter knyttet til

- Medvirkning til gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pbrl. § 3-1 tredje ledd
- Informasjon om helsehjelp, jf. pbrl. § 3-3 andre ledd.

Vi er kjent med at pårørende i psykisk helsevern ikke alltid får sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven oppfylt. En grunn kan være at rettighetene ikke står klart nok i lovverket, slik at helsepersonell kan bli redd for å bryte taushetsplikten. Vanskelig tilgjengelig regelverk fører nok også til at pårørende blir usikre og dermed ikke krever sin rett. Dette tilsier at en bestemmelse om pårørendes rettigheter bør være svært lett tilgjengelig.

Vi ser at det er uheldig å gjenta rettigheter som er regulert i annen lov, men anbefaler at § 3-3 i hvert fall viser til ovenfornevnte bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven.

§ 3-4 Personens rett til å nekte nærmeste pårørende å utøve rettigheter

Utvalget foreslår at personer over 18 år skal kunne motsette seg at nærmeste pårørende utøver rettigheter etter tvangsbegrensingsloven, når de er beslutningskompetente i spørsmålet. Det foreslås at også ikke-beslutningskompetente skal kunne motsette seg ut fra en konkret vurdering. Det gjøres unntak der personen har omsorgsansvar for barn eller der personen med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Helsedirektoratet støtter bestemmelsen. Vi vil bemerke følgende:

Det bør klargjøres at første ledd andre setning gjelder personer som vurderes ikke-beslutningskompetente i spørsmålet om pårørendeinvolvering.

Bestemmelsen gir personen rett til å nekte nærmeste pårørende rettigheter etter *tvangsbegrensingsloven*. Som nevnt ovenfor har nærmeste pårørende rett til medvirkning og informasjon om helsehjelpen etter pbrl. §§ 3-1 og 3-3 dersom pasienten mangler samtykkekompetanse. En pasient som mangler samtykkekompetanse knyttet til helsehjelpen kan ikke motsette seg pårørendeinvolvering etter disse to bestemmelsene. Selv om avskjæring av pårørenderettigheter etter tvangsbegrensingsloven kan sies å være "noe mindre" enn avskjæring av nevnte rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven, kan resultatet etter vårt syn bli sammenhengende. Departementet bør vurdere å skape større sammenheng mellom regelverkene.

I dag kan pasienter i psykisk helsevern motsette seg at nærmeste pårørende skal få informasjon/ klagerett på phvl. kap. 4-vedtak, jf. psykisk helsevernforordningen § 27, samtidig som jo nærmeste pårørende skal ha informasjon om helsehjelpen dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 3-3. Dette medfører usikkerhet om hvilken informasjon som skal gis, og forholdet mellom disse to regelsettene bør som ovenfor nevnt klargjøres.

I første ledd andre punktum gis en mulighet for personen til å nekte nærmeste pårørende rettigheter etter loven, selv om vedkommende ikke vurderes kompetent i spørsmålet. Det forutsetter at det ikke eksisterer en fungerende pårønderelasjon. Vi ser at dette unntaket er nødvendig når en samtidig forslår å endre definisjonen i pbrl. § 1-3 bokstav b tredje og fjerde punktum, slik at en ikke lenger kan gjøre unntak for hvem som er pårørende når "særlige grunner taler for dette". Direktoratet støtter at pbrl. § 1-3 bokstav b tredje punktum foreslås innsnevret til at kun pårørende som personen *bor sammen med* skal få rettigheter uavhengig av personens ønske, ved saker etter tvangsbegrensingsloven.

Etter andre ledd kan personen ikke nekte nærmeste pårørende informasjon etter tvangsbegrensingsloven dersom vedkommende har omsorgsansvar for barn eller dersom vedkommende utgjør en fare for andre. Direktoratet har fortolket at pasient i psykisk helsevern etter gjeldende rett ikke kan motsette seg at nærmeste pårørende får informasjon om phvl. kap. 3-vedtak, men kun phvl. kap. 4-vedtak (gjennomføringsvedtak), jf. psykisk helsevernforordningen § 27. Etter vår mening bør også personer som utgjør en fare for andre ha en slik mulighet til å reservere seg mot at nærmeste pårørende får informasjon om andre tvangsvedtak enn tvangsinnleggelse og tvangsbehandling.

§ 3-5 Tiltak for å sikre rettssikkerhet gjennom representasjon

Utvalget foreslår at fylkesmannen bør kontaktes for vurdering av oppnevning av verge dersom person i sak etter tvangsbegrensingsloven står uten nærmeste pårørende eller noen som ivaretar tilsvarende funksjon etter pasient- og brukerrettighetsloven. Der det foreligger åpenbare interessekonflikter mellom personen og vedkommendes nærmeste pårørende, foreslås at fylkesmannen skal kontaktes for vurdering av vergeoppnevning.

Direktoratet støtter forslaget til bestemmelse, men mener det er viktig at oppnevning skjer etter samtykke fra den som settes under vergemål, med mindre personen ikke er samtykkekompetent i spørsmålet om oppnevning av verge. En del personer kan oppleve oppnevning av verge som nok et uønsket inngrep i egen autonomi og ha en rasjonelt begrunnet motstand mot et vergemål.

3.4 Kapittel 4 Tiltak i nødssituasjoner (NOU kapittel 23)

Generelt til lovforslagets kapittel 4

Helsedirektoratet legger til grunn at utvalget ønsker å komme bort fra en praksis hvor tjenester "bygges på nødrett". Direktoratet støtter dette. Straffelovens bestemmelser er ikke å anse som positive rettsgrunnlag for inngrep. Konsekvensen av reguleringen utvalget legger opp til vil – slik vi forstår det – være at tilsynsmyndighetene kan reagere på "nødrettspraksis" fordi den vil være i strid med tvangsbegrensingsloven. Men helsepersonell vil selvsagt fortsatt – som alle andre – kunne påberope seg nødrett/nødverge i en eventuell straffeforfølgelsessituasjon.

Direktoratet støtter etter dette utvalgets vurdering av behovet for en enhetlig og uttømmende regulering av nødrettslig tvang i tvangsbegrensingsloven, bl.a. ut fra en vurdering av at tydelige hjemler og vedtakskrav vil gi mindre og riktigere tvangsbruk og mer enhetlig praksis.

Vi finner det videre ryddig å skille mellom nødrettslig inngrep av hensyn til personen selv (nødrett) og inngrep av hensyn til andre (nødverge) slik utvalget foreslår, herunder å regulere utøvelse av *nødverge* tydeligere enn i gjeldende helselovgivning. En tydeliggjøring av at inngangsvilkåret er *den akutte situasjonen* synes også hensiktsmessige og klargjørende for de som skal anvende loven.

Av pedagogiske grunner kan det være en fordel om en allerede i paragrafenes titler ser at de gir hjemmel for *et vedtak* eller *en beslutning* om tvang. Dette gjelder gjennomgående i kap. 4 til 7.

§ 4-1 Inngrep i nødssituasjoner av hensyn til personen selv (nødrett)

Utvalget foreslår en hjemmel for skadeavvergende inngrep, om nødvendig med tvang, ved akutt fare for personens eget liv eller vesentlig helseskade på egen helse eller egne eiendeler. I andre ledd foreslås en særskilt inngrepshjemmel dersom personen på grunn av "omfattende orienteringssvikt" viser sterkt sosialt fornedrende atferd og hvor det vil være en åpenbar forsømmelse av omsorgsplikten å ikke gripe inn.

Helsedirektoratet støtter i all hovedsak forslaget.

Første ledd: Det bør eksemplifiseres hva som menes med skadeavvergende tiltak. Vi antar at (kortvarig) holding er et slikt tiltak. Dette bør framgå eksplisitt av både § 4-1 og § 4-2.

Andre ledd: Vi mener at begrepet "orienteringssvikt" lett kan leses til kun å omfatte svikt i retningssans/ stedsans, mens vi legger til grunn at utvalget har ment å omfatte alle typer omfattende svikt i virkelighetsoppfatning som personer med alvorlige psykiske lidelser og personer med psykiske utviklingshemming kan ha. Utvalget viser i sine kommentarer til § 4-1 andre ledd (s. 724) at *intensjonen* ikke er å avgrense hjemmelen i andre ledd til personer som i vanlig forstand vil bli omtalt som å ha en orienteringssvikt (enkelte personer med demens). Direktoratet vil foreslå at andre ledd utvides til å omfatte også "*realitetsbrist*".

§ 4-2 Inngrep i nødssituasjoner av hensyn til andre (nødverge)

Utvalget foreslår en hjemmel for skadeavvergende inngrep, om nødvendig med tvang, ved akutt fare for andres liv, krenkelse av andres fysiske integritet eller vesentlig skade på andres eiendeler. Inngrepsterskelen er lavere enn ved skade på personen selv, jf. "vesentlig helseskade" i § 4-1 vs. "krenkelse av andres fysiske integritet" i § 4-2.

Direktoratet støtter i all hovedsak forslaget. Av pedagogiske hensyn bør også *helseskade* på andre nevnes i første ledd. For den alminnelige bruker av loven er det ikke selvforklarende at begrepet "krenkelse av andres fysiske integritet" (også) omfatter helseskade. Det kan f.eks. formuleres som "*helseskade på andre eller annen krenkelse av deres fysiske integritet*".

§ 4-3 Bruk av særlig inngripende tiltak som skadeavverging i nødssituasjoner

Bestemmelsen lister opp skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner som anses som "særlig inngripende" og som kun skal anvendes når det vurderes strengt nødvendig. Andre ledd bestemmer at samtykke fra personen ikke er et selvstendig grunnlag for bruk av "særlig inngripende tiltak".

Helsedirektoratet støtter i hovedsak utvalgets forslag til hva som vurderes som særlig inngripende tiltak, som kan tillates anvendt på gitte vilkår og med nærmere definerte saklige og stedlige avgrensninger, jf. §§ 4-4 – 4-8. Vi noterer imidlertid at utvalget vurderer at tiltaket "kortvarig fastholding" ikke er et tiltak det skal bygges særskilte rettssikkerhetsgarantier rundt, jf. utredningen kap. 23.6.2. Kortvarig fastholding er som regel det skadeavvergende tiltaket som anvendes overfor barn og unge, se våre kommentarer til § 1-3 andre ledd. Siden utvalget presiserer i merknaden at kortvarig fastholding ikke skal vurderes som særlig inngripende, bør langvarig fastholding - f.eks. i stol, sofa eller lignende - inn som et eget punkt i listen over tvangsinngrep som er særlige inngripende.

I tredje ledd foreslås at mekaniske innretninger kun skal tillates i tre år etter at loven trer i kraft, og at spørsmålet deretter skal vurderes på nytt av lovgiver. Direktoratet støtter prinsipielt forslaget.

Direktoratet ser imidlertid klare utfordringer ved en slik totalavvikling på kort tid (tre år), og da særlig knyttet til lokale sikkerhetsavdelinger og til akuttposter i psykisk helsevern. I sistnevnte er den kliniske hverdagen spesielt hektisk og uforutsigbar, bl.a. preget av ukjente pasienter - mange under ruspåvirkning og ofte med høyt symptomtrykk. Kombinasjonen øker risikoen for fysisk utagering.

Vi mener også en må være innforstått med at avvikling av mekaniske tvangsmidler kan utløse økt behov for politibistand, f.eks. ved at politi som transporterer sterkt utagerende personer til akuttmottak, blir værende lenger i mottaket (og at politiet – om vilkårene er tilstede – kan bruke mekaniske tvangsmidler de har til rådighet, typisk håndjern) og mer utstrakt bruk av vektere. Dette er et kostnadsspørsmål, men også et spørsmål om hva som er mest skånsomt for personen.

Høyt bemanningsnivå og tilrettelegging av fysiske forhold, som f.eks. utvidede arealer, virker i noen grad aggresjonsdempende og minsker risikoen for skader. Avvikling av mekaniske innretninger som skadeavvergende tiltak uten slik kompensering, må antas å medføre en økning av bruken av andre skadeavvergende tiltak. Det er en avveining om dette er ønskelig. Vi viser i den sammenheng til utvalgets egen argumentasjon, bl.a. knyttet til personer som har vært utsatt for overgrep, og hvor mekaniske tvangsmidler kan være mer skånsomt enn fastholding.

Vår prinsipielle tilslutning er, på bakgrunn av ovenstående, betinget av at de personal- og bygningsmessige ressursene som er nødvendige for å ivareta pasientenes, personalets og andre personers helse og sikkerhet, er på plass i god tid før ev. avvikling av mekaniske innretninger.

Det bør også vurderes om avviklingen skal skje trinnvis, f.eks. slik at de mest belastede avdelingene (akuttavdelinger og lokale sikkerhetsavdelinger) får lengre tid på avvikling. Opplæring i metoder for konfliktdemping og deeskalering er også tiltak som det må settes av tid og ressurser til før en eventuell avvikling⁹, men slike tiltak kan *ikke* erstatte en målrettet allokering av økonomiske ressurser til bedring av fysiske forhold og økt bemanning.

Det bør iverksettes en følgeevaluering av utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler fra loven vedtas, slik at lovgiver får dannet seg et bilde av om fristen i siste ledd bør forlenges.

⁹ MAP (Møte med aggresjonsproblematikk, <https://sifer.no/map/>) er et nasjonalt helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjons- og voldsproblematikk som ble lansert i september 2019.

§ 4-4 Særlige grenser for bruk av mekaniske innretning som skadeavverging

Bestemmelsen definerer skadeforebyggende innretninger, avgrensar det stedlige bruksområdet til institusjoner i psykisk helsevern og persongruppen til personer over 16. Videre avgrensas til situasjoner med akutt fare for liv eller vesentlig helseskade. Det foreslås at mekaniske innretninger ikke skal oppbevares i umiddelbar nærhet til den aktuelle avdelingen utenom bruk.

Helsedirektoratet støtter forslaget. Vi vil likevel påpeke at avgrensningen til akutte situasjoner ved fare for liv og vesentlig helseskade, dvs. et snevrere saklig virkeområde enn for nødrett/nødverge generelt etter forslaget §§ 4-1 og 4-2, er ett av mange eksempel på hvor vanskelig tilgjengelig loven vil være i en praktisk hverdag pga. unntak og begrensninger knyttet til ulike tiltak og virkemidler.

Lovens ordlyd "hindrer" bør endres til "hindrer *eller begrenser*".

For å unngå uklarheter og ulik praksis, bør det i merknadene til bestemmelsen i lovproposisjonen klargjøres hva som menes med en "avdeling" og "umiddelbar nærhet".

§ 4-5 Særlige grenser for bruk av skjerming som skadeavverging

Helsedirektoratet slutter seg til utvalgets forslag om særlige begrensninger for bruk av skjerming som skadeavverging.

Vi forstår det slik at skjerming omfatter alle typer helseinstitusjoner, herunder kommunale institusjoner, men ikke personens egen bolig, og støtter dette. Videre forstår vi det slik at skjerming kan skje på personens eget rom eller dertil egnet rom i institusjonen (innredet som beboelsesrom, jf. § 8-2).

Av hensyn til klarhet for brukerne bør arenaene for skjerming fremkomme av lovteksten.

§ 4-6 Særlige grenser for bruk av legemidler som skadeavverging

Utvalget foreslår at legemidler med korttidsvirkende beroligende effekt avgrensas til tilfeller med akutt fare for liv eller vesentlig helseskade. Tiltaket tillates anvendt i alle helseinstitusjoner, men utenfor institusjon i psykisk helsevern må tiltaket være "absolutt siste alternativ".

Helsedirektoratet støtter som utgangspunkt forslaget, herunder at det hjemles bruk av tiltaket i rusinstitusjoner, inkludert TSB. Da tiltaket bare har nødrettshjemmel i rusinstitusjoner i dag, blir personer som av faglige grunner bør innlegges i rusinstitusjoner/TSB, først innlagt i psykisk helsevern fordi en der har virkemidlene (herunder korttidsvirkende) til å håndtere stort symptomtrykk med utageringer. Dette er av faglige grunner uheldig.

Første ledd: Begrepet "korttidsvirkende" bør gis en nærmere definisjon eller tidsavgrensning. Vi noterer at utvalget anvender begrepet "beroligende effekt". Det bør vurderes om avgrensningen til "beroligende effekt" kan sløyfes, alternativt bør det tydeliggjøres hva som ligger i begrepet eller lages en liste over virkestoffer godkjent for bruk etter § 4-6.

Andre ledd: Presiseringen om "absolutt siste alternativ" er viktig for gruppen demente, da det er en oppfatning at det gis for mye beroligende legemidler etter gjeldende § 4-6 uten at det gjøres forsvarlige vurderinger av bruken, jf. "plagsomme" eldre på sykehjem som forstyrrer i miljøet.

§ 4-7 Særlige grense for bruk av fysisk nedleggelse som skadeavverging

Utvalget foreslår at fysisk nedleggelse bare kan anvendes for å avverge fysisk angrep på andre mennesker eller for å hindre at personen skader seg selv.

Helsedirektoratet støtter forslaget. Se for øvrig kommentarer om langvarig fastholding under § 4-3.

§ 4-8 Særlige grenser for bruk av tilbakehold ved akutt selvmordsfare

Utvalget foreslår en egen hjemmel for tilbakehold av personer ved akutt selvmordsfare. Ytre tidsramme for tilbakehold foreslås begrenset til "tiltak etter § 5-4 er vurdert og eventuelt iverksatt". Slik direktoratet forstår forslaget, vil tilbakeholdstiden da kunne være maksimalt ett døgn etter denne hjemmelen, jf. forslagets § 5-4 jf. 9-13.

Helsedirektoratet støtter i utgangspunktet en tilbakeholdsadgang ved akutt selvmordsfare. Vi har imidlertid to innvendinger til forslaget:

For det første mener vi at tilbakeholdstid på ett døgn er for kort. Dette henger sammen med at mange som har gjort et suicidforsøk ikke vil oppfylle vilkårene i § 5-4, og da spesielt ikke vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Samtidig vil mange av disse fortsatt kunne ha et sterkt behov for oppfølging i institusjon noen tid utover ett døgn. Vi vil foreslå at en i tråd med Paulsrud-utvalgets forslag (NOU 2011: 9 kap. 14), gir hjemmel for tilbakehold *i tre dager*. Fristen begrunnes der slik: "Observasjonstiden bør som hovedregel være kort, inntil tre kalenderdager. Dette gir mulighet for å utrede og stabilisere personer i akutte kriser, og legge planer for å forebygge nye selvmordsforsøk. Observasjonen må foregå ved døgnopphold. Tre dagers tilbakehold anses som en rimelig avveining av behovet for å forhindre videre selvmordshandlinger og pasientens personlige integritet, spesielt der vedkommende er fullt klar over sine handlinger."

Vi går ut fra at utvalget har tenkt seg at tilbakehold skal kunne skje i alle typer helseinstitusjoner som omfattes av loven, herunder i kommunale institusjoner. Vi tenker at dette kan være fornuftig, gitt den store variasjonen det kan være i målgruppens tilstand og behov. Vi tenker også at kommunale ø-hjelpsplasser kan være egnet, men dette må ses i sammenheng med institusjonens mulighet til å gi god faglig oppfølging i tilbakeholdstiden, dvs. hvor godt utbygget tilbudet er fysisk og personellmessig i den aktuelle kommunen.

Bestemmelsen er gjort unødig komplisert gjennom henvisningsteknikk. Den som leser må slå opp i en annen paragraf som henviser til ytterligere andre paragrafer, hvorav en av disse gir svaret på hvor lang tid en kan tilbakeholde. Maksimalt tidsrom bør oppgis i antall dager i lovteksten i § 4-8.

§ 4-9 Rett til å velge tiltak og gjennomføringsmåte

Utvalget foreslår at personen, i den grad det er praktisk mulig og forsvarlig, skal ha rett til å velge type tiltak og gjennomføringsmåte.

Helsedirektoratet støtter prinsipielt forslaget, men mener tittelen sender feil signaler om innholdet ved at den tilsynelatende lover en *absolutt rett* til å velge tiltak. Denne retten er beheftet med praktiske og faglige forbehold. Vi vil i stedet foreslå tittelen: "*Medvirkning til valg av tiltak og gjennomføringsmåte*".

I tråd med bestemmelsens krav til at personen skal få gi sitt syn på saken der dette er praktisk mulig, bør saksbehandlingsbestemmelsen for skadeavvergende tiltak i forslaget § 9-15 nr. 9 endres til "personens syn på saken *der det er praktisk mulig*."

Vi stiller også spørsmål ved saksbehandlingsbestemmelsens formulering om omtale av pårørendes syn på saken, jf. 9-15 nr. 10. Siden det dreier seg om akutte situasjoner, mener vi det må vurderes om det er hensiktsmessig å kreve angivelse av pårørendes syn. Det kan ev. nyanseres til "der det er mulig" eller til situasjoner med gjentatte skadeavvergende vedtak overfor samme person.

§ 4-10 Vedtak om tiltak ved repeterende nødssituasjoner

Utvalget foreslår at det ved gjentatte tiltak i nødssituasjoner overfor samme person, skal vurderes å treffe tiltak etter § 6-5 for å få en mer planmessig, og forhåpentligvis redusert, tvangsbruk.

Helsedirektoratet støtter forslaget. Vi forstår at bestemmelsen er tenkt å gjelde generelt, ikke bare på området for dagens hol. kap. 9. Dette bør komme tydeligere fram i lovproposisjonen.

3.5 [Kapittel 5 Innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon m.m. \(NOU kapittel 24\)](#)

I Innleggelse og opphold som personen ikke motsetter seg

§ 5-1 Alminnelige vilkår for innleggelse og opphold uten motstand

Utvalget foreslår en ny rettsikkerhetsmodell for personer uten beslutningskompetanse som har behov for opphold i institusjon, og som ikke motsetter seg oppholdet. Modellen dekkes av §§ 5-1 og 5-2, og erstatter gjeldende pbrl. § 4-6. Hensikten er bl.a. lavere terskel for å yte hjelp i psykisk helsevern og rusomsorgen og ønske om økt rettsikkerhet i demensomsorgen. Vilkår er at fordelene for personen ved opphold overstiger ulempene og at det foreligger et antatt samtykke.

Helsedirektoratet støtter som utgangspunkt § 5-1, men har følgende innspill:

Det bør fremgå eksplisitt av § 5-1 at den gjelder personer *over 18 år uten beslutningskompetanse*, slik at brukere av denne viktige bestemmelsen ikke må slå opp i § 6-2 for å finne avgrensningen.

Vi er bekymret for om en mindre gruppe av personer som er i en slik tilstand at de ikke er i stand til å motsette seg, selv om de skulle ønske det, kan få en svekket rettsikkerhet ved dette forslaget. Dette kan f.eks. gjelde ved katatoni og for personer som er svært preget av psykose. Selv om de ikke motsetter seg innleggelsen, mener vi at en kontrollinstans bør ha et øye på denne persongruppen. Riktignok legger lovutkastet inn en rettsikkerhetsgaranti ved at bestemmelsene om tvang - både vilkår og prosessuelle rettsikkerhetsgarantier - kommer tilsvarende til anvendelse for "objektivt betydelig inngripende" tiltak overfor personer med "store formidlingsvansker", jf. § 1-3 fjerde ledd.

Det vises til Paulsrud-utvalgets (NOU 2011: 9) forslag til § 2-3, hvor det ble foreslått for denne gruppen (pasienter over 16 år som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg psykisk helsevern): "Kontrollkommisjonen skal straks underrettes om vedtaket og særlig føre tilsyn med at vernet reelt er frivillig." Paulsrud-utvalget foreslo videre at kontrollkommisjonen kunne gjøre dette gjennom samtaler med personen. Direktoratet foreslår at et minstemål av rettsikkerhetsgarantier

som bør gis, er at fylkesmannen får kopi og utfører legalitetskontroll av disse beslutningene, jf. § 10-2 nr. 1 og 2.

Det foreslås ikke et krav om *vedtak* om frivillig behandling for denne persongruppen. Direktoratet støtter dette av ressurshensyn, men mener likevel det er viktig å ha en oversikt over antallet/andelen personer som innlegges etter denne bestemmelsen.

§ 5-2 Innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang

Utvalget foreslår en særskilt bestemmelse om innleggelse/tilbakehold av ikke-samtykkekompetente personer som ikke motsetter seg innleggelse, men som med en viss sannsynlighet vil motsette seg innleggelsen innen de neste 10 dagene.

Personen som innlegges etter denne bestemmelsen kan i realiteten ikke forlate institusjonen, noe som taler for at personen gis den ekstra rettssikkerheten det legges opp til.

Første ledd: Formuleringen "uten å få lov til det" bør erstattes med en formulering om at det er ved antatt fremtidig bruk av tvang etter § 5-4 at bestemmelsen er relevant, jf. ordlyden i overskriften.

II Forhåndssamtykke til tvungent tilbakehold

§ 5-3 Forhåndssamtykke til tvungent tilbakehold i helseinstitusjon

Utvalget foreslår at forhåndssamtykke styrkes som grunnlag for tilbakehold og at adgangen kombineres med styrket prosessuell rettssikkerhet. Forhåndssamtykke kan gis både ved innleggelsen og underveis. Hovedretningen er at rommet for samtykke til tvang utvides. Bindingstid er tre uker av gangen. Dersom person "aktivt" ønsker det, kan det gjøres for seks uker.

Første ledd: Vilkåret for bruk av forhåndssamtykke er at det foreligger "tungtveiende faglige grunner". Begrepet er svært skjønnsmessig og innholdet lite omtalt i utredningen, noe som gir risiko for feilaktig og uensartet praksis. Begrepet bør tydeliggjøres/eksemplifiseres i lovproposisjonen, så vel som i lovteksten. Dette har også sider mot prioritering av pasienter.

Fjerde ledd: Det fremgår at forhåndssamtykke kan gis i forbindelse med innleggelse. Etter vårt syn kan det også ha noe for seg å kunne gi samtykke i en lengre periode *forut for* tvangsinnleggelsen, f.eks. i tilfeller der personer med bipolar lidelse etter en innleggelse erklærer at de ønsker å legges inn på tvang neste gang de blir maniske.

Personer som "aktivt" ønsker det, kan binde seg for seks uker i stedet for tre uker. Med "aktivt" menes det at det er personen det gjelder som må tilskynde en slik utvidelse, ikke behandlingsapparatet. En konsekvens kan bli at behandlere ikke føler at de kan jobbe med motivasjon for opphold som strekker seg utover 3 uker. Dette kan være uheldig: Det kan ta en viss tid å bli motivert for behandling, og opphold som strekker seg utover tre uker kan derfor være positivt og noe som den enkelte pasient kan ha nytte av. Vi foreslår derfor at ordet "aktivt" sløyfes slik at bestemmelsen ikke blir så ensidig på hvem som kan være initiativtaker til forlenget opphold. En bestemmelse som tilrettelegger for at også behandler kan være initiativtaker til forlenget opphold der det er gode faglige grunner for det, vil gi det nødvendige handlingsrommet.

I femte ledd bør det vurderes inntatt en tydelig plikt for institusjonen til å informere om retten til å trekke et fornyet samtykke tilbake innen 24 timer.

Forhåndssamtykke til tvang etter § 5-3 er mindre inngripende enn tvang etter § 5-4. Avtalt tvang bør derfor vurderes først. Paragraf 5-3 bør inneholde et punkt om dette. Alternativt kan § 5-4 bestemme at forhåndssamtykke til tvang skal være vurdert som utilstrekkelig før det fattes vedtak etter § 5-4.

III Innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg

§ 5-4 Alminnelige vilkår for innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg

Lovforslagets § 5-4 fastsetter materielle vilkår for innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon som personen motsetter seg. Dagens krav om diagnoser og diagnoseneære vilkår forlates. Grunnleggende vilkår er fravær av beslutningskompetanse og "sterkt behov" for innleggelse/tilbakehold.

Helsedirektoratet kan i hovedsak støtte utforming og innhold i forslaget, herunder at diagnosebaserte vilkår erstattes av fravær av beslutningskompetanse og et krav til behov for helsehjelp, men har noen kommentarer og innsigelser.

Første ledd: Vi mener at det er positivt at spørsmålet om adgang til tvungen gjennomføring av vedtak er klart adressert i de ulike bestemmelsene i lovteksten, jf. ordlyden "å gjennomføre tiltaket med tvang". Det er et problem at det ikke er klart regulert i dag, f. eks. når en må benytte fysisk makt ved gjennomføring av tvangsbehandling i psykisk helsevern.

Første ledd nr. 2: Begrepet "helseproblemer" brukes normalt om mildere sykdommer, tilstander og skader som behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I psykisk helsevern brukes begrepet "psykiske lidelser". Begrepsbruken bør derfor endres i § 5-4 første ledd nr. 2 bokstav a).

Første ledd nr. 2 og nr. 3: Vi finner at begrepene "sterkt behov for behandling" (nr. 2) og "vesentlig helseskade" (nr. 3), er noe overlappende, og kunne ønske en tydeliggjøring av begrepsinnhold og grensedragning mellom begrepene.

I de spesielle merknadene heter det at "sterkt behov for behandling" skal etablere en kobling mellom individuelt behov og den tjenesten som kan tilbys. I lovteksten kan det uttrykkes som "*sterkt behov for behandlingen som institusjonen kan tilby*". Det vil bedre få frem at "sterkt behov" knytter seg til behandlingstilbudets nytte og effekt, og ikke er en beskrivelse av (den potensielle) skaden. Se også kommentar til § 6-5 nr. 3.

Første ledd nr. 4: Manglende samtykkekompetanse er ikke et vilkår for tvangsinnleggelse etter hol. kap. 10 og tjenestene har derfor liten tradisjon for å foreta vurdering av samtykkekompetanse. For å sikre at vilkåret ikke blir forstått snevrere enn det som er utvalgets intensjon, kan det være hensiktsmessig å tydeliggjøre at det som kreves for å inneha beslutningskompetanse i et spørsmål, øker i takt med skadepotensialet i den konkrete situasjonen og viktigheten av avgjørelsen det dreier seg om.

Det vil være nyttig at lovproposisjonen gir flere eksempler på situasjoner der tvang overfor personer med rusmiddelproblemer kan aktualiseres. En slik situasjon vil f.eks. kunne være at rusmiddelbruken har eskalert til et nivå der personen opplever overdoser, dårlig somatisk og/eller psykisk helse og liten kontakt med familie og nettverk, og i tillegg over tid inntar rusmidler på en svært ukritisk måte uten å forholde seg til tydelige skadevirkninger på egen helse og livssituasjon. Vurderingen av manglende beslutningskompetanse bør bl.a. fokusere på rusavhengighetens neurobiologiske grunnlag. Ved rusbruk kan det utvikles et avhengighetsdriv som påvirker evnen til å foreta rasjonelle valg. Rusmiddelavhengigheten kan også skape en sterk ambivalens hos personen når det gjelder spørsmålet om å motta helsehjelp for rusmiddelproblemer.

Første ledd nr. 5: Direktoratet støtter ikke vilkåret om antatt samtykke. Se kommentarene til § 1-5.

Vilkårene i § 5-4 er kumulative. Dersom en må anta at personen ikke ville ha ønsket innleggelsen, skal en da la være å innlegge, selv om alle øvrige vilkår er (over)oppfylt, herunder at alternativer er prøvd og det foreligger fare for liv eller vesentlig helseskade? Dette fremstår som et dilemma, som bør omtales i lovproposisjonen. Dette kommer på spissen hvor personen heller ikke ville ha ønsket medisinerings eller har forhåndsreservert seg, jf. §§ 6-5 nr. 5 og 6-14. Da kan svært syke personer med stort skadepotensiale for eget liv og helse bli sendt hjem til pårørende, eller ut på gaten.

I de få sakene på rusfeltet der en kommer til at vilkåret om manglende beslutningskompetanse er oppfylt, vil en fort støte på en ny begrensning ved vilkåret om antatt samtykke. Årsaken er selve avhengigheten av rusmidler, som kan gi sterk motstand mot innleggelse og det forhold at rusproblemer utvikler seg over tid, noe som tilsier at de som ønsker seg til behandling går inn i et frivillig behandlingsløp.

Første ledd nr. 9: Vi støtter vilkåret. Vi kan imidlertid ikke se begrunnelsen for at kravet om undersøkelse av to leger bare skal gjelde innen psykisk helsevern og TSB.

Vi vil dessuten gjøre oppmerksom på et aspekt som aktualiserer seg med dette vilkåret. Det er vanligvis kommunen som har best oversikt over personer med store rusproblemer. Når kommunen ikke lenger skal være initiativtaker til tvang, er det en påregnelig konsekvens at færre i målgruppen for tvang fanges opp. Spesialisthelsetjenesten vil ikke være i posisjon til å skaffe seg en tilsvarende god oversikt over rusproblemene i kommunen. Det bør av disse grunnene vurderes å tillegge kommunen et ansvar for å være oppmerksom på forhold som kan føre til tvangsinnleggelse i TSB og at kommunen har mulighet, eventuelt plikt, til å gi spesialisthelsetjenesten slike opplysninger på eget initiativ uten hinder av taushetsplikten.

Første ledd nr. 10: Vi støtter det særskilte vilkåret for tvangsinnleggelse i TSB om at det må være inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. En innvending mot vilkåret kan være at det blir et forsinkende element, men dette kan avhjelpes gjennom nødvendige samarbeidsrutiner og forankring i overordnet samarbeidsavtale mellom virksomhetene. Vilkaåret er viktig for at ruspasienter som tvangsinnlegges skal få mer koordinerte og sammenhengende tjenester. Evaluering viser at et godt samarbeid mellom tjenestenivåene både før, under og etter tvangsoppholdet, kombinert med aktiv brukermedvirkning, bedrer opplevelsen av oppholdet og øker brukerens sjanser for å nyttiggjøre seg det.

Avsluttende kommentarer til § 5-4 vedrørende rusfeltet:

For rusfeltet er ikke hovedproblemet for mange tvangsinnleggelser, snarere at det er behov for vilkår som innskrenker målgruppen og klargjør vilkårene for tvang, slik at kommunen kan målrette sin praksis bedre. Evaluering viser at når kommune og spesialisthelsetjeneste får til godt samarbeid i forkant og underveis i oppholdet, er flere personer i etterkant glade for at de ble tvangsinnlagt.

Etter vår vurdering vil ikke avtalt tvang etter § 5-3 kunne erstatte behovet for innleggelser på tvang etter § 5-4 selv om det settes i verk god implementering av ny § 5-3. Årsaken er at mange med det tyngste misbruket vil motsette seg behandling.

§ 5-5 Innleggelse og tilbakehold i psykisk helsevern ved fare for andre

Forslagets § 5-5 fastsetter materielle vilkår for innleggelse og tilbakehold i institusjon i psykisk helsevern der personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Her

videreføres gjeldende vilkår om "alvorlig sinnslidelse". Det er ikke krav om sterkt behov for behandling, manglende beslutningskompetanse eller antatt samtykke, slik som i forslaget § 5-4.

Vi ser at alvorlig sinnslidelse er gjort til inngangsvilkår for tvangsinnleggelse ved fare for andre. Vi mener departementet bør vurdere om personer som utgjør en fare for andre, kan omfattes av flere av de nye, generelle vilkårene for tvang.

Forslagets § 5-6 gir mulighet for innleggelse og tilbakehold i TSB av gravide ved fare for det ufødte barnet ved bruk av rusmidler. Det er flere tilstander hvor mors helsetilstand kan utgjøre en alvorlig fare for det ufødte barnet. Det bør fremgå i videre lovarbeid at vilkåret "fare for andres liv eller helse" i § 5-5 også omfatter fare for det ufødte barnet. Dette kan for eksempel være aktuelt for gravide med alvorlige spiseforstyrrelser og de med svangerskapspsykose. Oslo tingrett fant at farevilkåret også omfatter det ufødte barnet i en nylig avsagt dom 19-977835TVI-OTIR.

§ 5-7 Utgangsbegrensende tiltak om natten

Helsedirektoratet er i utgangspunktet enig i forslaget. I utvalgets forslag fremgår det at en ikke kan låse beboeren inne på eget rom. Dette mener vi også må gjelde egen leilighet. Vi mener det er tilstrekkelig at en bruker alarm eller andre egnede varslingstiltak. Selv om det i lovteksten presiseres at helsepersonell må kunne tilkalles, er vi bekymret for om personer f.eks. med demens faktisk vil være i stand til dette.

§ 5-8 Innleggelse og tilbakehold som avlastningstiltak for pårørende

Helsedirektoratet antar at innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon kan være et positivt og nødvendig tiltak når det er behov for avlastning utenfor personens hjem og vilkårene i § 5-4 er oppfylt. Vi støtter derfor forslaget, som tydeliggjør at slike tiltak også kan benyttes ved motstand.

I forslaget står det at vedtaket kan ha en varighet på inntil ett år. Det vil neppe være aktuelt med avlastningsopphold av en slik varighet, og vi antar at utvalget har sett for seg at det skal kunne fattes ett vedtak om flere kortvarige opphold i løpet av ett år. Dette kan presiseres i lovproposisjonen.

§ 5-9 Forbud mot overføring fra opphold basert på eget samtykke til tvungent tilbakehold

Helsedirektoratet støtter en videreføring av konverteringsforbudet i psykisk helsevern, men vurderer at det ikke er hensiktsmessig å utvide forbudet til TSB. Likebehandlingshensyn tilsier at det bør gjelde, men for at en rusavhengig skal kunne tvangsinnlegges vil situasjonen antagelig gjennomgående være så prekær, at *unntaket* i konverteringsforbudet vil komme til anvendelse.

Konverteringsforbudet fremgår i dag av én bestemmelse, phvl. 3-4. Utvalget foreslår forbudet hjemlet i tre bestemmelser: Hhv. § 5-9 (tvangsinnleggelse), § 6-10 fjerde ledd (tvangsbehandling med antipsykotika) og § 6-18 fjerde ledd (pålegg om oppmøte til undersøkelse eller behandling).

Direktoratet mener at en av pedagogiske grunner bør samle konverteringsforbudet i én bestemmelse og bruke begrepet "konverteringsforbudet" - som er kjent i tjenestene – i tittelen. Det bør tydeliggjøres at personen må mangle samtykkekompetanse og motsette seg, før konvertering kan skje. Det fremkommer ikke tydelig av forslagene nå. Når § 5-9 bare viser til § 5-4, betyr det at

konverteringsforbudet ikke gjelder ved innleggelse ved fare for andre. Dette bryter med dagens oppbygging av regelverket, og er derfor egnet til misforståelser.

Bestemmelsenes utforming gjør det vanskelig å forstå at det er konverteringsforbudet som omtales, og hva det faktisk betyr: Det kan se ut som om det oppstilles et forbud mot å treffe vedtak om tvang der frivillig behandling pågår, ikke bare et krav om måten dette gjøres på.

Bestemmelsene gjør unntak fra konverteringsforbudet ved "akutt fare for personens eget liv eller vesentlig skade på egen helse, jf. kapittel 4." Dette er en innsnevring i forhold til gjeldende rett. Vi er litt usikre på om dette betyr at svært syke mennesker skal få anledning til å dra hjem, og hvilke negative konsekvenser dette kan få.

Direktoratet har fått innspill fra tjenesten om at konverteringsforbudet ved (poliklinisk) behandling kan ha utilsiktede negative følger. Forbudet gjør at FACT-team/poliklinikk må avslutte det frivillig vernet før tvungent vern kan etableres. Dersom henvisende lege eller faglig ansvarlig deretter kommer til at vilkårene for tvungent vern *likevel ikke* er oppfylt, er erfaringen at personen kan falle ut av den frivillige oppfølgingen. Lovproposisjonen bør presisere at det er viktig med frivillige tiltak som pasienten faktisk ikke motsetter seg i denne fasen.

Direktoratet lurer på hvilken praktisk betydning konverteringsforbudet i § 6-10 fjerde ledd får for en inneliggende pasient som først tar frivillig imot medikamentell behandling?

3.6 Kapittel 6 Individuelle behandlings- og omsorgstiltak m.m. (NOU kapittel 25)

I Tiltak personen ikke motsetter seg

§ 6-2 Alminnelige vilkår for tiltak personen ikke motsetter seg

Forslaget hjemler beslutning om tiltak overfor personer som mangler beslutningskompetanse og som ikke viser motstand. Bestemmelsen erstatter bl.a. pbrl. § 4-6 (somatisk helsehjelp).

Helsedirektoratet støtter i hovedsak forslaget og begrunnelsen, som innebærer en lavere inngrepsterskel for tiltak enn i de situasjoner der personen motsetter seg tiltaket.

§ 6-3 Inngripende tekniske innretninger for varsling, lokalisering og observasjon som personen ikke motsetter seg

I merknadene til bestemmelsen er "inngripende" innretninger gitt en snevrere definisjon enn den som benyttes i bl.a. velferdsteknologiprogrammet, ved at det kun er observasjon mv. av såkalt "viljestyrt" atferd som er omfattet. I andre ledd er vilkårene skjerpet for kontinuerlig observasjon av "viljestyrt atferd med lyd, bilde eller lignende".

Helsedirektoratet har merknader til dette. Personer med demens, og andre i målgruppen for bestemmelsen, vil ikke alltid oppdage at overvåkning skjer eller at utstyr benyttes, og de vil derfor ikke ha mulighet til å kunne motsette seg dette. Vi støtter derfor utvalgets forslag om at det skal fattes vedtak for bruk av slike innretninger, også der personen ikke yter motstand.

Direktoratet mener videre at begrensningen av "inngripende" til å omfatte kontroll med såkalt viljestyrt atferd, er for snever. Det framgår av utredningen at det bl.a. skal avgrenses mot "kroppslige

funksjoner og reaksjoner som i utgangspunktet ikke er kontrollerbare, herunder gråt eller oppvåkning fra søvn". Vi legger til grunn av f.eks. søvngjengeri også faller utenfor. Vi mener at også slik observasjon er inngripende, og støtter ikke at bruk av teknologi for varsling, observasjon mv. av slike forhold ikke skal omfattes av bestemmelsen. Vi er uenige med utvalget i at kontinuerlig observasjon av slike handlinger er vesentlig mindre inngripende enn observasjon av "viljestyrt atferd".

Direktoratet støtter i utgangspunktet forslaget om skjerpede vilkår for kontinuerlig observasjon med lyd og/eller bilde i andre ledd. Vi mener imidlertid også her at avgrensning til "viljestyrt atferd" er for snever. I tillegg er det noe forvirrende at begrepet benyttes her, når det i utgangspunktet er en del av definisjonen av inngripende innretninger, som er det bestemmelsen regulerer.

Observasjon som ikke er "kontinuerlig" er ikke nevnt i bestemmelsen, og det kan være uklart om det er omfattet og i så fall på hvilken måte.

Det kan være en utfordring at § 6-3, som flere andre paragrafer, begynner med formuleringen "for vedtak om". I § 6-3, samt andre steder der denne formuleringen er brukt, bør det derfor gå tydeligere fram at det faktisk skal fattes et formelt vedtak, slik det gjøres i gjeldende pbrl. § 4-6 a.

§ 6-4 Behandling av psykiske lidelser med legemidler som personen ikke motsetter seg

Forslaget til § 6-4 inneholder vilkår som supplerer § 6-2 ved behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler som en ikke-samtykkekompetent person ikke motsetter seg.

Helsedirektoratet støtter supplerende og strengere materielle og prosessuelle vilkår for behandling med antipsykotiske legemidler, også der personen ikke motsetter seg behandlingen. Vi har imidlertid følgende kommentarer og innsigelser:

Andre ledd nr. 2: Det foreslås at det "aktuelle legemiddelet og dosen skal være godkjent for behandling av personens kliniske diagnose". Det bør presiseres i lovtekst eller proposisjon hva som menes med godkjent og hvem som skal godkjenne det. "Kliniske diagnose" bør erstattes med "psykose". Da vil det være pasientens psykosesyntomer som er det avgjørende for medisineringsen. Konsekvensen av å stille krav om godkjent klinisk diagnose for bruk av hvert enkelt antipsykotikum er at pasienter ikke får den behandlingen de har behov for. Hvis et legemiddel f.eks. kun er godkjent for schizofreni, vil pasienter som ikke har fått akkurat denne diagnosen falle utenfor bruksområdet. En er ofte tilbakeholden med å sette alvorlige diagnoser eller for spesifikke diagnoser på barn som har en psykose. Her kan medisineringsen bli ekstra utfordrende. Videre bør kravet til godkjent dose utgå. I stedet for å operere med en godkjent dose, bør en operere med vanlige, anerkjente doser, der det særskilt må begrunnes om en går utover anbefalt doseringsspenn.

Andre ledd nr. 4: Her bør "spesialist i psykiatri i psykisk helsevern" byttes ut med "*spesialist i psykiatri eller geriatri*", dvs. gjøres uavhengig av hvilke nivå spesialisten jobber ved. Slik kan f.eks. en geriater som jobber på et sykehjem omfattes. Geriater er leger med særskilt god medikamentell kompetanse på eldre, så det vil kunne være en styrke å i større grad benytte dem. Et strikt krav om at en må rådføre seg med psykiater i spesialisthelsetjenesten vil være uheldig, da det kan finnes leger med psykiatrikompetanse i kommunen, f.eks. allmennlege som også er spesialist i psykiatri.

Tredje ledd: Dersom en ikke får i stand en behandling uten alvorlige bieffekter innen tre måneder, skal etter forslaget § 6-10 anvendes (bestemmelsen om tvungen medisineringsen). Vi stiller oss kritiske til at det skal treffe vedtak etter § 6-10 ved alvorlige bivirkninger. Dette er ikke i samsvar med retningslinjene og god klinisk praksis, ved alvorlige bivirkninger må legemidlet vurderes seponert. Tre måneder er også veldig lenge dersom det foreligger alvorlige bivirkninger.

I tredje ledd siste setning stilles krav om å innhente uttalelse fra kvalifisert helsepersonell. Ved vurdering av virkning og bivirkninger av legemiddelbehandling, mener vi at kvalifisert personell må være ensbetydende med lege. Dette bør presiseres i lovtekst, dvs. "kvalifisert helsepersonell" bør byttes ut med "*lege*". Alternativt bør dette presiseres i lovproposisjonens merknader til § 6-4.

Fjerde ledd bestemmer at vilkåret i første ledd nr. 3 ikke skal gjelde for personer med alvorlig sinnslidelse som utgjør en fare for andre. Vi er bekymret for at denne gruppen gis et dårligere behandlingstilbud enn andre personer, og foreslår at dette unntaket fjernes.

Særskilt om behandling av demente:

Ulike tilfeller av behandling av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens med psykofarmaka i sykehjem, reguleres i dag av ulike hjemler og er til dels uregulert. Kommunalt ansatte kjenner ikke alltid godt til psykisk helsevernloven. Det er derfor grunn til å anta at det i dag skjer behandling med psykofarmaka i sykehjem som ikke er hjemlet i dagens lovverk. Lovforslaget §§ 6-2 og 6-4 (når det ikke foreligger motstand) og § 6-10 (når det foreligger motstand), vil sannsynligvis kunne ivareta behovene hos personer med demens. Men det er ikke åpenbart at tjenesteytere får med seg at det også finnes et vilkår i § 1-3 fjerde ledd som innebærer at § 6-10 kan gjelde, så dette bør det vises til i § 6-4. Vi viser til merknadene til § 6-4 andre ledd i utredningen s. 734.

II Tiltak personen motsetter seg

§ 6-5 Alminnelige vilkår for tiltak personen motsetter seg

Dette er en omfattende bestemmelse med til dels overlappende vilkår, som i tillegg skal suppleres med vilkår i andre bestemmelser før det kan fattes vedtak, f.eks. ved tvangsmedisineringsvedtak. Det medfører en stor risiko for feilbruk, og dermed lovbrudd, forskjellsbehandling og stort tidsforbruk.

Helsedirektoratet forstår at hensikten er å redusere tvangsbruken, men reglene må ikke bli så krevende å praktisere at de utgjør en risiko for at personer ikke får nødvendige helse- og omsorgstjenester.

En viss sammenslåing kan bøte på overlappende og omfattende vilkår og forenkle bruken av bestemmelsen noe. Dette gjelder f.eks. vilkårene 2, 3 og 6 som bør kunne sammenfattes.

Nr. 3. "Nærliggende og alvorlig fare for vesentlig helseskade" erstatter behandlingstvilkåret i § 3-3 nr. 3 bokstav a). Det innebærer en terskelheving sammenlignet med dagens behandlingstvilkår, ved at ikke all symptomlette nødvendigvis vil telle like mye. Vesentlig psykisk skade har fokus rettet mot funksjonstapet, jf. utredningens pkt. 14.4.1.2, dvs. *forverring*. Etter ordlyden kan det være uklart at også *forbedring* er ment å omfattes, men i kommentar til (tilsvarende) bestemmelse i § 5-4 nr. 3 står at "også tap til mulighet av bedring kan i prinsippet omfattes". Etter direktoratets syn kunne dette med fordel fremgå av lovteksten.

Nr. 4: Av pedagogiske årsaker bør det henvises til pbrl. § 4-3 andre ledd (bestemmelsen om beslutningskompetanse), på samme måte som det er gjort i § 5-4 første ledd nr. 4.

Nr. 5. Vi foreslår at vilkåret om antatt samtykke utgår her og andre steder i lovutkastet. Se kommentarer til § 1-5.

Nr. 8. Krav til at virksomheten er faglig og materielt i stand til å tilby tjenester av tilfredsstillende kvalitet, er allerede en del av det grunnleggende kravet til faglig forsvarlig virksomhet, jf. spesialist-

helsetjenesteloven § 2-2 og hol. § 4-1, og fremkommer også av forslaget til tvangsbegrensningsloven § 2-1 første ledd nr. 2. Vilåret fremstår først og fremst som en pedagogisk påminnelse. Av hensyn til å gjøre § 6-5 mer håndterbar, bør vilåret utgå.

Det bør vurderes om det skal inntas et krav til at det gjøres en forsvarlig kartlegging av den bakenforliggende årsaken til problemet/atferden. Se kommentarene til § 9-7.

§ 6-6 Forbud mot bruk av tvang i opplærings- eller treningstiltak m.m.

Utvalget foreslår forbud mot bruk av tvang i opplærings- og treningstiltak (første ledd). Videre foreslås forbud mot bruk av tvang i behandling av rusproblemer (andre ledd) og psykiske helseproblemer, med mindre det er uttrykkelig tillatt etter §§ 6-10 til 6-12 (tredje ledd).

Første ledd: Direktoratet støtter et forbud mot bruk av tvang i opplærings- og treningstiltak.

Andre og tredje ledd: Direktoratet mener at andre og tredje ledd inneholder viktige begrensninger i adgangen til å bruke tvang innen rusomsorg og psykisk helsevern, og derfor bør gis to egne, separate paragrafer med titler som synliggjør forbudene, f.eks. "*Forbud mot bruk av tvang i behandling av ruslidelser*" og "*Begrensninger i bruk av tvang i behandling av psykiske lidelser*".

Det fremstår som uklart om forbudene i andre og tredje ledd også innebærer forbud mot anvendelse av §§ 6-7 til 6-9 overfor personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Vi oppfatter det slik at varsling, lokalisering og observasjon ikke er *behandling*, dvs. det saklige virkeområdet i §§ 6-7 – 6-9 er noe annet det som er omtalt i § 6-6 andre og tredje ledd, og at § 6-7 – 6-9 derfor kan anvendes overfor disse gruppene. Særlig forslagets § 6-8 er aktuelt, da selvskading også er hyppig forekommende hos personer med psykiske lidelser, noen ganger i slik omfang at det tilsier bruk av kommunal omsorgsbolig.

Avgrensningen til personer med orienteringssvikt i forslagets § 6-7 støttes for øvrig.

III Særlige grenser for behandling av psykiske helseproblemer

§ 6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler

Bestemmelsen hjemler vedtak om behandling av psykiske lidelser som en ikke beslutningskompetent person motsetter seg. Bestemmelsen inneholder en rekke vilkår (sju punkter) for slik behandling, som kommer i tillegg til vilkårene i § 6-5 (ni punkter).

Helsedirektoratet mener dette er eksempel på en bestemmelse som er blitt for omfattende og vanskelig tilgjengelig. Det bør vurderes forenklinger, uten at dette behøver å gå på bekostning av de materielle kravene som stilles.

Første ledd: Direktoratet vil foreslå at "legemidler" presiseres til "*antipsykotiske legemidler*", sml. § 6-14 (reservasjonsadgangen) der begrepet "antipsykotiske legemidler" anvendes. Dette vil i praksis være den typen legemiddelbehandling som er aktuell for å behandle *psykosesymptomer*, og en slik avgrensning er i tråd med gjeldende fortolkning fra Helsedirektoratet (jnr. 18/32338). Antipsykotika er også anvendelig for stemningsstabiliserende behandling, og avgrensningen vil derfor ikke utelukke behandling av bipolar lidelse.

Nr. 1 innebærer en innskjerping i forhold til gjeldende rett ved at legemiddel og dose må være godkjent for den kliniske diagnosen til den konkrete personen, og ikke bare generelt godkjent for bruk i Norge som etter gjeldende rett. Våre kommentarer til § 6-4 andre ledd nr. 2 gjelder også her.

Nr. 2 bør etter vårt syn utgå. Bestemmelsen har karakter av et faglig råd som ikke er egnet for lovfesting. Vi vil bemerke at det pr. i dag foreligger begrenset kunnskap om effekten av ikke-medikamentell behandling og om hvor lang tid det er forsvarlig å tilby alternative behandlingsformer før legemiddelbehandling forsøkes. Vi mener dessuten at vilkår nr. 6 om å ha forsøkt ut alternativer til legemiddelbehandling i én uke overlapper kravet i nr. 2 og dermed overflødiggjør nr. 2.

Nr. 3 bør etter vårt syn også utgå. Kravet om faglig og materiell standard kan eventuelt plasseres i en lov- eller forskriftsbestemmelse om kravet til institusjonenes minste faglige og materielle standard for å kunne utøve tvang. Det er ikke hensiktsmessig at et slikt relativt generelt krav skal inngå i en konkret vurdering for hver person det fattes vedtak for. Et krav om en faglig og materiell standard som reduserer behovet for tvang er for øvrig en faktor som primært styres gjennom ressurser/budsjett og ikke gjennom lov. Se forøvrig våre kommentarer til § 6-5 nr. 8.

Nr. 4 oppstiller krav om at vesentlig psykisk helseskade med stor sannsynlighet må inntre i meget nær fremtid, med mindre det ut fra personens sykehistorie er konkret fare for særlig alvorlig og langvarig funksjonstap ved et tilbakefall.

Dagens tidskrav på 3-4 måneder (phvl. § 3-3) er bestemt av når virkningen av antipsykotika gitt ved depot går ut. Direktoratet er bekymret for at det foreslåtte unntaket, kan medføre en utglidning av tidsfristen. Det vil kunne undergrave tidskravet, som har en viktig funksjon i begrensning av tvangsmedisinering. Forslaget kan åpne opp for bruk av svært langtidsvirkende medikamenter (Trevicta).

Nr. 5 oppstiller krav om stor sannsynlighet for at behandling hindrer eller begrenser vesentlig helseskade basert på konkrete og individuelle erfaring med det aktuelle virkestoffet i behandling av personen. Ved første gangs bruk i behandling av den aktuelle personen, foreslås at vurderingen kan basere seg på vitenskapelig kunnskap om effekt og på alminnelig sannsynlighetsovervekt.

Direktoratet støtter forslaget om en differensiering av beviskravet og krav til grunnlag for vurderingen av effekt, avhengig av om en står overfor en person som tidligere har fått behandling med det aktuelle virkestoffet eller får behandling for første gang med det aktuelle virkestoffet. Vi vil likevel peke på at kravet forutsetter tilstrekkelig med ressurser i form av tid og personell, helsefaglige så vel som merkantile, da det kan være mye materiale, f.eks. epikriser, som må gjennomgås for å avklare medikamentell historie.

Nr. 6 krever at personen har vært forsøkt behandlet i minst én uke med tiltak personen ikke motsetter seg. Det kan gjøres unntak ved fare for vesentlig helseskade (dagens unntak for personer som er godt kjent av institusjonen, faller bort).

Minsteantall dager ble med lovendringen i 2017 utvidet fra tre til fem. Nå foreslås ytterligere to dager utvidelse. Dette er for lang tid etter direktoratets syn. En har for det første ikke et kunnskapsgrunnlag som tilsier at andre (legemiddelfrie) tiltak er bedre enn legemidler i en helt akutt fase. Direktoratet stiller spørsmålstegn ved utvalgets kunnskapsgrunnlag for forslaget. For det andre er vilkåret ressurskrevende, og ikke reelt gjennomførbart i akuttmottak uten store endringer i organisering og tilrettelegging av tjenesten. Det er heller ikke forenlig med nedbygging av antall sengeplasser i psykisk helsevern. Etter direktoratets syn vil unntaket, av forsvarlighetsgrunner, kunne ende opp med å bli hovedregelen, dersom forslaget gjennomføres.

Vi støtter unntaket fra hovedregelen i nr. 6 i tilfeller der det foreligger fare for vesentlig helseskade. Vi påpeker imidlertid at begrepet "vesentlig helseskade" kan skape forvirring om innslagspunktet for unntaket, da "vesentlig (psykisk) helseskade" også er et vilkår for tvangs-medisinerer etter § 6-10 nr. 4. Med andre ord: Det fremstår som at dersom vilkåret i § 6-10 nr. 4 er oppfylt, vil også vilkåret for unntaket i § 6-10 nr. 6 andre setning være oppfylt. Vi antar dette ikke har vært hensikten?

Vi slutter oss til at dagens unntak for personer "som gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen", faller bort, jf. phvl. § 4-4 femte ledd.

Nr. 7 krever at personen skal være undersøkt av lege som er uavhengig av den vedtaksansvarlige før vedtak fattes, og at vedkommende skal avgi skriftlig vurdering av om lovens vilkår er oppfylt.

Utvalget utdyper ikke nærmere hva som ligger i kravet til uavhengighet. Vi forstår forslaget slik at den "uavhengige" legen kan være en lege i samme institusjonen som vedtaksansvarlig (sml. motsatt i § 5-4 nr. 9 som stiller kravet "... undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon"), men at det ikke må foreligge et over-/underordningsforhold mellom legene og at de ikke kan ha samme nærmeste overordnede. Med utgangspunkt i denne forståelsen støtter vi forslaget. Forståelsen bør fremgå av lovproposisjon.

Andre ledd: Det gjøres unntak for enkelte av vilkårene dersom personen "på grunn av alvorlig sinnslidelse" utgjør en "nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse". Se kommentaren vdr. bekymringer for unntak i § 6-4 tredje ledd.

Fjerde ledd: Se kommentaren til konverteringsforbudet i § 5-9.

§ 6-11 Behandling av psykiske helseproblemer med skjerming

Utvalget foreslår en egen hjemmel om skjerming som ledd i behandling av psykiske lidelser. Dette er en av fire skjermingsbestemmelser med ulike formål, jf. forslaget §§ 4-5, 6-11, 6-19, 7-5.

Helsedirektoratet er positive til at årsaken til skjerming avgjør hvor strenge vilkårene er og hvor lenge tiltaket kan pågå. Vi er imidlertid bekymret for at mange ulike hjemler for skjerming gjør regelverket uoversiktlig og lite tilgjengelig, og at risikoen for feil praksis blir stor. Det bør vurderes om bestemmelsene kan samles under ett, selv om det vil bryte med lovforslagets struktur.

§ 6-12 Behandling av spiseforstyrrelser med ernæring

I lovutkastet står det at "(...) Personen må i tillegg framvise særlig omfattende vrangforestillinger om egen kropp. (...)". Ved alvorlig spiseforstyrrelser er det ikke bare vrangforestillinger om egen kropp som er dominerende, det er også vrangforestillinger om bl.a. mat, matinntak og trening. Helsedirektoratet anbefaler derfor at kravet ikke avgrenses til vrangforestillinger om egen kropp, og foreslår at bestemmelsen omformuleres slik: "Personen må i tillegg framvise særlig omfattende vrangforestillinger, som vrangforestillinger om egen kropp og/eller matinntak."

§ 6-13 Elektrokonvulsiv behandling

Helsedirektoratet støtter en hjemmel for ECT uten eget samtykke. Dette har direktoratet tidligere etterlyst, og vi har kompensert for mangelen med nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling.

Vi støtter også forslaget om at tiltaket ikke skal kunne iverksettes ved motstand. Personer som er katatone har ikke evne til å motsette seg. Det ville vært ønskelig med en klargjøring av rettstilstanden for denne gruppen.

Vedtaket foreslås å kunne ha en varighet på inntil to uker. Noen pasienter vil bruke betydelig lengre tid enn to uker på å bli tilstrekkelig bedret til å være i stand til å samtykke til forlengelse av behandlingen. Vi mener derfor at det bør være mulig å forlenge vedtak om ECT utover dette.

§ 6-14 Rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler

Utvalget foreslår at samtykkekompetente personer som tidligere har vært behandlet med antipsykotiske legemidler, skal få reservere seg mot tvangsbehandling med slike legemidler. Reservasjonen kan gjelde alle eller noen antipsykotiske legemidler for inntil 10 år. Det foreslås unntak for nødssituasjoner (kap. 4), der personen utgjør nærliggende og alvorlig fare for andre pga. sinnslidelse, hensyn til omsorgssituasjon for barn og dersom personen ikke motsetter seg behandling på gjennomføringstidspunktet.

Helsedirektoratet støtter i utgangspunktet en slik reservasjonsrett, men vil bemerke:

Reservasjonsadgang vil kunne medføre at det på noe sikt vil bli et større antall personer med stor symptombelastning og sterkt hjelpebehov som uten legemiddelbehandling vil ha behov for innleggelse i døgninstitusjon. Dette krever ressurser i form av sengeplasser og personell.

Vi er særlig bekymret for den merbelastning en reservasjonsadgang vil kunne medføre for pårørende, spesielt pårørende som personen bor sammen med (ektefelle/samboer, myndige barn, foreldre, søsken). Denne gruppen har opplevd en økt belastning etter innføring av krav til manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern i 2017¹⁰, og vil bli ytterligere belastet ved innføring av en reservasjonsadgang som foreslått. Vi mener at en reservasjonsadgang bør vurderes supplert med ytterligere et unntak av hensyn til pårørende som personen bor sammen med. Det kan f.eks. formuleres slik: "*dersom tungtveiende hensyn til de som personen bor sammen tilsier det*".

Vi vurderer også at tidsrammen for reservasjon bør være kortere enn foreslått, f.eks. fem år, inntil det er høstet noe erfaring med konsekvensene. Reservasjonsadgangen bør følgeevalueres fra lovens ikrafttredelse.

§ 6-15 Rett til å reservere seg mot elektrokonvulsiv behandling

Helsedirektoratet støtter en adgang til å reservere seg mot ECT.

ECT er en behandling som krever betydelige ressurser i form av anestesipersonell og personell fra psykisk helsevern. Av ressursmessige årsaker vil det være mange pasienter som kunne hatt nytte av denne behandlingen, som ikke gis tilbudet. ECT vil f.eks. være særlig aktuelt for eldre pasienter med alvorlig depresjon og for kvinner med post-partum psykose med depressive symptomer. For de som

¹⁰ Evalueringer av erfaringer med lovendringene om samtykkekompetanse m.m. i psykisk helsevernloven. Rapport på oppdrag av Helsedirektoratet. Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, 2019.

er i de aktuelle målgruppene og kan få et reelt tilbud om behandling, er det viktig med god, grundig og saklig informasjon, slik at en eventuell reservasjon skjer på bakgrunn av tilstrekkelig kunnskap og ikke på grunnlag av feilinformasjon eller udokumenterte skremmebilder.

IV Særlige grenser for enkelte gjennomføringstiltak

§ 6-16 Forbud mot bruk av mekaniske innretninger i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern

Utvalget foreslår en hovedregel om forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler som tiltak for å få gjennomført undersøkelse og behandling i psykisk helsevern, dvs. en videreføring av gjeldende rett i dag. Det gjelder også der personen samtykker. Det foreslås unntak for gjennomføring av behandling av spiseforstyrrelser med ernæring, dersom faglig forsvarlighet gjør det strengt nødvendig.

Helsedirektoratet støtter avvikling av bruk av mekaniske tvangsmidler i forbindelse med gjennomføring av undersøkelse og behandling, men se kommentarer til § 4-3.

Direktoratet mener at unntaket for gjennomføring av behandling ved spiseforstyrrelser med ernæring må begrenses. Det kan av hensyn til faglig forsvarlighet være behov for bruk av tvangsmidler ved nedlegging av sonde og for å gjennomføre sondingen, men det vil være tilstrekkelig og forsvarlig med tvangsbruk i form av fastholding. At personen river sonden ut *etter* sonding, er ikke forbundet med fare, og bruk av mekaniske tvangsmidler for å hindre dette bør ikke tillates.

En kan tenke seg at mekaniske tvangsmidler bør tillates dersom personen uttalt foretrekker dette, f.eks. pga. traumatiske opplevelser knyttet til fastholding. Dette bør i så fall ikke bare gjelde ved behandling i form av tvungen ernæring.

§ 6-17 Arenamessige begrensninger for bruk av tvang i psykisk helsevern

Utvalget foreslår at undersøkelse og behandling ved motstand som hovedregel bare kan skje i institusjon for psykisk helsevern. Det er gjort to (uttømmende) unntak av hensyn til behov i alderspsykiatrien: 1) *Undersøkelse* med tanke på innleggelse, tilbakehold og tvangsmedisinering og 2) *gjennomføring* av tvangsmedisinering kan skje i helseinstitusjon utenfor psykisk helsevern eller i bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet støtter forslaget. Det er positivt at behandling av alvorlig psykisk syke personer med demens som motsetter seg behandling, skal kunne foregå i sykehjemmet, slik at de ikke må transporteres til sykehus for behandling etter psykisk helsevernloven.

Det fremstår uklart hvilke undersøkelser det refereres til i første ledd nr. 1, særlig i relasjon til innleggelse og tilbakehold. Menes forutgående legeundersøkelse, jf. § 5-4 første ledd nr. 9? Dette bør klargjøres i lovteksten og i lovproposisjonen.

§ 6-18 Pålegg om oppmøte til undersøkelse eller behandling

Utvalget foreslår adgang til å fatte vedtak om og gjennomføring av pålegg om oppmøte til undersøkelse eller behandling i institusjon i psykisk helsevern eller TSB. Vilkårene i § 6-5 må være oppfylt, og i tillegg gjelder 1) at oppfølging uten døgnopphold må være et bedre alternativ for personene (enn døgnopphold) og 2) at "det er ikke adgang til å bruke tvang som ledd i undersøkelsen eller behandlingen."

Helsedirektoratet støtter forslaget, men med følgende kommentarer:

Bestemmelsen er vanskelig tilgjengelig. Særlig er det uklart hva som ligger i særbestemmelsen i nr. 2. Vi forstår det slik at et oppmøtepålegg ikke gir hjemmel for å tvinge personen til å gjennomføre behandling i møtet, f.eks. samtaleterapi. Dette bør tydeliggjøres i lovteksten.

Forslaget til konverteringsforbud i fjerde ledd, er kommentert under § 5-9.

§ 6-19 Kortvarig skjerming i psykisk helsevern som gjennomføringstiltak

Utvalget foreslår adgang til kortvarig skjerming i inntil 72 timer dersom dette er strengt nødvendig for å komme i behandlingsposisjon. Vedtak kan fornyes, men først etter 24 timers pause.

Helsedirektoratet støtter bestemmelsen og utvalgets betraktninger om at en hjemmel for kortvarig skjerming kan bidra til å redusere skjermingsbruk. Skjerming er ofte aktuelt i kortere tid i forbindelse med innleggelse for å roe situasjonen og komme i dialog med personen. Det synes fornuftig å lage en hjemmel som ivaretar det kortvarige behovet og ikke "sklir ut" i en skjerming av lengre varighet enn strengt nødvendig, slik som det er risiko for med phvl. § 4-3 som tillater vedtaksperioder på inntil 14 dager av gangen.

§ 6-20 Rusmiddeltesting

Bestemmelsen hjemler rusmiddeltesting for innlagte i psykisk helsevern og TSB etter §§ 5-4 til 5-6, forutsatt at 1) det skjer i et behandlingsforløp, 2) det er mistanke om aktiv rusmiddelbruk og 3) det er strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Testing kan også anvendes ved poliklinisk behandling i psykisk helsevern, dersom det er nødvendig for å ivareta faglig forsvarlighet i gjennomføringen av vedtak etter § 6-10 (tvangsmedisinering).

Helsedirektoratet støtter i hovedsak forslaget.

Vi mener imidlertid at tredje ledd bør gjelde alle som er underlagt tvangsmedisinering etter § 6-10, ikke bare personer uten døgnopphold. Vi kan ikke se noen rasjonell begrunnelse for denne ulikebehandlingen.

Utvalget sier at unntaket i fjerde ledd også omfatter situasjonen med fare for andre, jf. utredningen kap. 25.6.7.4.2. Det bør vurderes om dette kan fremgå direkte av ordlyden i bestemmelsen. Adgangen til å rusteste pga. fare bør for øvrig også gjelde i døgninstitusjon.

Vi vil også foreslå at adgangen til testing omfatter anabole steroider, da en jevnlig ser slik bruk hos pasienter og det kan være av stor betydning for forsvarlig helsehjelp. Pkt. 2 kan da formuleres slik: "*det foreligger mistanke om aktiv bruk av rusmidler eller anabole steroider*". Bestemmelsens tittel bør endres til: "*Testing for bruk av rusmidler og anabole steroider*".

§ 6-21 Innskrenkning i kontakt med omverdenen

Denne bestemmelsen befinner seg i lovforslagets kap. 6 IV "Særlige grenser for enkelte gjennomføringstiltak". Alle bestemmelsene, bortsett fra denne, presiserer hvorvidt bestemmelsen gjelder i psykisk helsevern og ev. også TSB. Paragraf 6-21 viser imidlertid til at for vedtak gjelder "vilkårene i § 6-20 første ledd nr. 1 og 3 og andre ledd tilsvarende". Virkeområdet for vedtak etter

andre ledd innsnevres da, slik vi forstår det, til innlagte i psykisk helsevern og TSB etter §§ 5-4 - 5-6. Dette fremgår nå på en noe uklar måte, og bør presiseres i § 6-21.

Direktoratet er enig i at retten til innskrenking i kontakt med omverden avgrenses til tvangsinnlagte i psykisk helsevern og TSB. Vi vurderer imidlertid at slikt vedtak også bør kunne treffes overfor de som er innlagt på midlertidig vedtak etter § 9-14 (ikke så i dag ved tvungen observasjon).

Det foreslås at slikt vedtak kun kan treffes når dette skjer *som ledd i et behandlingsforløp og er strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen*, jf. § 6-20 nr. 1 og 3. Inndragning av hensyn til personvern finnes i dag i forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 7 fjerde ledd. I utredningen s. 602 står det at utvalget ikke har hatt grunnlag for å vurdere om en bestemmelse om inndragning av hensyn til personvern også bør gjelde i psykisk helsevern.

Vi er kjent med at dette oppleves som et behov i psykisk helsevern. Personer kan ta bilder av (ikke samtykkekompetente) medpasienter og legge ut i sosiale medier. Det har også forekommet at det tas bilder av helsepersonell som deretter brukes til trusler eller uthengning i sosiale medier. I mangel av en hjemmel, har direktoratet tolket inn en mulighet til inndragning av mobil av personvern hensyn i husordensregler. Se rundskrivet til psykisk helsevernloven, kommentarer til § 4-5 tredje ledd: "Etter direktoratets vurdering må mobiltelefon, ipad o.l. med kamerafunksjon kunne inndras dersom husordensreglementet og hensynet til medpasienters personvern ikke respekteres (...)" I NOU 2019: 10 Åpenhet i grenseland s. 131 kritiseres fortolkningen. Der uttales at institusjonenes eierrådighet ikke gir tilstrekkelig hjemmel for den innskrenkningen som Helsedirektoratet har gjort.

Vi foreslår at personvern som begrunnelse for inndragning videreføres og tas inn i bestemmelsen.

Andre ledd bør skrives fullt ut, ikke bare referere til § 6-20.

I tillegg bør det beskrives som i dag, at en kan innskrenke retten til kommunikasjon dersom sterke hensyn til pårørende gjør dette nødvendig. Se ordlyd i gjeldende phvl. § 4-5 andre ledd.

§ 6-22 Samtykke til tiltak etter §§ 6-20 og 6-21

Det foreslås at personen kan samtykke til rusmiddeltesting og innskrenking i kontakt med omverden. De skriftlige samtykkene skal sendes fylkesmannen.

Helsedirektoratet støtter bestemmelsen. Vi mener imidlertid at det er unødig ressursbruk å sende disse samtykkene til fylkesmannen for kontroll, jf. ønske om å bruke ressursene der det er viktigst.

V Forhåndssamtykke til tvang i særlige tilfeller m.m.

§ 6-23 Forhåndssamtykke til tvang i behandling av psykiske lidelser med legemidler

Utvalget foreslår adgang til å basere legemiddelbehandling på grunnlag av forhåndssamtykke til tvang. Det er en forutsetning at vedkommende allerede bruker legemiddelet det er snakk om.

Helsedirektoratet støtter forslaget. Vi mener imidlertid at forhåndssamtykket også må kunne gjelde legemiddel som vedkommende "har brukt", dvs. et legemiddel som pasienten for øyeblikket ikke bruker, men som vedkommende kjenner til fra tidligere bruk.

§ 6-25 Adgang til vilkårsstilling ved tildeling av institusjonsplass m.m.

Utvalget foreslår at det skal være adgang til å stille vilkår som er saklige og forholdsmessige når tildeling av plass i institusjon skjer etter personens eget samtykke. Samtykke må skje senest ved starten av oppholdet.

Helsedirektoratet støtter forslaget, men foreslår at kravene til vilkårene må suppleres med et krav om at vilkårene er faglig forankrede.

Vi savner også eksempler på hva slike saklige og forholdsmessige vilkår kan være, ev. ikke være. Hverken lovtekst eller kommentarene i utredningen pkt. 25.10.3 berører dette. Slik bestemmelsen er utformet gir den lite ut over det som allerede følger av ulovfestet rett.

3.7 [Kapittel 7 Rettighetsbegrensende tiltak og tvang i institusjon eller bolig av hensyn til fellesskapsinteresser \(NOU kapittel 26\)](#)

§ 7-2 Rutinekontroll i institusjon for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m.

Utvalget foreslår en adgang til rutinekontroll for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m. Kontrollen omfatter eiendeler og kroppsvisitasjon uten avkledning. Kroppsvisitasjon skal utføres av en av samme kjønn. Kontrollen kan gjennomføres overfor alle, inkludert ansatte og besøkende.

Andre ledd: Vi er kritiske til at rutinekontroll skal praktiseres likt overfor alle. Vi mener at det er unødvendig ressursbruk og mistenkeliggjøring å kontrollere ansatte og kontrollinstanser. For ansatte er det rutiner for å innhente politiattester og gjennomføre bakgrunns- og referansesjekk ved ansettelse. Videre mener vi det kan være uforholdsmessig å kontrollere alle pasienter like intenst.

Fjerde ledd andre punktum: Forslaget om at kroppsvisitasjon skal foretas av en person av samme kjønn som den som skal kontrolleres, er likelydende med gjeldende forskrift om rettigheter og bruk av tvang i rusinstitusjon § 8 tredje ledd siste punktum. Tilbakemeldinger fra både tjenester og pasienter/brukere har vært at dette er lite fleksibelt og har hatt noen uheldige utslag. Noen foretrekker at kroppsvisitasjon skjer av en person av motsatt kjønn, f.eks. pga. overgrepserfaringer fra en av samme kjønn. Dette ønsket har i enkelte tilfeller blitt avvist på bakgrunn av en bokstavfortolkning av nevnte bestemmelse. Paragraf 7-2 bør utformes slik at den enkelte har rett til å bli kroppsvisitert av en person av samme kjønn. Samtidig bør regelen være tydelig på at dersom noen heller ønsker å bli kroppsvisitert av en person av *motsatt kjønn*, skal dette ønsket innfris. Den samme problemstillingen gjør seg gjeldende for § 7-3 tredje ledd andre punktum.

Det bør vurderes om anabole steroider bør nevnes eksplisitt i oppregningene av stoffer som kan begrunne tiltak etter §§ 7-2 – 7-4.

§ 7-3 Kontroll for å hindre innførsel av farlige gjenstander m.m. etter mistanke

Det kan treffes vedtak om undersøkelse av rom, eiendeler, post eller pakker, samt kroppsvisitasjon, uten personens samtykke ved begrunnet mistanke om innførsel av rusmidler mv. Det er krav om at tillitsskapende tiltak er prøvd først, og tiltaket må ikke være urimelig overfor personen.

Utvalget foreslår at kontroll ikke kan gjennomføres med tvang før det har oppstått en nødsituasjon, jf. kap. 4. Lovproposisjonen bør avklare tjenestens handlingsrom/-alternativer der tjenesten får inn

pasienter som har rett til helsehjelp i institusjonen, men ikke vil la seg kontrollere, og der det heller ikke foreligger en nødsituasjon.

§ 7-6 Samtykke til tiltak etter §§ 7-3 og 7-4

Utvalget foreslår at personen kan samtykke til tiltak for å hindre innførsel av farlige gjenstander mm., og til beslag av farlige gjenstander mm. etter hhv. §§ 7-3 og 7-4.

Hesledirektoratet støtter forslaget. Vi mener imidlertid at det er unødig ressursbruk å sende samtykkene til fylkesmannen for kontroll, jf. ønske om å bruke ressursene der det er viktigst. Se også kommentarer til § 6-22.

3.8 Kapittel 8 Gjennomføring av tiltak (NOU kapittel 27)

§ 8-4 Løpende vurdering av om lovens vilkår er oppfylt

Utvalget foreslår et krav til kontinuerlig vurdering av tiltak og umiddelbar avbrytelse og oppheving av tiltak/vedtak dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt.

Hesledirektoratet støtter en eksplisitt lovfesting av dette - for så vidt selvsagte, men viktige - kravet. Vi synes imidlertid at bestemmelsen er noe bortgjemt, og vil foreslå at den løftes fram foran de mer spesifikke bestemmelsene i §§ 8-2 og 8-3.

§ 8-5 Løpende vurdering av om gjennomføringen er i samsvar med vedtaket

Utvalget foreslår at det fortløpende skal vurderes om gjennomføringen er i samsvar med vedtaket. Eventuell endring er bare tillatt dersom endringen vurderes å være klart mindre inngripende.

Hesledirektoratet støtter forslaget. Vi ser imidlertid en viss risiko for at faglig ansvarlig, av ressurshensyn, i vedtaket vil beskrive "mest inngripende" gjennomføringsform, for å slippe å fatte nytt vedtak dersom gjennomføringen skulle bli mer inngripende enn først antatt. Vi ser at et krav om nytt vedtak vil styrke rettssikkerheten, men at det samtidig kan oppleves som svært byråkratisk.

§ 8-7 Bistandsplikt for politiet og annen offentlig myndighet

Annet ledd: Bestemmelsen viderefører phvl. § 3-6 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-4, og presiserer politiets bistandsplikt når det er nødvendig ved gjennomføringen av tiltak etter loven.

Hesledirektoratet støtter bestemmelsen.

Direktoratet har merket seg at lovutkastet åpner for bruk av tvangsmidler utenfor institusjon i nødsituasjoner (kap. 4). De senere årene har politiet gitt uttrykk for at de anvendes for ofte til transport av psykisk syke. Vi er bekymret for at endringsforslagene kan brukes som et argument for mindre politibistand i slike saker. Etter direktoratets syn er det viktig at politiet fortsatt bistår ved behov for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon. Helsepersonell er hverken trent eller egnet til å håndtere fysisk makt utenfor institusjon. Politiets nærvær kan i enkelte sammenhenger også roe

situasjonen uten bruk av makt. Vi er også kjent med at helsepersonell etter nærpoltireformen opplever det som tidvis vanskelig å få tak i politiet når dette vurderes nødvendig.

3.9 Kapittel 9 Saksbehandlingen i første instans (NOU kapittel 28)

I Vedtaks- og beslutningsansvarlig

§ 9-1 Vedtaksansvarlig

I første ledd er vedtaksansvaret for kommunale tiltak som har pleie- og omsorgsformål, lagt til den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten i kommunen.

Helsedirektoratet mener at vedtaksmyndigheten er lagt på et for høyt nivå. Forslaget gir inntrykk av at det flyttes fra ansvarlig sykepleier i sykehjem til kommunalsjefsnivå e.l. Det er uhensiktsmessig at myndigheten flyttes bort fra den som kjenner pasienten og som har ansvar for å gjennomføre tillitsskapende tiltak – og som derfor også har best forutsetning for å vurdere om vilkårene er oppfylt. Til sammenligning er vedtaksmyndigheten ved medisinsk behandling, fortsatt lagt til behandlende lege og ikke til kommuneoverlege. Den foreslåtte plasseringen av vedtaksansvaret, henger også dårlig sammen med kravet om at den vedtaksansvarlige alltid skal ha møtt personen det gjelder før det fattes vedtak, ev. gjennomført personlig undersøkelse, jf. § 9-4.

Vi antar forslaget har til hensikt å knytte vedtaksansvar og budsjettansvar i kommunen tettere sammen. Virkeligheten er nok imidlertid oftere at ressurser blir allokert internt i institusjonen.

Vedtaksansvaret må etter vårt syn ikke løftes høyere enn til den som har det overordnede faglige ansvaret i institusjonen, f.eks. i sykehjemmet. Vi mener imidlertid at det gjerne kan innføres krav om oppnevning av en overordnet ansvarlig for tvang i kommunen, som skal følge med på bruken av tvang og som har myndighet til å iverksette strukturelle tiltak og allokere ressurser.

Fjerde ledd andre punktum: Det foreslås at den vedtaksansvarlige skal ha dokumenterte kunnskaper om helse- og omsorgslovgivningen, særlig tvangsbegrensningsloven. Vi støtter forslaget, og foreslår opplæringspakker og obligatoriske kurs, se foran under høringssvarets pkt. 2.2. Opplæring må repeteres jevnlig, da regler endres og fortolkes og det er stor utskiftning av behandlere. Kravet må også gjelde for engasjementer, sommervikarer etc., herunder utenlandsk personale. Samtidig må helseforetak og kommuner styrkes med helserettlig kompetanse. Dette er en mangel i dag.

II Saksforberedelsen

§ 9-4 Forsvarlige saksforberedelse

Bestemmelsen inneholder krav til forsvarlig saksforberedelse, herunder at vedtaks- eller beslutningsansvarlig alltid skal ha møtt personen, og der det følger av forsvarlig praksis, ha gjennomført personlig undersøkelse av vedkommende.

Helsedirektoratet støtter i all hovedsak bestemmelsen. Vi mener imidlertid at kravet om personlig møte ikke er nødvendig eller hensiktsmessig for vedtak om gjennomføring av uavhengig (tvungen) legeundersøkelse, jf. forslagets § 9-8 andre ledd.

§ 9-5 Rett til medvirkning og til å få uttale seg

Utvalget foreslår at personen skal få tilbud om å medvirke og uttale seg etter å ha fått informasjon. Tilbudet skal, så langt mulig, også gis til den som kan utøve rettigheter som nærmeste pårørende.

Helsedirektoratet minner om begrensningen i § 3-4 hva gjelder personens rett til å nekte nærmeste pårørende å utøve rettigheter. Paragraf 9-5 andre ledd bør ha en referanse til § 3-4, slik at en ikke får overtredelser av § 3-4 fordi vedtaksansvarlig ikke er oppmerksom på denne bestemmelsen. Dette illustrer for øvrig vårt synspunkt om at pårørendes rettigheter er fragmentarisk og uoversiktlig regulert i loven. Se kommentarene til §§ 3-3 og 3-4.

§ 9-6 Samråd med annet kvalifisert personell

Utvalget foreslår at vedtak og beslutninger etter kap. 5, 6 og 7 bare kan treffes etter samråd med annet kvalifisert personell.

Vi savner en tydeliggjøring av hvem som skal anses som "annet kvalifisert personell" og hva som ligger i "samråd". For å konstatere hvem som vil være den rette til å samråde seg med, dvs. hvem som er "kvalifisert personell", må det presiseres hva samrådet skal bestå i: Hva skal det personalet som blir konsultert uttale seg om og hvilke krav stilles til vedkommendes vurderinger?

Skal den som det søkes råd hos, selv fylle kravene til en vedtaksansvarlig for det aktuelle tiltaket, f.eks. lege der det dreier seg om legemiddelbehandling? Eller er det tilstrekkelig at vedkommende kan bidra til å opplyse saken, f.eks. pleiepersonell som kjenner pasientens preferanser, vaner ol.?

Det fremgår av de spesielle merknadene at særreglene om samråd i §§ 6-10 nr. 7 og 6-13 nr. 3 går foran § 9-6. Dette bør komme eksplisitt til uttrykk i § 9-6 første ledd.

§ 9-7 Bistandsplikt for spesialisthelsetjenesten før det treffes vedtak

Utvalget foreslår at spesialisthelsetjenesten skal ha plikt til å bistå kommuner som vurderer å treffe vedtak etter §§ 6-5, 6-8 eller 6-9 som ledd i tiltak med pleie- og omsorgsformål overfor personer med store formidlingsvansker. Forslaget innebærer en sterk reduksjon i spesialisthelsetjenestens bistandsplikt overfor personer med psykisk utviklingshemming sammenlignet med i dag.

Helsedirektoratet er spørrende til avgrensningen til saker der personen har "store formidlingsproblemer", da mange personer med f.eks. utviklingshemming kan framstå som relativt verbale og samtidig ha begrenset innsikt i egne utfordringer og underliggende årsaker, og ha vanskeligheter med å redegjøre for dette. Vi er bekymret for hvilke konsekvenser avgrensningen kan få for utredning av årsaken til atferden som gjør tvang nødvendig, og – som følge av dette – kartlegging av andre løsninger og alternativer til tvang. Dette er et område med potensiale for svikt både i kommunen¹¹ og i spesialisthelsetjenesten¹². Sammenholdt med reduksjon i lovkravene til kompetanse i kommunen, kan det få alvorlige konsekvenser for en del av tjenestemottakerne.

¹¹ Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017 - Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, IS-2755)

¹² [Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten - utfordrende oppgaver med begrensede ressurser. Sluttrapport fra prosjektet «Nasjonal kartlegging av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten» \(2018\)](#)

Vi mener derfor det bør inntas et tydelig krav i § 6-5 om at det ikke kan fattes vedtak om tiltak som personen motsetter seg, uten at det er gjort en forsvarlig utredning av årsaken til den problematiske atferden, og en plikt for spesialisthelsetjenesten til å bistå i dette arbeidet. I alle fall må dette gjelde ved vurdering av særlig inngripende tiltak. Se våre kommenter § 4-3.

§ 9-8 Uavhengig legeundersøkelse

Bestemmelsen inneholder saksbehandlingsregler for uavhengig legeundersøkelse ved tvungen innleggelse eller tilbakehold i institusjon eller TSB. Det foreslås at vedtak om tvungen undersøkelse kan treffes av kommunelegen ved "begrunnet mistanke" om at lovens vilkår er oppfylt.

Helsedirektoratet etterlyser en nærmere beskrivelse av terskelen for begrunnet mistanke. Skal det forstås som noe mindre enn "klart sannsynlig", jf. § 9-9? Se for øvrig kommentar til § 9-9.

Det bør også avklares i lovproposisjonen hvorvidt kommunelegens vedtak er å anse som helsehjelp eller om dette er en forvaltningsoppgave. Det blir bestemmende for journalføringsplikt, oppfølgingsplikt mm. Direktoratet vurderte i fortolkning av [19.9.2018](#), at kommunelegens vedtak om tvungen legeundersøkelse, jf. phvl. § 3-1, ikke er å anse som helsehjelp, jf. hpl. § 3 tredje ledd.

§ 9-9 Beviskrav

Utvalget foreslår en egen beviskravregel. Det må finnes "klart sannsynlig" at lovens vilkår er oppfylt, med mindre annet fremgår av andre bestemmelser. Beviskravet er lavere enn i strafferetten, men det samlede bevisbildet må tydelig peke i retning av at det enkelte vilkår er oppfylt.

Vi støtter forslaget til en generell beviskravbestemmelse, og at beviskravet er "klart sannsynlig". Det er viktig at forståelsen av beviskravet fremgår tydelig av merknadene i lovproposisjonen.

Vi har merket oss at det i § 6-10 nr. 5 første punktum opereres med beviskravet "stor sannsynlighet" for at behandling skal "hindre eller begrense vesentlig helseskade". Det er uklart for oss om det er en forskjell mellom "stor sannsynlighet" og "klart sannsynlig", og hva den består i. Vi mener uansett at det ville være vanskelig å formidle nyansene til tjenesten.

Loven oppstiller nå mange unntak fra hovedregel om beviskravet "stor sannsynlighet": Se f.eks. "åpenbart" (pbrl. § 4-3 andre ledd), "klart" (§ 9-9), "alminnelig sannsynlighetsovervekt" (§ 6-10 første ledd nr. 5 andre punktum) og "sannsynlig" (§ 9-14).

Vi mener departementet bør vurdere om de ovennevnte beviskrav kan endres til to beviskrav; "alminnelig sannsynlighetsovervekt" og "stor sannsynlighet".

§ 9-10 Nytt vedtak og forlengelse av vedtak

Det foreslås at det kan fattes nytt vedtak eller vedtak om forlengelse av eksisterende vedtak dersom det er behov for å fortsett det aktuelle tiltaket. Det tosporede systemet henger sammen med de prosessuelle konsekvensene for domstolsprøving, f.eks. typisk ved vedtak om legemiddelbehandling som har en maks lengde på tre måneder. Disse vil i praksis bare nå fram til domstolsbehandling dersom de er gjenstand for forlengelse, pga. den tiden domstolsbehandling tar.

Vi støtter forslaget, men det må komme frem av bestemmelsen når det skal velges forlengelse eller nytt vedtak, og det bør presiseres at muligheten til forlengelse bare gjelder der tiltak/vedtak følger "kant-i-kant". Valget vil også kunne påvirke tvangsstatistikken.

Vi ser også at det kan være behov for en klargjøring av forholdet mellom § 9-10 og § 11-4 om søknad til nemnda om forlengelse av vedtak, f.eks. i form av en referanse fra § 9-10 til § 11-4.

§ 9-11 Vedtak om oppheving av vedtak

Det foreslås at det må treffes særskilt vedtak om oppheving av vedtak etter "kapitlet her".

Helsedirektoratet antar at det ikke aktivt skal fattes vedtak dersom vedtak bare utløper, f.eks. når et vedtak om legemiddelbehandling etter § 6-10 utløper etter tre måneder. Videre antar vi at de samme saksbehandlingsreglene er tenkt å gjelde her, som for andre vedtak etter loven, bl.a. krav til saksforberedelse, utforming av vedtak og underretning og klage.

Vi kan støtte bestemmelsen for de mest inngripende tiltakene, som f.eks. tilbakeholdelse i institusjon, hvor det også betyr mest for pårørende å bli orientert om endret status (samme som etter gjeldende regelverk). Vi er imidlertid bekymret for at innføring av et slikt krav for alle typer vedtak, vil føre til økt byråkratisering i helsetjenesten, uten å styrke rettsikkerheten nevneverdig.

III Vedtaket

§ 9-12 Samlevedtak

Helsedirektoratet ser at det kan være fordeler ved samlevedtak, men det kan vanskeliggjøre bruk av maler og rapportering av tvang. Det vil øke faren for at vedtaket ikke behandler alle lovens vilkår eller ikke gir tilstrekkelig begrunnelse for de ulike vedtakene som inngår i samlevedtaket. Vi vil fraråde denne muligheten.

§ 9-14 Midlertidig vedtak ved tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold

Vi støtter forslaget om kortere observasjonstid (syv + fem dager) sammenlignet med observasjonstiden etter gjeldende rett (ti + ti dager).

9-15 Krav til hva som skal nedtegnes etter tiltak i enkeltstående nødssituasjoner

Bestemmelsen stiller en rekke krav til hva som skal nedtegnes, bl.a. at beslutning og gjennomføring av tiltak i nødssituasjon skal nedtegnes straks.

Vi mener at en del av punktene vil være vanskelig å ha noen kunnskap om i umiddelbar forbindelse med beslutning og gjennomføring. Ofte vil det f.eks. ikke være realistisk å få personens eller pårørendes syn i en akutt nødssituasjon.

Pkt 4: Vi mener det er tilstrekkelig at faglig ansvarlig for vedtaket oppgis, se pkt. 3. Det kan være flere personer som har vært involvert. Vi stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle navn fremgår av vedtaket. Det kan også medføre økt voldsrisiko, hvis personalet oppgis med fullt navn.

Pkt. 7: Informasjonen om varighet av tiltaket vil ikke kunne fremgå av beslutning før tiltaket er over, f.eks. ved bruk av mekaniske tvangsmidler, som i noen tilfeller ikke vil være avsluttet før etter dager/uker. Det vil da være mer hensiktsmessig at varighet og gjennomføring fremgår av pasientjournal, men ikke av selve beslutningen.

Pkt. 9 bør nyanseres til "der det er mulig" (med mindre en sikter til personens syn avgitt i en etterfølgende evaluering). Se kommentarer til § 4-9.

Pkt. 10 bør utgå. Se kommentarer til § 4-9.

Flere av punktene kunne også med fordel ha vært slått sammen da de er til dels overlappende, f.eks. pkt. 3 og 4, 5 og 6, og 5 og 8.

§ 9-16 Generelle krav til vedtak

Helsedirektoratet mener at det legges opp til en omfattende vedtaksprosess som blir for tidkrevende og omstendelig i en klinisk hverdag. Det kan medføre en risiko for at det ikke fattes vedtak der det burde ha vært gjort det, dvs. at tiltaket gjennomføres uten vedtak eller at en bryter loven som følge av at det blir for komplisert å forholde seg til alle punktene.

Som for § 9-15 kunne flere av punktene med fordel ha vært slått sammen da de er til dels overlappende, som pkt. 5 og 7, samt pkt. 5 og 8.

§ 9-17 Særlige krav for enkelte typer av vedtak

Helsedirektoratet mener at kryssreferanser og henvisninger gjør denne paragrafen svært utilgjengelig. Det er også flere av punktene som fremstår som unødvendige da de ligger implisitt i vedtaket, som f.eks. når og hvordan institusjonen vil vurdere om behandlingen virker etter hensikten og hvorfor medikamentell behandling ikke kan gjennomføres frivillig.

IV Særlige krav ved samtykke til enkelte tiltak og forhåndssamtykke til tvang

§ 9-20 Særlige krav til samtykkedokumentet ved enkelte tiltak

I stedet for å referere til §§ 6-22 og 7-6 som i sin tur refererer tilbake til andre paragrafer, kan det være pedagogisk å oppstille en punktliste over hvilke tiltak § 9-20 gjelder.

§ 9-21 Særlige krav til dokument om forhåndssamtykke til bruk av tvang

Det bør tydeliggjøres i lovteksten at det skal informeres om frist for å trekke samtykket tilbake, se f.eks. § 5-3 femte ledd som sier at fornyelse av samtykket kan trekkes tilbake innen 24 timer.

3.10 Kapittel 10 Kontrollinstansene (NOU kapittel 28)

§ 10-1 Formålet med fylkesmannens og tvangsbegrensningsnemndenes virksomhet

Formålet med fylkesmennenes og nemndenes virksomhet bør avspeile formålet med tvangsbegrensningsloven iht. til våre forslag vedr. tittel og formålsbestemmelse. Bl.a. bør ordlyden i § 10-1 nr. 1 endres til "*begrense og sikre riktig bruk av tvang*". Vi viser også til forslag i høringssvarets pkt. 1.5, om at betegnelsen på nemnda endres til *tvangsklagenemnd, ev. tvangsreguleringsnemnd*.

§ 10-2 Fylkesmannens oppgaver

Vi støtter foreslått arbeidsdeling mellom nemnda og fylkesmannen. Det er positivt at nemnda tar alle klagesaker, herunder klage på tvangsmedisinering som i dag ligger til fylkesmannen. Av hensyn til brukervennlighet for pasient, pårørende og tjenestene, vil vi anbefale at nemnda også tar det antatt begrensede antall klager på beslutninger nevnt i forslaget § 12-5 første ledd, jf. 10-2 nr. 5

Når det gjelder klagebehandling av tvangsmedisinering, har Sivilombudsmannen i de senere årene kritisert fylkesmannens klagebehandling. Vi synes det er positivt at pasientens rettsikkerhet nå foreslås styrket ved at pasienten gis rett til en uavhengig psykiatrifaglig overprøving i klagesak, jf. § 12-10, og ved at nemnda ved behov kan oppnevne sakkyndig som har kunnskap om "behandling med antipsykotiske legemidler", jf. § 10-2 nr. 6.

Dokumentkontroll

Helsedirektoratet støtter at fylkesmannen, og ikke tvangsbegrensningsnemnda, skal foreta dokumentkontroll av vedtak og beslutninger, jf. § 10-2. I psykisk helsevern er det i dag kontrollkommisjonen som foretar dokumentkontroll av vedtak om tvungen observasjon, tvungent vern og kap. 4-vedtak. Phvl. kap. 4-vedtakene er delvis inntatt i papirbaserte "tvangsprotokoller". Det varierer hvordan kommisjonene får vedtakene forelagt for kontroll. Enkelte har fått PC fra institusjonen med direkte tilgang til EPJ. Andre kommisjoner ser gjennom papirprotokoller som må suppleres med utskrifter av vedtak fra EPJ, mens andre igjen får tilgang til vedtakene via visning av EPJ på skjerm i institusjonen. Det har vist seg vanskelig å få til en ensrettet og god informasjonsutveksling mellom institusjon og kommisjon og mellom kommisjonens medlemmer.

Det vil være lettere å sikre en trygg og effektiv fremvisning av vedtak for 11 fylkesmannsembeter enn for et stort antall nemnder. Forslaget om nye oppgaver til fylkesmannen, krever utredning av hvordan og i hvilken form personsensitive data kan oversendes, tilgjengeliggjøres og lagres på en slik måte at personvern ivaretas.

På samme måte som kontrollkommisjonen i dag kontrollerer *både* selve vedtaket om tvangsmidler og gjennomføringen, bør det sikres at fylkesmannen får seg forelagt og kontrollerer både beslutning/vedtak og gjennomføring. Ev. bør det fremgå klart av loven at fylkesmannen kun foretar en dokumentkontroll og at tvangsbegrensningsnemnda skal kontrollere gjennomføringen av tvangen.

Registrering av data

Utvalget foreslår at "Departementet skal sørge for at det blir etablert en nasjonal oversikt over tvangsbruk etter loven", jf. § 10-2 andre ledd.

Det er uklart for oss hva som ligger i fylkesmannens oppdrag om å holde oversikt over den totale tvangsbruken og hvordan dette er tenkt avgrenset mot oppgaver knyttet til nasjonal statistikk, styringsdata for helsetjenesten og utlevering av data til forskningsformål. Dette bør klargjøres bedre og ses opp mot den nasjonale tvangsstatistikken som allerede lages.

Pasientjournal er primærkilden for informasjon om tvangsbruk. Det er viktig å jobbe videre med å få på plass ordninger som gjør det mulig å registrere/dokumentere vedtak om tvang på en strukturert måte i journal og i henhold til felles standard (jf. EPJ-standard). Med det som utgangspunkt vil det være mulig å trekke ut informasjon om tvangsbruk til ulike formål, herunder oversikter og aktuelle dokumenter til fylkesmannen. En vil også unngå feil og merarbeid knyttet til siderapporteringer.

En felles tvangslov, med et relativt begrenset antall tvangsvedtak, vil gjøre det enklere for Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse å standardisere registreringen av disse vedtakene. Det finnes pr. i dag en EPJ-standard for alle vedtak etter psykisk helsevernloven. Denne vil da eventuelt kunne revideres til å omfatte alle tvangsvedtak på helse- og omsorgsfeltet. Det er grunn til å tro at dette på sikt vil kunne lette innrapporteringen, og forbedre datakvaliteten.

Helsedirektoratet (NPR og IPLOS) innhenter i dag informasjon om bruk av tvang i psykisk helsevern, TSB, tjenester for psykisk utviklingshemmede og kommunale helse- og omsorgstjenester. Registerdata er bl.a. grunnlag for nasjonale kvalitetsindikatorer og annen statistikk for styringsformål og utleveres også til forskning. Personentydige registerdata gjør det mulig å følge pasienter gjennom ulike tjenester, på tvers av behandlingssteder og over tid. Data kan også kobles mot andre register. Dette gir gode muligheter for utnyttelse av data til statistikk- og forskningsformål. For de delene av tjenesten som dekkes av rapporteringsplikten til NPR/ IPLOS, er derfor vår vurdering at registerdata fortsatt vil være den beste kilden til nasjonale oversikter og indikatorer for å følge med på bruk av tvang i tjenestene. I statistikkammenheng bør derfor oversikter hos fylkesmennene bare være et supplement for områder som ikke dekkes av registerdata.

Oversikt over all tvangsbruk rettet mot en person krever nasjonal løsning

Vedtak om tvang ved enheter i fylkesmannens ansvarsområde kan gjelde personer bosatt andre steder i landet (jf. gjestepasienter). Dersom en skal kunne holde oversikt over den totale mengde tvangstiltak rettet mot en person, vil en derfor være avhengig av en nasjonal løsning med mulighet for kobling av data fra ulike kilder på personnummer/entydig person-id.

Oversikt over reservasjoner, samtykkeerklæringer mv. som en del av kjernejournal.

Det er uklart hvordan fylkesmennenes oversikter over samtykkeerklæringer, reservasjoner mv. skal kunne deles med den som utøver behandlingen. Dette er informasjon som må kunne kobles på en entydig personidentifikator og deles med aktuelle behandlingenheter uavhengig av geografi. Det bør vurderes om dette er informasjon som heller bør være en del av den enkeltes kjernejournal og om fylkesmannens ansvarsområde bør avgrenses til å gjelde dokumentgjennomgang og vurdering av formalia.

§ 10-3 Oppnevning av tvangsbegrensningsnemnder

Første ledd: Helsedirektoratet er skeptiske til at departementet (antagelig delegert til direktoratet) skal oppnevne nemndsmedlemmer. Vervene bør utlyses og aktuelle kandidater intervjues og referansesjekkes lokalt, jf. rundskriv IS-5/2014. Ikke sjelden kan det være vanskelig å finne

kvalifiserte personer som er interesserte i verv, spesielt gjelder dette for legemedlemmet. Dette er etter vårt syn en oppgave som bør gjøres av fylkesmennene pga. deres kjennskap til lokale forhold.

Andre ledd: Vi er enige med utvalget i at dagens kontrollkommisjoner har for svak overbygning. Vi støtter forslaget om at fylkesmannen skal gi nemndene rammer og støtte til drift og saksbehandling, jf. § 10-2 nr. 4. Dette er svært viktig. Det er kritikkverdig at kommisjonene ikke har et saksbehandlingssystem med maler, hvor en kan lagre vedtak og dokumenter på en trygg måte. Direktoratet har tidligere foreslått for departementet at det etableres et slikt system, ideelt sett et system hvor kommisjonens aktivitet og salær kan knyttes sammen. Det vil styrke muligheten for god administrativ og økonomisk oppfølging av kommisjonene. Etter direktoratets syn må dette følges opp snarlig, uavhengig av om lovforslaget følges opp eller ei.

Etter vårt syn må en overordnet administrativt overbygning, suppleres med en forsterket faglig overbygning, som sikrer lik og kvalitetssikret praksis. Det er behov for større ressurser enn det som i dag er avsatt til formålet. Overbygningen bør være faglig uavhengig. En mulighet er å legge ansvaret til sentralenheten for fylkesnemndene eller lage en tilsvarende enhet for tvangsbegrensningsnemndene. Den bør bestå av minst fem årsverk, herunder jurist og lege. Estimert bygger på direktoratets erfaring med oppfølging av kontrollkommisjonene og fylkesmennene.

Et slikt organ kan også mer kompetent og systematisk ivareta personal- og arbeidsrettslige problemstillinger. Dette gjelder f.eks. håndtering av konfliktsituasjoner innad i nemndene, spørsmål om forsikring og erstatning, sikkerhet, samt debriefing etter alvorlige hendelser, som at pasienter begår suicid eller drap etter opphør av tvangsvedtak i klageinstansen.

§ 10-4 Tvangsbegrensningsnemndenes uavhengighet og sammensetning

Hesledirektoratet støtter forslaget om og begrunnelsen for at nemnda skal ha tre medlemmer, og kan settes med fire ved behov. Vi støtter videre at medlemmenes sammenhengende oppnevningstid settes til maksimalt åtte år.

§ 10-5 Tvangsbegrensningsnemndenes oppgaver

Nr. 4: Hesledirektoratet støtter en ordning hvor nemnda foretar velferdskontroll (stedlig tilsyn) i alle institusjoner hvor det utøves tvang. Det er veldig positivt at denne ordningen ikke lenger kun innbefatter psykisk helseverninstitusjoner. Vi er enig i at disse besøkene bør utføres av et organ som også har myndighet i kraft av å være klageorgan.

Etter lovens ordlyd skal det skje tilsyn med "institusjoner og tiltak der det utøves tvang". Det bør komme klarere frem at tvang også utenfor institusjon omfattes av tilsynet. Det er f.eks. viktig at nemnda har stedlig tilsyn hvor personer med utviklingshemming utsettes for tvang i sitt eget hjem.

3.11 Kapittel 11 Obligatorisk kontroll (NOU kapittel 28)

§ 11-1 Høringssak i tvangsbegrensningsnemnda innen 30 dager

Hesledirektoratet støtter forslaget om høringssak i nemnda i de mest inngripende sakene.

Første ledd: Vi synes det er litt uklart om kravet om hørings sak i nemnda også omfatter tvungen legemiddelbehandling etter § 6-10. Dette er inngripende tiltak, spesielt ved tilfeller av langvarig medisinerings ved det som i dag er tvang uten døgnopphold, og bør etter vår mening omfattes av ordningen med hørings sak. Vi ser imidlertid at 30 dager kan være noe kort frist ved legemiddelbehandling, slik utvalget påpeker i utredningen s. 748. Vi foreslår derfor at en slik høring finner sted dersom tvangsmedisineringsvedtak skal fornyes etter tre måneder.

§ 11-3 Den vedtaksansvarliges plikt til å vurdere vedtaket på nytt minst hver tredje måned

Etter direktoratets vurdering bør det være et absolutt krav om *personlig* undersøkelse hver tredje måned. Det bør altså ikke bare henvises til kravet om faglig forsvarlig praksis.

§ 11-4 Krav om forhåndsgodkjenning i tvangsbegrensningsnemnda ved varighet ut over ett år

Første ledd nr. 3: Direktoratet støtter at nemndas årskontroll også skal gjelde tvangsmedisineringsvedtak med varighet ut over ett år.

3.12 Kapittel 12 Klage og omgjøring m.m. (NOU kapittel 28)

§ 12-1 Klagerett

Andre ledd: Forslaget gir ikke offentlig myndighet rett til å klage på opphør av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern og TSB. I dag har offentlig myndighet en slik klagerett etter psykisk helsevernloven. I situasjoner der en legger opp til mindre tvang, bør offentlig myndighet fremdeles ha denne retten.

§ 12-4 Klagefrist ved klage fra nærmeste pårørende

Første ledd: Av pedagogiske grunner foreslår vi at forvaltningslovens klagefrist på tre uker angis eksplisitt i ordlyden.

§ 12-5 Klageinstans m.m.

Første ledd: Av hensyn til klager, kan det være en pedagogisk fordel at første ledd tydelig angir hvilke beslutninger som kan påklages til fylkesmannen.

§ 12-6 Klageinstansens kompetanse

Andre ledd: Vi er tilfreds med utvalgets klargjøring av at nemnda ikke selv kan treffe vedtak om tvang. Dette bør komme tydeligere fram i lovteksten.

§ 12-9 Krav om prøving av gyldigheten av forhåndssamtykke til tvang

Dette er en uklar bestemmelse. Mener en at personen som har samtykket selv skal bestride gyldigheten av samtykket til tvang? Når/i hvilke situasjoner skal vedkommende kunne gjøre det?

§ 12-10 Uavhengig psykiatrifaglig overprøving

Andre ledd: Hvem har ansvar for å informere pasienten om at han/hun kan kreve en uavhengig psykiatrifaglig vurdering årlig? Det bør fremgå av lovbestemmelsen.

3.13 Kapittel 14 Domstolsprøving (NOU kapittel 28)

§ 14-1 Domstolsprøving

Hvilke vedtak skal kunne bringes inn for retten

Helsedirektoratet støtter at det skal gis adgang til domstolsprøving av klagevedtak om tvangsmedisinering og tvangsernæring etter tvisteloven (tvL.) kap. 36. I mange av dagens rettsaker om tvungent psykisk helsevern, er det egentlig tvangsmedisineringen som er det sentrale for pasienten å få prøvet. Halvparten av pasientene som tar ut søksmål, er under tvungent vern uten døgnopphold.¹³

Vi mener at det ikke er nødvendig med søksmålsadgang for klagevedtak om § 6-13. ECT skal ikke kunne benyttes dersom pasienten motsetter seg det, jf. § 6-13 første ledd nr. 1. Ved å klage til tvangsbegrensningsnemnda, motsetter jo pasienten seg tiltaket - slik at det må opphøre. Slike vedtak vil vel dermed aldri nå domstolen.

Det foreslås at også at pålegg om oppmøte etter § 6-18 skal kunne domstolsprøves, jf. § 14-1. Etter vårt syn henger dette vedtaket så tett sammen med vedtak om tiltak etter § 6-5, typisk tvangsmedisinering, jf. 6-10, at en oftest må kunne forene klage/søksmål om vedtakene for hhv. nemnd og domstol, jf. tvL. §§ 15-1 og 15-6. Der en person helt unntaksvis kun ilegges tvungent oppmøte (uten behandling), f.eks. fordi en vil se hvordan tilstanden utvikler seg uten legemiddelbehandling, støtter vi for øvrig at oppmøtevedtaket alene skal kunne bringes inn for domstolen.

Særskilt om søksmål over klagevedtak om tvangsmedisinering og tvangsernæring

Kravet om prioritering og hurtig beramning og avgjørelse av sakene, jf. tvL. 36-5 første og andre ledd og EMK artikkel 5 nr. 4, er viktig. I psykisk helsevernsakene tar det gjennomsnittlig 82 dager (2,7 måneder) fra stevning til domsavsigelse i tingretten.¹⁴ Tvangsmedisineringsvedtak, jf. § 6-10, foreslås å kunne ha varighet inntil tre måneder - tvangsernæring i inntil tre uker, jf. § 6-12. Det bør presiseres i lovteksten at dersom tvangsmedisineringsvedtak og tvangsernæringsvedtak forlenges uten avbrudd, jf. § 9-10, skal en ikke kreve ny klagebehandling i nemnda og avvise saken etter tvL. 36-1 (2). Hvis ikke dette presiseres, vil rettslig prøving i realiteten ofte ikke være aktuelt, fordi saken gjennomgående ikke vil rekke å bli berammet i tingretten før vedtaket har opphørt.

¹³ ¹²Helsedirektoratets [Rapport om kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2015](#) kap. 4.4.6.

Hvem som skal ha søksmålsadgang

Det bør fremgå av § 14-1 at det kun er klagevedtak med slutning om at tvangen skal vedvare, som kan bringes til domstolene etter tvl. kap. 36. Direktoratet har fått henvendelser fra fengsel, politi og pårørende som lurer på om klagevedtak med slutning om at tvangen *skal opphøre*, kan bringes inn for domstolene etter tvl. kap 36. Det kan de som kjent ikke etter gjeldende rett, og de bør heller ikke kunne det etter vårt syn. Spørsmålet blir nok ikke mindre aktuelt med tvangsbegrensingsloven, så dette bør avklares og presiseres i lovteksten.

Søksmålsfrist

Etter vår mening bør søksmålsfristen i § 14-1 andre ledd være seks måneder og sammenfallende med karantenetiden for ny klage til tvangsbegrensingsnemnda i § 12-7, og ikke to måneder som foreslått. Det er som kjent ikke en slik frist i dag, uten at dette har vist seg å være et problem i psykisk helsevernssakene. Noen personer kan i perioder være veldig dårlige og ute av stand til å ta ut søksmål, og det vil da fremstå urimelig om de i perioden mellom to og seks måneder etter klagebehandlingen i nemnda verken kan ta ut søksmål eller klage på ny til nemnda.

Opphevelse av helsepersonells taushetsplikt

Taushetsplikten er en utfordring ved innhenting av dokumenter og vitnemål i rettssaker.

I søksmål om overprøving av tvungent psykisk helsevern, er det behov for en klar hjemmel for å fritta spesielt faglig ansvarlig for taushetsplikten i forbindelse med vitneforklaring. Tidvis kan en oppleve at saksøker irrasjonelt ønsker å avskjære faglig ansvarliges forklaring ved å nekte å fritta vedkommende fra taushetsplikt. Dette ville vanskeliggjøre en reell overprøving fra domstolens side. Situasjonen i dag er derfor at en legger til grunn en presumsjon for at pasienten, ved å anlegge søksmål, har fritatt faglig ansvarlig for taushetsplikt.

En annen problemstilling, som ikke direkte er knyttet til søksmål, er at helsepersonells taushetsplikt kan hindre dem i å ta kontakt med politiet for å innhente opplysninger i forbindelse med voldsrisikovurderinger. Det kan både være for å bekrefte og avkrefte voldsrisiko. Der pasienten ikke ønsker å gi samtykke eller ikke evner å avgi et gyldig samtykke om dette, vil helsepersonell kunne stå uten hjemmel til å kontakte politiet. Dette blir enda mer aktuelt nå som det gjøres store rettslige skiller mellom personer som vurderes å utgjøre en fare for andre og de som ikke gjør det.

3.14 Kapittel 17 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover

3.14.1 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (NOU kapittel 20)

§ 4-3 Hvem som har beslutningskompetanse

Utvalget foreslår at begrepet "beslutningskompetanse" erstatter begrepet "samtykkekompetanse", for tydeligere å uttrykke at en person som utgangspunkt har rett til å nekte, så vel som samtykke til helsehjelp. Utvalget foreslår videre at de såkalte patologiske vilkårene (senil demens, psykisk utviklingshemming og fysiske og psykiske forstyrrelser) for manglende beslutningskompetanse faller bort og at det strenge beviskravet for ("åpenbart") opprettholdes. Utvalget vil (i motsetning til Paulsrud-utvalget, NOU 2011: 9) ikke lovfeste de vanlig brukte momentene i vurdering av manglende

beslutningskompetanse, pga. stor variasjonen i vurderingssituasjoner knyttet til kompetansevurderingen hos personer med ulike lidelser og den rettsutviklingen som for tiden pågår på området.

HelseDirektoratet støtter utvalgets vurderinger og forslag på disse punktene.

Helt eller delvis bortfall

Utvalget foreslår å videreføre formuleringen "kan bortfalle helt eller delvis" fra pbrl. § 4-3. Direktoratet erfarer at dette er en uklar formulering. Vi forstår det slik at formuleringen sikter til at en person kan være beslutningskompetent i visse forhold, men ikke i andre. Tidvis ser vi imidlertid at formuleringen oppfattes dithen at beslutningskompetansen kan bortfalle mer eller mindre (helt eller delvis) for ett og samme forhold. Formuleringen "helt eller delvis" bør derfor tas bort. Det kan i stedet være hensiktsmessig å tydeliggjøre at beslutningskompetansen må vurderes *konkret* for hvert enkelt forhold. Se formuleringsforslag under "Beviskravet" nedenfor.

Beviskravet

Utvalget foreslår at det strenge beviskravet - "åpenbart" - opprettholdes, men det fremgår av utredningen pkt. 21.3.5.1 at dersom det å nekte behandling gir store negative konsekvenser, skal det mindre til for å bli vurdert som ikke kompetent. Vi er enig i at det bør være slik, men dette må i så fall presiseres i lovtekst og ikke bare i rundskriv. Her er vi i legalitetsprinsippets kjerne, og dette bør derfor fremgå av lovteksten direkte, gjerne i en ny siste setning i § 4-3 andre ledd.

Når det gjelder beviskravet "åpenbart" viser vi til våre kommentarer til § 9-9 ovenfor, hvor vi foreslår "stor sannsynlighet" brukt gjennomgående. Dersom "åpenbart" skal benyttes i tillegg til "stor sannsynlighet", bør det fremgå av lovproposisjonen hva forskjellen er mellom disse to begrepene.

Vi foreslår derfor at pbrl. § 4-3 andre ledd formuleres: *"Beslutningskompetansen kan bortfalle dersom personen åpenbart/ med stor sannsynlighet ikke er i stand til å forstå hva den konkrete beslutningen gjelder, herunder konsekvensene. Dersom beslutningen får store negative konsekvenser for personen, bør det stilles større krav til forståelse enn der beslutningen får mindre alvorlige konsekvenser."*

Fluktuerende kompetanse

Svingende/fluktuerende samtykkekompetanse er en praktisk problemstilling som er lite berørt i forarbeidene til pbrl. § 4-3, og vi er glade for at lovutvalget har behandlet denne problemstillingen (Kap. 21.3.5.2). Særlig merker vi oss at sterk ambivalens er en faktor som *kan* innebære at en ikke evner å ta et valg, noe som er et sentralt moment i vurderingen av beslutningskompetansen, jf. FARV-kriteriene, og spesielt vil være aktuelt i vurderingen av kompetansen hos personer med enkelte psykiske lidelser. Det er ønskelig at temaet uttrykkelig omtales i lovproposisjonen.

Som nevnt i våre kommentarer til § 1-4 andre ledd, er henvisningen til at vurdering av beslutningskompetanse skal skje etter pbrl. § 4-3 andre ledd, svært bortgjemt. Av pedagogiske årsaker er det hensiktsmessig å referere til bestemmelsen i *begge* "morsbestemmelsene" (det er gjort i § 5-4 første ledd nr. 4, men ikke i § 6-5 første ledd nr. 4) og enkelte andre sentrale paragrafer, som § 6-2.

3.14.2 Behov for endring i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (fra 1989) er ikke revidert - hverken som følge av at vi fikk pbrl. kap. 4A eller av helse- og omsorgstjenesteloven i 2012. Forskriften har

bestemmelser som i dag framstår som uklare og forvirrende, noe som ikke blir mindre ved en ny tvangsbegrensingslov. Paragraf 3-3 i forskriften sier at det ikke er hjemmel for å bruke tvangstiltak i boformen, men at beskyttelsestiltak ved behov kan benyttes for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere. Paragraf 4-7 omtaler skjermede enheter for demente. Hvilken form for skjerming det siktes til framstår i dag som uklart. Dessuten er begrepet "skjermet enhet" mange steder ikke lenger i bruk, da flertallet av pasienter i sykehjem (84 prosent) har demenssykdom, noe som innebærer at flertallet av plassene derfor bør være tilpasset personer med demens. Denne uklarheten bør ryddes i forbindelse med videre lovarbeid.