

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler: Svein Roald Schømer-Olsen
Vår ref.: 1122367 (2019_00756)

Vår dato: 12.12.2019
Deres ref.:

Høringssvar: VS: Høring av NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

Norsk sykepleierforbund (NSF) viser til høring av NOU 2019 – Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

NSF viser til tidligere høringsinnspill hvor vi i utgangspunktet støtter etablering av et samordnet lovverk for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er det flere vilkår og forutsetninger som må til for at en felles lovgivning skal kunne føre til riktig og kvalitetssikret bruk av tvang, samt faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

NSF har i sitt høringssvar valgt å kommentere utvalgets hovedforslag både i et profesjons- og tjenesteperspektiv. Dette innbefatter de ansattes arbeidsmiljø og nødvendigheten av etablerte trygge, forsvarlige og omsorgsfulle tjenestetilbud til pasient, brukere, pårørende. Dessuten andre aktuelle temaer som er sentrale for utøvelse av sykepleie innen de berørte fagfeltene.

Høringssvaret vektlegger både de positive sidene ved lovutkastet samt betraktninger og kommentarer og spørsmål knyttet til utfordringer og forutsetninger som NSF mener må ligge til grunn for å kunne innføre en felles lov.

Oppsummeringen inneholder hovedinnspillene til Norsk Sykepleierforbund. De enkelte punktene er utdypet i dokumentet.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com



Digitalt godkjent av forbundsleder, 16.12.2019 - 10:12:34

<p>OPPSUMMERING</p> <p>NSF mener</p> <ul style="list-style-type: none"> * oppfølging av forslag til et nasjonalt lovverk for bruk av tvang i helsetjenesten vil innebære betydelige ressurskrevende investeringer i tjeneste og kontrollinstanser. Når det gjelder kompetanse, arkitektur, kultur, ledelse, organisering og systemer, både humant og teknologisk * det er helt nødvendig å se hensyn til både pasient og ansatte i sammenheng * at lovgivningen må være tilrettelagt slik at pasienten og samfunnsvernet ivaretas * en forutsetning for å oppfylle intensjonene i ny lovgivning krever tilpassede og økt kapasitet når det gjelder lokaler og behandlingsplasser * at utfasing av mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfrihet innen tre år er urealistisk og uforsvarlig, og at det isteden bør gjennomføres en evaluering innen 5 år før det tas stilling til en endelig utfasing * at det i de somatiske helsetjenestene hvor det brukes tvang ikke er gjennomgått tilstrekkelig av utvalget * bestemmelsene om tvangsbruk i de to lovene som omhandler barn må samordnes, og det må utarbeides felles og mer tilgjengelige klagebestemmelser for barn og unge opp til 18 år * at kompetansekravene i lovutkastet ikke er utdypet godt nok * det bør stilles særlige kompetansekrav til ivaretagelse av grunnleggende behov, praktisering av skjerming og krav til rom som brukes til skjerming og isolasjon * det er nødvendig med sykepleiefaglig kompetanse for å sikre pasientens grunnleggende behov, identifisere funksjonssvekkelse og for at adekvate tiltak kan iverksettes overfor pasienter knyttet til gjennomføring av tvang * at faglig veiledning for de ansatte er en forutsetning for å kunne arbeide med reduksjon og kvalitetssikret bruk av tvang * at andre former for holdegrep kan i samme grad som fysisk nedlegging defineres som tvang * bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål vil kreve særlige forskrifter som kan sikre en forsvarlig praksis da dette berører svært sårbare pasientgrupper * helsepersonell som arbeider innenfor de ulike tjenesteområdene har behov for en tydeliggjøring av et felles tvangsbegrep gjennom forskrifter og faglige retningslinjer * det må legges til rette for utprøving av gode verktøy og metoder for beslutningsstøtte i helse- og omsorgstjenesten * loven skal evalueres og legges frem for Stortinget senest fem år etter at den har trådt i kraft. Stortinget vil da få grunnlag for å vurdere hvorvidt målet om redusert bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er oppfylt 	<p>NSF støtter</p> <ul style="list-style-type: none"> * at fjerning av diagnosenære vilkår bør erstattes med «fravær av beslutningskompetanse og sterkt behov for aktuelle tiltak» * en felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll * en helhetlig og personsentrert tenkning om individet og tilrettelegging for god samhandling i tjenestene * utvalget sin vurdering knyttet til bruk av forhåndssamtykker * flertallets tilråding om å opprettholde en snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser * flertallets tilråding om å opprettholde en snever hjemmel for bruk av ECT uten tvang for å redde liv. * innføring av reservasjonsordninger for antipsykotika og ECT <p>NSF er spørrende</p> <ul style="list-style-type: none"> * til om en ny inntaksmodell i TSB for rusmiddelavhengige vil være riktig * til at lovutvalget utelot gruppen av pasienter som faller inn under smittevernloven <p>KONKLUSJON</p> <p>NSF støtter innføring av et samordnet lovverk for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten under forutsetning av at;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det gjøres nødvendige investeringer for riktig og kvalitetssikret bruk av tvang. • Inkludering og identifisering av tvang gjennomføres innenfor alle områdene i helse- og omsorgstjenestene slik at praksis alltid er forankret i lov. • Utarbeidelse av detaljerte forskrifter. • Tvangsbegrensning kommer ikke nødvendigvis som følge av en ny lov. Det vil kreve særlige tiltak på mange fronter over tid, noe lovutvalget selv påpeker. • Utvikling av gode rapporteringsrutiner og rapporteringssystemer. • Kontroll og oppfølging av tvang i praksis med sanksjonsmuligheter. • Settes av nødvendige ressurser og tid til implementering av det nye lovverket. • Lovtekniske utfordringer må løses som utvalget selv påpeker.
---	--

Utfordringene

Det er omfattende bruk av tvang og makt i helsetjenesten. Det har over år vært et nasjonalt mål å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Til tross for omfattende tiltak, er det fremdeles store variasjoner i tvangsbruken, både mellom de ulike helseforetakene, innen kommuner og ulike tjenesteområder. Mange pasienter og brukere har erfart, og erfarer fortsatt, krenkelser, inngrep og sterke opplevelser av frihetsberøvelse. Særlig inngripende tiltak er tvangsmedisinering av psykiske lidelser, bruk av mekaniske tvangsmidler og bruk av ECT uten



Samtykke. Andre former for tvang vil kunne være institusjonsopphold uten samtykke, tvungen observasjon og holding av ulike årsaker.

Menneskerettighetene og internasjonale konvensjoner gir alle mennesker rett til selvbestemmelse i personlige spørsmål, beskyttelse mot krenkelser, nødvendige helse- og omsorgstjenester og respekt for iboende menneskeverd. Tvang skal ikke være en løsning for alle mennesker som ikke ønsker behandling, eller passer inn i samfunnsnormen. Vi må som samfunn ha raushet og tåle forskjeller. Likevel må vi ha gode kvalitetssikrede tilbud til sårbare mennesker som er i behov av helsehjelp.

Bruk av tvang kan medføre stor skade, ha manglende virkning, og gi dårlige opplevelser med helsetjenestene. Samtidig kan helsepersonells plikt til å redde liv og unngå alvorlig helsesvikt innebære at bruk av tvang kan være nødvendig. I slike tilfeller vil fravær av tvang være skadelig og uhensiktsmessig for pasienten, de pårørende, og for samfunnet.

Kravet om å yte god og nødvendig helsehjelp kan derfor også innebære nødvendigheten av å bruke tvang på en kvalitetssikret måte på lik linje med arbeidet med å begrense bruken. Vi har derfor behov for et lovverk som tar høyde for nytte- og konsekvensetiske prinsipper, hvor rettighetene til personen som får helsehjelp må sees i en sammenheng med andre berørte parter slik at disse også blir ivaretatt.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) har påpekt at særlovgivning innenfor de gitte tjenesteområdene kan være diskriminerende og føre til lettere anvendelse av tvang overfor enkelte grupper. Bestemmelsene i EMK (Den europeiske menneskerettighetskommisjonen) artikkel 5 og CRPD (FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsnivå) artikkel 14 setter strenge vilkår for når frihetsberøvelse kan være tillatt som et ledd i helsehjelp. CRPD artikkel 14 sier videre at funksjonsnedsettelse ikke i seg selv skal kunne danne grunnlag for frihetsberøvelse.

Sykepleiere er den største helsepersonellgruppen i Norge og innehar stillinger i hele helse- og omsorgstjenesten. Det gir oss et betydelig ansvar. Vår yrkesutøvelse er ofte av en slik karakter at den fordrer ivaretagelse av andre i tillegg til personene som mottar helsehjelp, som pårørende og kollegaer. Sykepleiertjenesten organiserer helsehjelpen som gis både utenfor og innenfor institusjon, og arbeider 24 timer/7 dager i uken tett på personene som mottar helsehjelp.

Dette innebærer at sykepleierne både er de som kan være utøvere av bruk av tvang, og være de som skal ivareta pasienter som er underlagt ulike former for tvang. Vi har derfor betydelig kunnskap om pasienters opplevelse og erfaringer med tvang. Tvang kan oppleves omsorgsfull og den kan oppleves som alvorlig inngrep, både for pasient, pårørende og for de ansatte. Utøvelse av tvang, særlig med sterk motstand, må i etterkant være gjenstand for refleksjon, for alle berørte.

Mange sykepleiere beskriver det å være i skvis når det gjelder bruk av makt og tvang. Skvisen handler om utøvelse av forsvarlig, omsorgsfull sykepleie, knyttet til etisk refleksjon og holdninger, på den ene siden, og utøvelse av tvang og makt på den andre. Bruk av makt og tvang oppstår ofte når noe ikke går etter planen. Det kan være mangel på tid, rett kompetanse på rett sted og gode lokaler. I etablering av gode rammer for tjenestene ligger, etter vår mening, utfordringene og mulighetene knyttet til praktisering av riktig tvangsbruk.

Ansvar for å legge til rette for forsvarlig helsehjelp påhviler både de enkelte fagprofesjonene, arbeidsgiverne og myndighetene. For å kunne yte en faglig forsvarlig sykepleie forutsetter det at sentrale rammefaktorer som kompetanse, ledelse, organisering av arbeidet og en hensiktsmessig arkitektonisk utforming av institusjonene er på plass. Disse faktorene er helt sentrale for at sykepleierne skal kunne utøve sitt arbeid i trygge rammer. Vi har derfor behov for et lovverk som i stor grad vektlegger disse faktorene.

Reglene for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten er samlet i fire regelsett. Hver av de fire regelsettene har egne bestemmelser om formål, virkeområder, vilkår for bruk av tvangstiltak, saksbehandling, gjennomføring, klage og tilsyn. De ulike regelsettene har vært begrunnet i ulike målgrupper, fagtradisjoner og kultur. Utvalget mener dagens regelverk fremstår fragmentert, verdimelessig inkonsistent og legger dårlig til rette for helhetstenkning.

NSF mener derfor at det nye lovutkastet med forskrifter og retningslinjer må utformes slik at det sikrer helsehjelp til rett tid til hele spekteret av personer som er i behov av helsehjelp. Dette er nødvendig for at personen ikke blir sykere, og eventuelt blir til fare for seg selv og andre før de får helsehjelp. I dette perspektivet må berørte parter inkluderes slik at pasientens nærmeste ikke påføres store belastninger som igjen kan medføre at de blir utslitte og syke. Det er også viktig å beskytte medpasienter og personalet for å sikre et trygt behandlingsmiljø og en trygg arbeidsplass.



Lovutvalgets mandat

Utvalget ble oppnevnt for å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget skulle etter mandatet blant annet foreslå nødvendige lovendringer for å:

- møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester
- legge til rette for god samhandling i tjenestene
- utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser og eventuelt behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse.

Hva NSF mener burde vært inkludert i mandatet

Smittevern

«Utvalget skriver at det framgår av mandatet at utvalget ikke forventes å gjennomgå og foreslå endringer i tvangsregelen i smittevernloven. Utvalget har av kapasitetsmessige grunner ikke vurdert disse reglene»(s. 52, 2. avsnitt). Flere sykepleiere gir helsehjelp til pasienter som faller inn under denne loven. Dette er en gruppe som øker i antall.

Sykepleierne erfarer at pasienter som må isoleres i smittevernøyemed i stor grad kan oppleve denne formen for tvang som svært belastende med de mulige negative konsekvensene som isolasjon kan ha og føre til. Det er blant annet redusert bevegelsesfrihet, mangel på stimuli, tilsyn fra helsepersonell og økt risiko for depresjon.

Årsaken til at disse pasientene ofte isoleres i dag, er at pasienten er bærere av antibiotika-resistente bakterier. Denne gruppen pasienter er økende i antall og disse situasjoner var lite aktuelle da smittevernloven ble vedtatt, og som den gang ikke kvalifiserte for tvangsisolering i henhold til denne loven. Det er beklagelig at aspektet isolering på grunn av smittefare ikke inngår i utvalgets mandat. Det er underlig når mandatet har vært å skissere *«felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse - og omsorgstjenesten»*.

NSF stiller seg spørrende til at lovutvalget utelot gruppen av pasienter som faller inn under smittevernloven.

Praksisområder hvor bruk av tvang kan finne sted som ikke er inkludert i lovutkastet

I kap. 4 gjennomgås tilstander som tradisjonelt har aktualisert spørsmål om bruk av tvang. Mange sykepleiere arbeider innen praksisfelt hvor bruk av tvang kan finne sted og som ikke blir nevnt her. Per i dag blir disse intervensjonene i de nevnte faglige sammenhenger verken definert eller dokumentert som tvang. Særlig gjelder dette innenfor desomatiske helsetjenestetilbudene.

Eksempler på dette er ulike holdegrep (kortvarig fastholding), sedering av pasienter med medikamenter i beroligende eller bedøvende hensikt, og mekaniske innretninger for å hindre bevegelser. Slike intervensjoner vil kunne defineres som bruk av tvang om det er mangel på beslutningskompetanse og motstand ytes.

Intervensjonene blir benyttet av ulike grunner. Det kan for eksempel være for å få gjennomført en undersøkelse, eller for å forhindre komplikasjoner etter en gjennomført behandling. Sykepleiere melder om sterke negative reaksjoner fra pasientenes side, ikke minst i fra barn. Eksempelvis må mange barn ofte gjennomgå ubehagelige og smertefulle prosedyrer i forbindelse med behandling av ulike sykdommer. Blant annet opplever mange barn å bli holdt med makt under undersøkelse og gjennomføring av helsehjelp, til tross for sterk motstand. Dersom de motsetter seg dette kan det føre til bruk av tvang, ofte i form av ulike holdegrep. Dette foregår ved at enten sykepleier eller foresatte holder barnet fast for å gjennomføre undersøkelsen.

Et annet eksempel kan være intensivpasienter som våkner av narkose mens de ligger intubert og tilkoblet intravenøst. Dette kan pasientene oppleve som smertefullt, slik at de ønsker å rive ut tuben og slanger. For å forhindre alvorlige komplikasjoner som følge av at pasienten kobler seg fra utstyret, må sykepleieren utøve tvang i form av holdegrep eller sedere eller frata pasienten bevisstheten ved hjelp av injeksjon av medikamenter.

Innenfor en rekke av disse fagfeltene brukes det ulike former for intervensjoner som er identiske med ulike former for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Dette kom fram på en konferanse NSF arrangerte med sine ulike faggrupper, Rådet for sykepleietikk og representanter fra ulike brukerorganisasjoner i psykisk helsevern hvor man i utgangspunktet viste til tvangsmiddel- og tvangsbruk i psykisk helsevern. Da fortalte sykepleiere fra ulike andre fagfelt som for eksempel intensivsykepleie, smittevern og barnesykepleie om at det i deres praksis ble det benyttet tilsvarende intervensjoner.



Lovutkastets definisjon av tvang mener NSF er nødvendig å vurdere og drøfte knyttet til om disse intervensjonene er å definere som tvang - og hvilken type tvang det i så fall skal defineres som rent juridisk. Pasientene det gjelder, kan inneha ulike grader av autonomi og beslutningskompetanse. Hvis dette er å betrakte som tvang, må opplæringstiltak og innrapporteringstiltak iverksettes, og kontroll av denne tvangen må innlemmes i kontrollnemdenes mandat.

NSF mener at det praksisfelt innen de somatiske helsetjenestene hvor det brukes tvang, og som ikke er gjennomgått tilstrekkelig av utvalget.

Samfunnsvernet

NSF stiller spørsmål ved om samfunnsvernet er ivarett god nok i forslaget til ny felles lov. Lovutkastet kan leses slik at man tenker at det skal ivaretas av regional sikkerhetsavdeling (RSA) ettersom denne institusjonen holdes utenfor de øvrige forandringene lovutkastet legger opp til. Vår erfaring er at pasientene som kvalifiseres til innleggelse på RSA ikke til enhver tid befinner seg der, men på andre ulike steder i behandlingsnettverket, enten i påvente av innleggelse på en RSA eller i etterkant av en innleggelse.

En nylig rapport i fra akuttpsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus viser at det er en utvikling med flere og mer alvorlige hendelser som medfører skader på personalet og langvarige sykemeldinger. Vi viser også til oppslag i Aftenposten med påfølgende debatt, om vold på sykehjem. En ytterligere gruppe som gjør det nødvendig med et lovverk som ivaretar pasienter, medpasienter og ansatte der de måtte finnes seg (arenavhengig).

NSF mener at lovgivningen må være tilrettelagt slik at pasienten og samfunnsvernet ivaretas i den behandlingmessige konteksten personen måtte finne seg til enhver tid, og ikke være knyttet til et spesifikt tjenestetilbud.

NSF har følgende synspunkter på utvalgets sammendrag og hovedforslag (s.31).

Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

Kompetanse

Når helsehjelp skal gis trengs det god kompetanse og kjennskap til den det gjelder for å vurdere og setter i verk alternativ til tvang. NSF ser at mindre bruk av tvang vil kunne føre til bedre arbeidsmiljø for ansatte, og til et bedre behandlingsmiljø for pasienter. Samtidig er dette avhengig av nok kompetent arbeidskraft og gode rammevilkår for yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

For å sikre riktig regelanvendelse og redusert bruk av tvang ved innføring av en tvangsbegrensningslov, må det følge et obligatorisk kompetansehevingsprogram for personell med ansvar for forebygging, vedtak og gjennomføring. Terapeutisk mestring av aggresjon (TERMA) er et slikt kompetansehevende tiltak som kan vise til reduksjon i bruk av mekanisk tvang, og reduksjon i personalskader relatert til trusler og vold.

NSF mener at kompetansekravet i lovutkastet ikke er utdypet godt nok. Krav til kompetanse må presiseres i forskrifter.

Arbeidsmiljø

NSF mener i utgangspunktet at tvang øker risikoen for vold og trusler mot de ansatte. Vi mener denne tematikken er avgjørende for å sikre et trygt behandlingsmiljø, både for pasienter og ansatte. Fravær av trygghet vil være til hinder for å gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. NSF mener at utvalget har gitt de ansattes arbeidsmiljø svært begrenset oppmerksomhet i arbeidet.

Ansatte i helsesektoren er blant dem som i størst grad er utsatt for vold og trusler i forbindelse med arbeidet. I følge STAMI oppgir nesten 24 prosent av sykepleierne at de det siste året har vært utsatt for vold eller trusler. Innen områder som rus og psykiatri, hjemmetjenesten og akuttmottak må omfanget antas å være større. Det er også sannsynlig at underrapportering er utbredt på arbeidsplasser der vold og trusler forekommer så ofte at det nærmest er å anse som en del av arbeidet.

Arbeidstilsynet skiller mellom to hovedtyper vold og trusler, ut fra hvilken motivasjon som ligger bak. Relasjonell vold og relasjonelle trusler oppstår i situasjoner med opplevd avmaktfølelse, urettferdighet eller frustrasjon. Instrumentell vold og instrumentelle trusler oppstår i situasjoner der den som utøver vold eller fremsetter trusler, gjør det for å oppnå noe



annet, som økonomisk gevinst. Relasjonell vold og relasjonelle trusler representerer en særlig utfordring for ansatte i helse- og sosialsektoren. De ansatte er den sterke og profesjonelle part overfor syke og sårbare pasienter og klienter.

I en undersøkelse blant helsepersonell som arbeider nattevakt på norske sykehjem, kom det fram at de ansatte forventer vold fra pasienter med demenssykdom. Helsepersonell beskriver at de er så vant til volden som utøves, at både de selv og lederne bagatelliserer hendelsene. Det kan også virke som det er en mangel på kommunikasjon om volden. En informant uttrykte det slik: «Man bagatelliserer og bortforklarer handlingene fra demerssyke. Vold er et nærmest ikke-tema de fleste steder.» Kunnskapen helsepersonell har om demens, gjør at atferd tillegges kognitiv svikt; den demenssyke er ikke i stand til å forstå konsekvensene av sine handlinger. På samme måte forklares utagerende atferd blant andre pasientgrupper som uttrykk for angst, frustrasjon og avmakt. Den profesjonelle forventes å forstå dette, og dessuten ha kompetanse til å forebygge situasjoner som resulterer i vold/trusler. En slik tilnærming kan nok gjøre det lettere å akseptere volden, men kan samtidig føre til en bagatellisering. En kulturell struktur der det ikke gis tid og rom for kommunikasjon om hendelser, gir ingen mulighet for læring. En annen forklaring på at det ikke snakkes om voldsepisoder, er opplevelsen av skyld og skam: «Det var sikkert noe jeg gjorde som fikk pasienten til å slå.» Et forskningsprosjekt om helsepersonellens erfaringer med bruk av tvang i sykehjem, avdekker hvor vanskelig det er for de profesjonelle å snakke om voldsepisoder som rammer dem selv.

Det er nødvendig med rammebetingelser som legger til rette for kommunikasjon og refleksjon rundt tema vold og trusler på arbeidsplassen. Det er også nødvendig å øke bevisstheten rundt egen sikkerhet og sammenhengen mellom eget arbeidsmiljø og muligheten for å ivareta pasientenes behov.

Fra 2017 ble det innført nye bestemmelser om vold og trusler i tre av arbeidsmiljøforskriftene: forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, arbeidsplassforskriften og forskrift om utførelse av arbeid. Disse bestemmelsene handler om planlegging av arbeidet, opplæring og informasjon, utforming av arbeidslokaler, risikovurdering, tiltak og oppfølging. Til tross for dette, har Arbeidstilsynet tilsynskampanjer og revisjoner avdekket at både sykehus og kommunehelsetjenesten har store mangler i arbeidet med vold og trusler.

I Arbeidstilsynets veileder (2017) gjennomgås en rekke risikofaktorer som er relevante i helsesektoren. Lav bemanning og mangel på kompetanse er viktige årsaker til vold og trusler – dette kan handle om stor utskifting av arbeidstakere og hyppig bruk av ekstravakter uten tilstrekkelig kompetanse. Her kan vi vise til Riksrevisjonens ferske [rapport](#) om bemanningsutfordringer i helseforetakene (2019); der det framgår at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere. Personell med relevant utdanning og kompetanse er en kritisk innsatsfaktor for å gi gode og trygge helsetjenester. Verken de regionale helseforetakene eller helseforetakene har et forsvarlig styringssystem som gir oversikt over bemanningsbehov eller planer for å løse bemanningsutfordringene sine.

Manglende balanse mellom oppgaver og ressurser fører til et konstant press på ansatte i helsesektoren. Organisatoriske forhold som øker risikoen for vold og trusler mot ansatte er tidspress, arbeidstempo, overtidsarbeid, at man må ta hurtige og kompliserte beslutninger og at man får oppgaver uten nødvendige kompetanse eller ressurser. Alenearbeid og natt- og kveldsarbeid øker også risikoen. Fysisk utforming av arbeidsplassen kan øke eller dempe risikoen; det samme kan kulturelle forhold på arbeidsplassen (eksempelvis normer om at vold og trusler tolereres).

Tids- og arbeidspress kan medføre at virksomhetene ikke gjennomfører planlagte tiltak knyttet til vold og trusler. Høyt stressnivå kan hemme innlevelsesevne og empati i kommunikasjonen mellom arbeidstaker og pasient. Når flere av disse risikoforholdene opptrer samtidig, som de gjør i helsesektoren, vil summen av dem føre til høyere risiko enn når de opptrer alene.

Helsesektoren er en svært kvinnedominert sektor med stort arbeidskraftbehov som forsterkes av blant annet høyt sykefravær. I denne sammenheng kan nevnes at STAMI har påvist at det for kvinner i helse- og sosialsektoren er en sterk sammenheng mellom (selvrapportert) vold og trusler og påfølgende langtidssykefravær. INOUen vises blant annet til begrepet «samvittighetsstress» (skyld, skam og sinne) som kan oppstå når ansatte opplever å måtte bruke tvang og inngrep uten samtykke, og som forsterkes av manglende opplæring og lite støtte fra institusjonen i håndtering av vanskelige situasjoner. Dette bør diskuteres i lys av arbeidsmiljølovens krav til ivaretagelse av ansattes (faglige) integritet og verdighet.

NSF mener mindre bruk av tvang vil kunne minske risikoen for vold og trusler mot de ansatte. Dette forutsetter imidlertid at en rekke arbeidsmiljøfaktorer, som nevnt over, er ivarettatt. Bruk av tvangsmidler vil nettopp kunne oppstå som følge av at disse forholdene ikke er i orden. Begrensninger i tvang og inngrep uten samtykke vil i slike situasjoner, som ved



lav bemanning og manglende kompetanse, i verste fall kunne føre til *økt risiko* for vold og trusler mot ansatte. Det er derfor helt nødvendig at man ser hensynene til pasientene og til de ansatte i sammenheng.

Veiledning

I tillegg til forskrifter om krav til utdanning hos personalet som skal bistå pasienten under tvangsvedtak, vil det være behov for systematisk faglig veiledning av helsepersonell. Faglig veiledning kan være en mulighet til økt etisk, faglig og juridisk bevisstgjøring i beslutninger knyttet til tvang. Fortløpende tverrfaglig veiledning må inn som et obligatorisk tiltak for å ivareta en god kvalitetsutvikling når målet er å sikre mindre tvang, ivareta større autonomi og rettssikkerhet for enkelte bruker, pasient, men også for ansatte.

NSF mener at faglig veiledning er en forutsetning for å kunne arbeide med reduksjon og kvalitetssikret bruk av tvang.

Lokaler og dimensjonering

Forebyggelse av tvang må ses i et bredt perspektiv hvor alle faktorer som virker forebyggende må inkluderes. Arkitektur har betydning for behandling, og det må derfor følge med økonomiske midler som sikrer gode, kvalitetssikrede behandlingsbygg, tilpasset pasientgruppen. Rammene for hva slags behandling som kan gis, må reguleres bedre i forhold til lokaler og institusjoner.

Det må derfor følge forskrifter med minstekrav til utforming av institusjonene. For pasientgrupper innenfor psykisk helsevern vil det være behov for større arealer innenfor akutt-tjenestene. Relasjonelt arbeid etter prinsipper om «nærhet - avstand, aggresjon og vold», økt differensiering av romtyper, og økt behandlingstid for å oppnå gode terapeutiske relasjoner vil bidra til tvangsbegrensning.

NSF mener en forutsetning for å oppfylle intensjonene i ny lovgivning krever tilpassede og økt kapasitet når det gjelder lokaler og behandlingsplasser.

Fysisk nedlegging

Det kan se ut som om utvalget ønsker å innsnevre det nåværende tvangsmiddelet kortvarig fastholding til fysisk nedlegging.

NSF lurer på om dette innebærer at andre former for holdegrep hvor pasienten ikke legges fysisk ned på underlaget eller gulvet, ikke lenger er et tvangstiltak (skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner). Fysisk nedlegging er den formen for kortvarig fastholding hvor det i dag er rapportert mange dødsfall internasjonalt og hvor det i Norge har ført til at pasienten måtte gjenopplives.

NSF mener at andre former for holdegrep i samme grad som fysisk nedlegging både kan defineres som tvang og oppleves som tvang av pasienten.

Mekaniske innretninger med omsorgsformål

Innføring av bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål overfor pasienter med *omfattende orienteringssvikt og alvorlig selvskading* (§ 6-8), (s. 760). Vedtaket kan ha en varighet inntil på ett år. Utvalget skriver på side 735 «mekaniske innretninger «brukt som omsorgstiltak gjør det seg imidlertid særlige rettssikkerhetshensyn gjeldende, blant annet knyttet til varighetsproblematikken».

Kriterier for bruk er *omfattende orienteringssvikt*. Dette må tydeliggjøres gjennom forskrifter som også må beskrive rutiner for å ivareta personens grunnleggende behov og hindre skade på pasienten. Vi viser i denne sammenhengen til kapittel 11 (§ 277) om kunnskap om forebygging av tvang hvor det refereres til en studie som viser til en sykehjemsavdeling for eldre med demens som valgte å fjerne alle mekaniske tvangsmidler. I tillegg ble det igangsatt et undervisningsopplegg for personalet. Dette førte til færre fall og uønskede hendelser.

NSF mener bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål vil kreve særlige forskrifter som kan sikre en forsvarlig praksis da dette er berører svært sårbare pasientgrupper.

Barns rettssikkerhet



NSF mener lovutkastet innebærer en styrkning av barn og unges rettsikkerhet, samtidig som forslagene som omhandler barn bør tydeliggjøres. Barn har som voksne, grunnleggende rettigheter, som medfører at tjenestene må tilrettelegges og ikke være vilkårlige. Økt barnefaglig kunnskap er nødvendig for å sikre riktig forebygging av tvang hos denne gruppen. Helsepersonell må finne frem til tilnæringsmåter som er tilpasset barns situasjon og forståelsesgrunnlag. For å sikre nødvendig barnefaglig kompetanse mener NSF at det skal være en egen bemanningsnorm for barnesykepleiere. Spesialsykepleiere for barn skal være til stede 24/7 i barneavdelinger på sykehus og i andre aktuelle tjenester.

NSF vil påpeke at barn i større grad enn voksne kan komme i en underlegen posisjon overfor vedtaksansvarlig. Det må derfor utvises ekstra tilbakeholdenhet med å utøve tvangstiltak overfor barn. Kompetanseøkning og veiledning av helsepersonell er derfor nødvendig for å sikre redusert bruk av tvang overfor denne gruppen. Gode metoder for beslutningsstøtte er særlig viktige for å møte barn i ulike aldre og funksjonsevne.

NSF mener barns særlige rettigheter må fremgå langt tydeligere av lovens formålsparagraf og i de øvrige lovbestemmelser som omhandler barn. Det bør blant annet være et eget kapittel i loven om tvangstiltak overfor barn og unge under 18 år. Tvangsbegrensningsutvalget legger helseovgivingsmyndighetsalder fra 16 år til grunn, mens grunnlovens og menneskerettighetenes særlige beskyttelse gjelder alle under 18 år.

Den samme aldersgrensen finnes i lov om barnevern, og den må legges til grunn ved tvang mot barn og unge i helse- og omsorgstjenesten. NSF støtter derfor ikke utvalgets forslag om at mekaniske innretninger, herunder belter og remmer, kan brukes som skadeavverging i nødssituasjoner når personen er over 16 år. Tvangsbegrensning i barnevernet inngår ikke i utvalgets mandat. Samtidig er vi undrende til at regjeringen legger opp til to separate løp når det gjelder bruk av tvang overfor barn.

Vi ber om et eksplisitt forbud mot å refse barn under 18 år fysisk, tvangsmedisinere, bruke mekaniske tvangsmidler eller annen fysisk tvang eller makt verken i straffe-, behandlings- eller oppdragelsesøyemed i likhet med forslaget til ny barnevernslov.

NSF mener bestemmelsene om tvangsbruk i de to lovene som omhandler barn må samordnes, og det må utarbeides felles og mer tilgjengelige klagebestemmelser for barn og unge opp til 18 år.

Felles ordning for saksbehandling og kontroll

NSF mener en viktig forutsetning for at en ny felles lov skal virke etter sin hensikt, er at tilsynet styrkes. En lovendring som forslaget legger opp til, må følges opp av hyppige og mer systematiske tilsyn for å kontrollere at loven etterleves og fungerer etter sin hensikt. Derfor vil det være viktig å sikre en god saksbehandling, overprøving og kontroll hvor fylkesmennene og tvangsbegrensningsnemdene vil ha en svært viktig funksjon i forhold til implementering og etterlevelse det nye lovverket.

Etter lovutkastet er det tjenestenivået som skal fatte det første vedtaket, eventuelt beslutte tiltak i en nødssituasjon. For å sikre riktig regelanvendelse og redusert bruk av tvang, og unngå unødig byråkratisering, må tvangsbegrensningsnemdene være riktig sammensatt og med god kompetanse. En transparent prosess for utnevning og ansettelse for medlemmer av nemnda vil være med på å styrke tilliten til systemet.

Når diagnosevilkår erstattes av manglende beslutningskompetanse, er kravet til bredere kompetanse større. Valget av pårørende, bruker, jurist og lege kan bli mer krevende. Hvilken erfaring og kompetanse skal nemndsmedlemmene ha for å vurdere bredden av problemstillinger fra alvorlig rusproblematikk og psykoser, til demens, fostermedisin, spiseforstyrrelser, forebygging og barnevern?

En tvangsbegrensningsnemnd bør ha medlemmer som har praksiserfaring med tvangsbruk innenfor en rekke fagfelt og tjenesteområder. NSF mener derfor at tvangsbegrensningsnemdene skal ha spesialsykepleiere som faste medlemmer. Dette fordi sykepleietjenesten dekker alle fagområder og er bærer av døgkontinuerlige tjenester, både innenfor de spesialiserte tjenestene og innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre mener NSF at det foreslåtte «særlig utvalg av fageksperter» bør bestå av leger, psykiater, spesialsykepleiere, psykologer, erfaringskonsulenter og annet helse- og sosialfaglig personell.

Målsetting med ny lov er å redusere tvang. Nasjonalt elektronisk innrapporteringssystem med informasjon om den tvangsbruken nemdene skal kontrollere må utarbeides, og data over tvangen bør oversendes sentrale myndigheter fortløpende. Dette er en forutsetning for å kunne ha en formening om omfanget av bruken av tvang, og om den reduseres.



Ved gjennomgang av tvangsbegrensingsnemdas oppgaver (s. 652, boks 28.3) kan vi ikke se at fysisk nedlegging som skadeavvergende tiltak er nevnt. Fysisk nedlegging er heller ikke nevnt som et tiltak det skal føres obligatorisk kontroll med (jfr. Kap. 11. Obligatorisk kontroll, (s770).

NSF mener det er svært viktig at nemdene fører kontroll med alle former for tvang. Spesielt gjelder dette former for tvang som er utbredt, og som kan oppleves traumatisk og være skadelig for pasienten.

NSF støtter en felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll.

Helhetlig tekning og samhandling

NSF mener god samhandling i tjenestene er en forutsetning for å redusere tvangsbruken. Det innebærer blant annet å styrke kompetanse og tjenestetilbudene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det krever gode, og tilrettelagte institusjonstilbud, differensierte boligtilbud og oppsøkende helseteam som kan bidra til å forebygge tvang. Ikke minst må det sikres at individuelle oppfølgings- og behandlingsplaner utarbeides der det er behov for koordinerte og sammensatt hjelp.

NSF støtter en helhetlig og personsentrert tenkning om individet og tilrettelegging for god samhandling i tjenestene.

Diagnosenære vilkår og beslutningskompetanse

NSF støtter i utgangspunktet at diagnosenære vilkår erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og «sterkt behov» for aktuelt tiltak. Det vises til CRPD og andre internasjonale konvensjoner rettigheter og rettssikkerhet for enkeltindivider.

Det er derfor bra at det er diagnoseuavhengig kriterier i tvangshjemlene. NSF mener videre det kan utfordre noe av tenkningen i pakkeforløpene for psykisk helse og rus, da disse i stor grad baserer seg på strukturerte, diagnostiske vurderinger.

Nærmere begrepsavklaring for *beslutningskompetanse* vil være nødvendig, også hvem som skal vurdere denne hos pasientpersonen. Beslutningskompetanse er svært krevende å vurdere hos blant annet personer med varierende grad av utviklingshemninger (moderat utviklingshemmede, med god fungering i hverdagslivet, eller som har stort behov for oppfølging). Hvem og hvordan skal det gjøres? Hvem kjenner den det gjelder? For eksempel i bofellesskap med fast personell som mangler formell kompetanse, eller store utskiftninger i personalstaben.

Vurdering av beslutningskompetanse er ingen medisinsk vurdering. For å sikre best mulig vurdering bør dette foretas av de som kjenner personen best, for eksempel sykepleiere, miljøpersonale og pårørende i samarbeid med lege. Det vil være vanskelig, for ikke å si umulig, å vurdere om en person er beslutningskompetent på et kort møte på legekantor eller ukjent helsepersonell.

Et annet viktig punkt er hvordan en hjelper til å gi beslutningsstøtte til person som trenger helsehjelp. Her viser vi til utvalgets siste punkt i anbefalingene «*utprøving av nye modeller for beslutningsstøtte*». Modeller for beslutningskompetanse må tilpasse de det gjelder blant annet i forhold til barn, alder, språk, fungering i dagliglivet, kognitive evner og livserfaring.

NSF mener fjerning av diagnosenære vilkår bør erstattes med «fravær av beslutningskompetanse og sterkt behov for aktuelle tiltak».

En felles definisjon av tvang

En felles lovgivning krever en felles definisjon av hva som er bruk av tvang. En innføring av et felles og snevrer tvangsbegrep i form av «å overvinne motstand» krever økt kompetanse og veiledning for å gjenkjenne tvangen. Det vil være svært viktig å få en felles forståelse av tvang og hvordan denne utøves innenfor de ulike fagområder og tjenestefelt.



NSF er spørrende til om innføringen av dette begrepet vil føre til flere tvangssituasjoner. Som nevnt foran har somatisk praksis intervensjoner som per i dag ikke defineres som tvang, men som inngår enten som en del av praksis eller for å hindre komplikasjoner knyttet til behandling. Dette innebærer blant annet bruk av sedativa for å begrense komplikasjoner hos deliriske intensivpasienter, begrense bevegelighet hos kritisk somatisk syke pasienter, og fastholding av barn for blodprøvetaking.

NSF mener helsepersonell som arbeider med disse pasientgruppene, har behov for klargjøring av et felles tvangsbegrep gjennom forskrifter og retningslinjer.

Ny inntaksmodell i TSB

Nåværende ordning hvor kommunalt rusfaglig personell kan henvise pasient til innleggelse på tvang bidrar til nær kjennskap til den det gjelder. Av hensyn til kompleksiteten og hvor inngripende aktiv rusbruk og avhengig kan være i livet, er det grunn til å vurdere om denne ordningen bør opprettholdes.

NSF er spørrende til om en ny inntaksmodell i TSB for rusmiddelavhengige vil være riktig.

Forhåndserklæringer

Forhåndserklæring har vært uttrykk for særlige ønsker, som regel i skriftlig form, om hvordan en person ønsker å bli ivaretatt av helse- og omsorgstjenesten ved alvorlig sykdom. Norsk rett anerkjenner i dag ikke forhåndserklæringer som rettslig bindende.

Utvalget har vurdert at det ikke er ønskelig med bindende forhåndserklæringer, men at slike type dokumenter vil inngå som en vurdering av antatt samtykke. Utvalget mener at dokumentet ut fra sin kvalitet må tillegges stor vekt og bare fravikes unntaksvis.

Det er viktig å understreke at dette gjøres på en god måte slik at det tjener intensjonen med forhåndserklæringer for den enkelte. Tilstrekkelig med ressurser, tid og god fagkompetanse er nødvendige forutsetninger for at innføringen av juridisk bindende forhåndserklæringer skal bli vellykket.

NSF støtter utvalget sin vurdering knyttet til bruk av forhåndssamtykker.

Gjennomføring av tvang knyttet til skjerming og ivaretagelse av grunnleggende behov

Det vil være svært viktig å sikre forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp under gjennomføring av tvang. Her vil vi etterspørre forskrifter som presiserer krav til helsefaglig kompetanse hos personalet som skal ivareta pasienters grunnleggende behov. Krav til faglig kompetanse er særlig viktig ved bruk av skjerming og isolasjon som bør er å betrakte som intensiv oppfølging av sårbare pasienter. I klinikken vil det i hovedsak være sykepleierens ansvar å kompenseres i svikt i pasientens evne til å ivareta sine grunnleggende behov.

Særlig ved innleggelse i psykiatrisk enhet er fokus pasientens mentale tilstand, samtidig som somatiske forhold kan være av helsemessig stor betydning for pasienten. Pasientene er i en akutt krise og er ofte ukjente for personalet. Pasientgruppen er svært sammensatt aldersmessig, kulturelt og språklig. Mange kan ikke gjøre seg forstått på norsk. Det vil bør derfor stilles særlig krav til bred helsefaglig og somatisk kompetanse hos personale.

Pasienten kan være ute av stand til å opplyse om sine somatiske lidelser eller vedkommende har somatisk lidelsene som ennå ikke er identifisert. Det er kjent at for eksempel hjerte -karlidelser, diabetes og metabolsk syndrom forekommer hyppig hos denne gruppen av pasienter. Det er også kjent at psykofarmaka kan interagere med andre medikamenter pasienten bruker, samt rusmidler vedkommende kan være påvirket av ved inntak. Psykofarmaka kan også påvirke pasientens somatiske lidelse som for eksempel pasientens hjerterytme.

NSF mener derfor det er nødvendig med sykepleiefaglig kompetanse for å sikre pasientens grunnleggende behov, identifisere funksjonsvekkelse og for at adekvate tiltak kan iverksettes.



NSF etterspør også forskrifter for praktiseringen av skjerming og med krav til utforming av skjermingsrom og lokaler. Det er viktig med utforming av gode skjermingsrom da erfaring og forskning viser at skjermingslokaler og rom utformes forskjellig.

Det foreslås 4 ulike former for skjerming:

- Av hensyn til medpasienter (§ 7-5) s. 765, inntil 2 uker i psykisk helsevern
- Behandling av psykiske helseplager (§ 6-11), s. 761 inntil 2 uker.
- Skadeavverging, nødsituasjon, kanskje bak låst dør (isolasjon) (§ 4-5). Sikkerhetshensyn som krever forsvarlig tilsyn og pasienten må kunne tilkalle personalet.
- Gjennomføringstiltak, kortvarig i psykisk helsevern (§ 6-19), s. 763

De ulike formene for skjerming virker uoversiktlig, og NSF er spørrende til hvor hensiktsmessig det vil være med denne oppdelingen.

Tvangsbegrensningsloven § 6.19 gir svært kort tidsbegrensning på vedtaket: *«Vedtaket kan ha en varighet på inntil 72 timer. Før nytt vedtak treffes, må det ha gått minst 24 timer»*. Dette gir brudd i nødvendig behandling, som kan medføre økt risiko for vold og trakassering mot medpasienter og personale. Det kan også føre til forlenget sykdomstilstand, da mangel på kontinuitet gir ustabile og uforutsigbare omgivelser.

I den ene formen for skjerming som skadeavverging/ nødsituasjon knyttes to former for tvang sammen: skjerming og isolasjon. I psykisk helsevernloven pr i dag defineres dette som to ulike former for tvang, henholdsvis et tvangsvedtak (skjerming av hensyn til pasienten selv eller medpasienter) og et tvangsmiddel (isolasjon for å forhindre skade på seg selv, andre eller betydelig materiell skade). NSF er av den oppfatning at det vil kunne være både uhensiktsmessig og uforsvarlig å la skjerming utvikle seg til isolasjon på et skjermingsrom.

Utvalget mener at skjermingsrom heretter skal innredes mer som vanlige beboelsesrom. Samtidig mener utvalget at isolerte pasienter skal kunne observeres. Dette vil innebære arkitektoniske forandringer for å observere pasienten utenfra. Hvis skjermingen går over i isolasjon, og skjermingsrommet skal benyttes til dette, må rommet ommøbleres for å sikre at pasienten ikke kan påføre seg selv skade (jevnfør krav til isolasjonsrom). Og muligheten til å kunne observere pasienten må kunne «kobles ut» når det ikke lenger er nødvendig.

NSF mener det bør stilles særlige krav til kompetanse vedrørende ivaretagelse av grunnleggende behov, praktisering av skjerming og krav til rom som brukes til skjerming og isolasjon.

Nødsituasjoner og hjemmel for mekaniske innretninger

Utvalget ønsker klarere og strengere regler om inngrep i nødsituasjoner. Vi stiller oss positive til arbeid med å redusere bruken av tvang og stille klare og strenge regler om inngrep i nødsituasjoner. Men vi ser imidlertid ikke at det er realistisk å fase ut hjemmelen for bruk mekanisk innretninger som hindrer bevegelsesfriheten innen 3 år.

Ut fra vårt syn er det ikke realistisk å fjerne bruken av mekaniske tvangsmidler innen psykisk helsevern. Dette gjelder særlig innen de akutte tjenestene. Her er det ofte svært høyt belegg, med begrenset antall døgnplasser, økende voldsproblematikk og et utfordrende arbeidsmiljø med personellskader mange steder. I Danmark har Sunhedsstyrelsen bidratt med millioner av kroner til prosjekt for å redusere (NB. Ikke fjerne) bruken av mekaniske tvangsmidler.

Like viktig som å fase ut bruk av mekaniske tvangsmidler mener NSF det er viktig å sikre forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp ved selve gjennomføringen. Det mest ytterliggående vil være når pasienten legges i mekaniske tvangsmidler, i såkalt 5 - punkts leie (på ryggen). Dette er det hyppigst brukte tvangsmiddelet i Norge og akuttpsykiatriske enheter står for en meget stor andel av bruken. Pasienten er totalt immobilisert og bør betraktes som en intensivpasient, noe som vil kreve sykepleiefaglig oppfølging for ivaretagelse av grunnleggende behov (Nærmere utdypet under vårt innspill på grunnleggende behov). Ifølge loven er det påkrevd med personale tilstede hos en slik pasient, men ikke krav om at personale skal ha helsefaglig bakgrunn. Vi minner om Paulsrudutvalget som anbefalte helsefaglig bakgrunn.

Dessuten mener NSF at de andre formene for tiltak (isolasjon og fysisk nedlegging) som lovtalget gir hjemmel for, ikke nødvendigvis vil være hensiktsmessige for å sikre personalet eller pasienten. Hvis dette likevel vedtas, bør det i en



overgangsfase ut over de tre årene være mulighet for å innføre dispensasjoner for å kunne hjemle bruk av mekaniske innretninger.

Hvis mekaniske innretninger skal fases ut i løpet av tre år, vil personalet kunne benytte fysisk nedleggelse, bruk av korttidsvirkende medikamenter og isolasjon. Erfaring viser at pasienter opplever ulike former for tvangsmidler forskjellig både på grunn av tidligere erfaringer og måten disse brukes på. Om alle pasienter vil oppleve fysisk nedleggelse/isolasjon som mindre krenkende og traumatisk enn bruk av mekaniske innretninger (ofte er ikke medikamenter hensiktsmessig) vet vi svært lite om. Fra erfaring vet vi at unge og eller tidligere traumatiserte pasienter kan oppleve det som svært belastende å ha andre kropp i nærkontakt med egen kropp, noe som skjer ved fysisk nedleggelse. I dagens forskrifter i lov om psykisk helsevern påpekes det at man skal ta hensyn til pasientens tidligere erfaringer.

NSF vil spørre om mekaniske innretninger kan brukes for å hindre «vesentlig skade på andres eiendeler»? Under kap. § 4-2. *Inngrep i nødsituasjoner av hensyn til andre (nødverge)*(s. 756) står *skade på andres eiendeler* som et kriterier for bruk av skadeavvergende tiltak. Under § 4-4. *Særlige grenser for bruk av mekaniske innretninger som skadeavverging* står det «*mekaniske innretninger kan bare benyttes ved akutt fare for liv eller vesentlig helseskade*» (s.756). Hvilke tiltak kan man da benytte ved vesentlig materiell skade på andres eiendeler fra pasientens side?

Ved gjennomføringen av kroppslige inngrep med tvang, skal det være to tilstede.(ref. § 8-3, s. 765). Menes det her hele gjennomføringen, eller menes det iverksettelsen av tiltaket? Viser det her til bruken av fysisk nedleggelse kun eller også mekaniske innretninger, som også er å betrakte som kroppslige inngrep?

Konsekvenser av/alternativer til at belter blir ulovlig kan være:

- Dersom sikkerhetsavdelingene får en plikt til å umiddelbart ta imot slike pasienter, slik at disse pasientene ikke lenger blir værende i akuttpsykiatri, så kan dette være mulig, men da må overføring til sikkerhetsavdeling skje umiddelbart etter en kraftig utagering.
- Alternativ til beltelegging kan være kraftigere medisiner, skjerming og isolering.
- Å måtte skrive ut psykotiske pasient som er alvorlige lidende/syke, truende, paranoide og som er vurdert som farlige. Dette er ikke forsvarlig, det vil kunne få alvorlige konsekvenser for pårørende og samfunnet. Det vil uansett være svært uetisk å ikke kunne tilby alvorlig psykisk syke mennesker helsehjelp, fordi de er så redde og frustrerte at de utagerer.
- Fare for å miste helsepersonell og fagkompetanse. Ansatte føler seg allerede utrygge i arbeidshverdagen. Arbeidsmiljøloven sier at arbeidstakere har krav på beskyttelse mot vold og trusler. Vektore, helsesikkerhetspersonell og politi får «vokterroller» for å ivareta sikkerheten og tryggheten.

NSF mener at avvikling av mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfrihet innen tre år er urealistisk og uforsvarlig, og at det isteden bør gjennomføres en evaluering innen 5 år før det tas stilling til en endelig utfasing.

Snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser

Utvalget mener et totalforbud mot tvangsmedisinering er for ytterliggående. Dette fordi noen pasienter uten medikamenter dermed må leve med alvorlig symptomer som leder til stort funksjonstap. Utvalget mener dette er alvorlige omkostninger når det også tas hensyn til at alvorlige psykiske helseproblemer ofte debutterer i tidlig alder. Utvalget flertall ønsker derfor en fortsatt åpning for tvangsbehandling med medikamenter. I sin begrunnelse viser utvalget til at sentrale menneskerettighetsdokumenter ikke bare åpner for en slik tilnærming, men at det kan til dels foreligge en plikt til å beskytte liv og helse for personer som ikke er beslutningskompetente.

NSF støtter flertallets tilråding om å opprettholde en snever adgang til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.

Adgang til en snever hjemmel for bruk av ECT uten tvang



Utvalgets vurdering er at en strikt avgrensning av bruk av ECT trolig vil føre til at mennesker som kunne vært reddet, i realiteten vil dø som følge av sin psykiske sykdom. Flertallet vil derfor anbefale en det lovhjemles en snever adgang til bruk av ECT som et livreddende tiltak. Flertallet mener videre at det ikke kan treffes vedtak om ECT der personen motsetter seg tiltaket. Hjemmelen avgrenses i forhold til der unnlattelse av å gjennomføre behandlingen i løpet av få uker vil medføre alvorlig fare for personens liv. Utvalget skriver at dette typisk vil gjelde for personer som har sluttet å ta til seg næring og væske.

NSF støtter flertallets tilråding om å opprettholde en snever hjemmel for bruk av ECT uten tvang.

Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT

Utvalget mener at personer uten erfaring med medikamentell behandling ikke skal kunne reservere seg mot et slikt inngrep. Det argumenteres med at det er vanskelig å forestille seg hvordan en psykose oppleves og hvilken effekt behandlingen vil ha. Det er derfor et forslag om å begrense reservasjonsretten til pasienter med egenerfaring av medikamenter. Videre foreslås det at tvangsbegrensningsnemdene bør ta stilling til reservasjonens gyldighet, herunder også vurdere om personen er beslutningskompetent.

Det samme gjelder i forhold til en reservasjonsordning for ECT unntatt at her foreslås det at personene ikke tidligere må ha prøvd behandlingsformen.

NSF støtter innføring av reservasjonsordninger for antipsykotika og ECT.

Utprøving av nye modeller for beslutningsstøtte

I utgangspunktet vil alle mennesker ha myndighet til å foreta beslutninger i eget liv. Av den grunn vil det være særlig viktig å sørge for gode systemer og metoder for beslutningsstøtte. Dette gjelder særlig for barn, men også for personer med redusert kognitivt funksjonsnivå, utviklingshemmede, eldre med demens og for pasienter innen psykisk helsevern. Det må utvikles pedagogisk tilrettelagt informasjonsmaterieell tilpasset ulike aldersnivå, pasient- og brukergrupper som omfavner tjenesteområdene som berøres av ny lovgivning.

NSF mener det må legges til rette for utprøving av gode verktøy og metoder for beslutningsstøtte i helse- og omsorgstjenesten.

Et samordnet lovverk for helse- og omsorgstjenesten

NSF har over tid argumentert for etablering av et felles lovverk. Dette fordi eksisterende lovverk er vurdert til å være diskriminerende og gir store variasjoner, dels fordi dagens system med fire parallelle overprøvningsordninger, gir liten effektiv ressursutnyttelse. Lovverket er detaljert, men NOUen gir lite verktøy når det kommer til hvordan endringene skal gjennomføres.

NSF ser derfor at utfyllende forskrifter og retningslinjer må utformes for å iverksette lovforslaget i tjenestene. NSF støtter derfor grunntanken om én felles lov som tilstreber å være arena-uavhengig og diagnose-uavhengig. Og vi støtter også at personens behov for hjelp skal stå i sentrum framfor diagnose.

NSF mener at det bør innføres et samordnet lovverk for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten forutsatt at de innvendinger og forslag NSF legger til grunn i vår høringsuttalelse følges opp.

Verktøy / handlingsstrategier og kostnader

Lovutkastet konkretiserer i liten grad ulike verktøy og handlingsstrategier som må settes i verk for å nå målsettingen i lovutkastet om reduksjon av tvang. Lovutvalget forutsetter *«at lovendringene blir fulgt opp av tunge nasjonale, faglige initiativ for redusert tvangsbruk»* (s. 709, kap. 29.5). *«Utvalget forutsetter at det i årene framover tas kraftfulle nasjonale faglige initiativ for redusert tvangsbruk»* (1.4. prinsipielle synspunkt, s.33).



Ut fra klinisk erfaring, men også resultatet av kunnskapsinnhenting utvalget gjorde, er det mange faktorer som er med på å påvirke tvangsbruk. «*For å redusere tvangsbruken kreves det først og fremst vilje til endring, kompetanse og konkrete endringer på et overordnet og organisatorisk nivå. Det vil ta tid å få gjennomført en grunnleggende omlegging*». (1.3 Bakgrunnskunnskap, s.32).

Slik situasjonen er pr dags dato før en eventuell implementering av ny lov mener NSF at det trengs økte ressurser til sykehusene og kommunene. Det vises her til NSF's Innspill til høring om forslag til Statsbudsjett 2020 prop. 1 S på helse- og omsorgsdepartementets budsjettområder hvor det bl. a påpekes «*NSF mener satsningen på sykehusene og veksten i de frie inntektene til kommunene ikke er tilstrekkelig til å møte dagens behov i helse- og omsorgstjenesten, og til å utvikle tjenesten for framtiden*».

I tillegg til dette vil de kraftfulle tiltakene lovutvalget tenker seg iverksatt, måtte føre til ytterligere økt tilførsel av ressurser til helse- og omsorgstjenesten. Utvalget konkretiserer ikke dette nærmere da de mener dette ikke er mulig å gjøre «*Det er ikke mulig å tallfeste alle de administrative konsekvensene av lovforslaget*» (Felles lov 29.4, s.709.) Imidlertid mener de at det i en overgangsperiode vil kreve økte ressurser «*utvalget mener derfor at omleggingen i en overgangsperiode vil kreve noe økte ressurser for å gjennomføre endringene på en forsvarlig måte og oppnå ønsket effekt*» (20.5 Redusert tvangsbruk, 20.5, s 709).

NSF mener at oppfølging av forslag til et nasjonalt lovverk for bruk av tvang i helsetjenesten vil innebære betydelige ressurskrevende investeringer i tjeneste og kontrollinstanser. Ressurskrevende investeringer trengs når det gjelder blant annet kompetanse, arkitektur, kultur, ledelse, organisering og systemer, både humant og teknologisk.

Lovtekniske utfordringer

Lovutvalget påpeker selv at de lovtekniske utfordringer er utfordrende, tallrike og at de må «identifiseres og håndteres underveis».

Blant annet vil dette kunne gjelde fare-for-andre- problematikken. Her skriver utvalget «utvalget har vurdert at eventuelle forslag om endringer i den sivile tvangslovgivningens håndtering av fare for andre problematikken, vil kunne påvirke forholdet til straffelovgivning direkte eller indirekte». Utvalget har ikke hatt en sammensetning for å gå i dybden på de spørsmål som vil måtte reise seg. Arbeidet har følgelig blitt avgrenset i den retningen. Dette innebærer at gjeldende rett ved fare for andre i det alt vesentlige videreføres.

Det vil være mye lovtekniske avklaringer / arbeid som må gjøres, generelt og på forskriftsnivå. I en overgangsfasen på flere år vil det være utfordringer knyttet til dette. NSF har en bekymring knyttet til at lovverket fremstår som komplisert og uoversiktlig for pasienter, pårørende og ansatte.

NSF mener loven skal evalueres og legges frem for Stortinget senest fem år etter at den har trådt i kraft. Stortinget vil da få grunnlag for å vurdere hvorvidt målet om redusert bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er oppfylt.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen
forbundsleder

Kari E. Bugge
fagsjef

