

Oppsummering over foreslåtte endringer i tvangsbegrensningsloven i forhold til dagens psykiske helsevernlov

Versjonslogg:

v0.1 – 020919 – Opprinnelig versjon

v0.2 – 090919 – Mindre endringer i formuleringer og oppsett.

Innledning:

Følgende tar for seg utkastet fra Østenstad-utvalget til ny felles tvangslov, og oppfattede endringer i forhold til «Lov om psykisk helsevern». Dokumentet er del av en intern arbeidsprosess med NOU'en, og ikke i en endelig versjon. Det er unngått å komme med formeninger om lovutkastet; dette er forbeholdt en fremtidig høringsuttalelse. Alle bør lese hele NOU'en på egen hånd.

Virkeområde og formål:

Loven skal regulere all bruk av tiltak uten gyldig samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Hovedformålet er å forebygge og begrense bruk av tvang.

Nødsituasjoner/ Nødrett (Kapittel 4):

- Generelt: Presiseringer av nødrett (straffeloven §17) har ikke tidligere vært beskrevet i psykisk helsevernloven, men har likevel vært i utstrakt praktisk anvendelse. Nødrett og nødverge foreslås nå avgrenset innen helse- og omsorgssektoren, og forsøkt uttømmende beskrevet. Situasjoner som vanligvis har utløst tvangsmiddelbruk (fysiske utageringer) betegnes nå som «nødsituasjoner».
- Tvangsmidler (*særlig inngripende tiltak*) (§4-3):
 1. Mekaniske tvangsmidler (skal fases ut over 3 år – «*eventuelt med unntak i sikkerhetspsykiatrien*»),
 2. Skjerming,
 3. Legemidler,
 4. Fysisk nedleggelse,
 5. Tilbakeholding ved akutt selvmordsfare.

Legemidler og fysisk nedleggelse kan kun brukes ved akutt fare for liv og vesentlig helseskade (ikke lenger ved vesentlig materiell skade).

Utvalget anser ikke kortvarig fastholding som særlig inngripende tiltak, og skiller mellom dette og der fastholdingen går over i «fysisk nedleggelse». Kortvarig fastholding vil således omfattes av §4-1, og er mulig også ved akutt og vesentlig materiell skade.

Legemidler: Utenfor institusjon må tiltaket være det absolutt siste. Vi forstår at dette også vil gjelde akutte legevaktsituasjoner/ under transport til sykehus.

- **Tilbakeholding:** Kun ved akutt selvmordsfare (§4-3-5 og §4-8), og kun til vanlige kriterier for tvangsinnleggelse (§5-4) kan vurderes.
Tilbakehold ved fare for andre/ samfunnet er ikke oppført som et særlig inngripende tiltak, og vi finner heller ikke vurderinger rundt dette i avsnitt om øvrig nødverge. Generelt viser utvalget til at terskelen for å gripe inn må være lavere ved nødverge enn nødrett, men viser også flere plasser til at deres sammensetning og mandat har vært begrensende for å gå dypt inn i spørsmålene rundt fare for andre/ grenseoppgangen mellom helse- og justissektoren.
- **Vedtak om tiltak i repeterende nødsituasjoner (§4-10):** Vedtak etter §6-5 bør vurderes ved repeterende nødsituasjoner der planmessighet og helhetlig tenkning er viktig for å redusere samlet bruk av tvang.

Skjerming:

- Spredt over fire paragrafer; §4-5 (skadeavverging), §6-11 (behandling), §6-19 (kortvarig) og §7-5 (hensyn til medpasienter), avhengig av formål.
Ved formål skadeavverging kan dør låses ut fra sikkerhetshensyn, om personen er over 18 år, og ved tilstrekkelig tilsyn.
Krav om at skjermingsrom skal være normalt møblert, så langt dette er forsvarlig ut fra hensynet til *personens sikkerhet* (§8-2).

Tvangsinnleggelse og tilbakehold (Kapittel 5):

- §5-1: Alminnelige vilkår for innleggelse og opphold uten motstand (ikke sannsynlighet for tvangsbruk de neste 10 dager).
- §5-2: Ved innleggelse av ikke-beslutningskompetent person, som ikke motsetter seg, men der det er sannsynlig at motstand vil komme innen 10 dager, kan det fattes en forenklet versjon av vedtak om tvangsinnleggelse (§5-4). Ved vedvarende risiko for motstand, kan vedtaket forlenges med 10 dager av gangen. Det er ikke krav til uavhengig lege. En mulig anvendelse er ved innleggelse av demente personer, som etter dagens lovverk må tas imot på tvang dersom manglende samtykkekompetanse, selv om de ikke viser motstand.
- §5-3: Forhåndssamtykke til tvunget tilbakehold (seg eget avsnitt).
- §5-4: Tvangsinnleggelse: Økt antall kriterier fra 7 til 10, bl.a. kombinasjon av «Sterkt behov» for behandling OG fare for eget liv eller vesentlig helseskade OG ikke beslutningskompetent. Krav om uavhengig lege også ved tvangsinnleggelse innen TSB.
- Begrepet «Tvunget psykisk helsevern» fjernes, foruten ved dom til dette.
- Begrepet «alvorlig sinnslidelse» fjernes som hovedregel, men beholdes for tvangsinnleggelse der person over 16 år, *er til fare for andre* (§5-5). Det er da heller ikke krav til fravær av beslutningskompetanse.

- Begrepet «tvungen observasjon» fjernes, og erstattes av et midlertidig vedtak om tvangsinnleggelse og tvunget tilbakehold (§9-14). Formålet er å avklare om kriterier for tvangsinnleggelse er oppfylte. Varighet reduseres fra inntil 10 dager til 7. Mulighet for forlengelse (ved tungtveiende faglige grunner) fra leder av Tvangsbegrensningnemda i ytterligere 5 dager (redusert fra 10).

Tvangsbehandling (Kapittel 6):

- Det åpnes for behandling med legemidler, når personen mangler beslutningskompetanse, *men ikke motsetter seg, og antas ville ha samtykket* dersom kompetent til det (§6-2 og §6-4-1). For antipsykotiske legemidler er det i tillegg skjerpene krav, inkludert krav om formelt vedtak (§6-4-2).
- Tvangsbehandling av psykiske lidelser med legemidler (§6-10):
Løsrives fra tvungen innleggelse og tilbakehold (iht. kapittel 5), men innbakte tilsvarende kriterier (gjennom §6-5).

Krav til at personen er forsøkt behandlet med annen tilnærming i minimum 1 uke forut (økes fra 5 døgn). Fortsatt mulighet for unntak (umiddelbar iverksettelse) ved fare for vesentlig helseskade.

Preparat og dose må være godkjent for behandling av personens kliniske diagnose; der nåværende lov bruker rundere formulering «preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser».

Krav om «stor sannsynlighet» for effekt (som nå) ved kjente pasienter og derved individuelle vurderinger, men «alminnelig sannsynlighetsovervekt» ved første gangs behandling (nytt).

Krav om skriftlig uttalelse fra lege som er uavhengig av spesialist som fatter vedtaket. Dette er en innskjerping i forhold til nåværende krav om å konferere med annet helsepersonell, men det stilles ikke krav om at uavhengig lege må være spesialist.

Da det ikke lenger er forutsetning om tvunget psykisk helsevern, er det eget ledd som skal forhindre en konvertering fra annen samtykkebasert/ frivillig psykisk helsehjelp som personen mottar nåværende.

- Elektrokonvulsiv behandling (6-13):
Hvor det tidligere ikke vært spesifikk lovgivning (gjort under nødrett); hjemles det nå å behandle med ECT, dersom personen ikke motsetter seg. I tillegg til øvrige krav om tvangsbehandling (§6-5) skal det i løpet av få uker være en alvorlig fare for personens liv (ved unnlatt slik behandling).

Krav om anbefaling fra annen, uavhengig lege, som har undersøkt personen og har erfaring med behandlingsformen.

Vedtaket kan ha varighet inntil 2 uker, og skal avbrytes etter dette dersom personen ikke da samtykker til fortsatt behandling.

Forhåndssamtykke:

- Det er mulighet for å forhåndssamtykke til tvunget tilbakehold på institusjon i inntil 3/ 6 uker (sistnevnte må personen selv ta initiativ til; jfr. «aktivt ønske») (§5-3).
Forhåndssamtykke kan avgis før eller under oppholdet, kan forlenges, og kan innebære innhenting med tvang.

Nåværende analogi, §2-2 i psykisk helsevernloven, må opprettes helt i starten av innleggelse, og kan gjelde maksimalt 3 uker.

- Person som er beslutningskompetent, kan samtykke til å la se tvangsbehandle (ved forverring) med samme legemiddel som vedkommende *allerede bruker* (§6-23). Samtykket kan ha varighet i inntil 3/ 6 måneder (sistnevnte må personen selv ta initiativ til; jfr. «aktivt ønske»), og kan forlenges.

Reservasjonsrett mot behandling med legemidler og elektrokonvulsiv behandling:

- Det innføres rett til å forhånds-reservere seg mot behandling med antipsykotiske legemidler i inntil 10 år (§6-14). Retten kan omhandle enkelte typer, eller samtlige antipsykotiske legemidler. Det er krav om at personen er (blitt) beslutningskompetent, har tidligere vært psykotisk og har blitt behandlet med antipsykotiske legemidler (har personlig erfaring). Retten gjelder ikke i nødsituasjoner, ved fare for andre, ved tungtveiende hensyn til omsorg for barn, eller der personen ikke motsetter seg behandlingen på gjennomføringstidspunktet.
- Tilsvarende innføres det rett til å forhånds—reservere seg mot ECT behandling (§6-15), også i inntil 10 år. Kravene er stort sett sammenfallende som ved reservasjon mot antipsykotiske legemidler, men uten de unntakstilfeller som er gitt der.

Sikkerhet-/Rettspsykiatri (Kapittel 15 og 16):

- Det er sterk antakelse om skrivefeil i overskrift til §15-3, og at denne skulle lydt: «Forholdet til bestemmelsene i kapittel 7»
- Nattelåsing av pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger (§15-7), er angitt å kun gjelde personer innlagt i henhold til §5-5 (i motsetning til «personer innlagt på tvunget psykisk helsevern» i phvl). Vi er usikre på om dette *kan* være skrivefeil, da forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven (§16-2) ekskluderer kapittel 5.
- For øvrig ingen endringer, og sikkerhetspsykiatriske avdelinger vil mest av alt bli påvirket av endrede bestemmelser for nødsituasjoner i kapittel 4.

Øvrig:

Fastsetting av husordensregler og rutinekontroller

- Det lovhjemles adgang til å sette husordensregler (§7-1) og gjennomføre rutinekontroller i institusjoner §7-2), så lenge de ikke innskrenker personers rettigheter etter lov og forskrift, og de kan ikke gjennomføres med tvang. Fylkesmannen må orienteres skriftlig om at slike regler er fastsatt og ved endringer. Noe spesielt er det at ved rutinekontroller; må disse praktiseres likt for alle som skal ha tilgang til institusjonen (formodentlig for å unngå diskriminering).

Pårørendes rolle, herunder informasjon- og klagerett

- Person har rett til å nekte pårørendes rettigheter til informasjon og involvering dersom han er beslutningskompetent i dette konkrete spørsmålet (og kan derved være ikke-beslutningskompetent i andre spørsmål eller helsehjelpen for øvrig). Det er ikke rett til å nekte om personen har omsorg for barn, eller har alvorlig sinnslidelse og utgjør en fare for andre (§3-4).
- Klagefrist for pårørende for avslag om å bruke tvang, og ved oppheving av vedtak om tvang; reduseres til 1 uke (§12-4).

Beslutningskompetanse

- Utvalget bruker manglende «beslutningskompetanse» synonymt med manglende «samtykkekompetanse». Det er etter §3-1 rett til tilpasset informasjon for i størst mulig grad kunne utøve sin beslutningskompetanse og medvirke (beslutningsstøtte). Begrepet samtykke brukes videre bl.a. i sammenhenger der «personen antas å ville ha samtykket».

Tvangsbegrensningsnemder og Fylkesmannens rolle

- Kontrollkommisjonene oppløses og erstattes med geografisk avgrensede Tvangsbegrensningsnemder (TBN); som har som hovedformål å jobbe for redusert bruk av tvang. Det er ikke vesentlige endringer i sammensetningen av medlemmer i forhold til dagens Kontrollkommisjoner.
- Redusert tid til første gjennomgang i TBN; det skal gjennomføres høringssak innen 30 dager iht §11-1. Dette er vesentlig innskjerpende i forhold til dagens gjennomgang ved første 3 måneders kontroll.
- Fylkesmannens oppgaver utvides betydelig, og skal omfatte dokumentkontroll av vedtak, holde oversikt, administrative oppgaver mv. (§10-2). Ved kombinasjon av dokumentkontroll og myndighet, kan Fylkesmannen umiddelbart omgjøre vedtak (også vedrørende tvungen innleggelse og behandling) som inneholder saksfeil, selv der klage ikke foreligger (§12-8, 1. ledd)
- (Helse) Departementet skal sørge for etablering av en nasjonal oversikt over tvangsmiddelbruk.