

Til:

- Helse- og omsorgsdepartementet



Oslo, 4. november 2021

Ref.: 298/21/AFJ/ph

## Oppføring av forslagene fra Tvangslovsutvalget

### 1. Innledning

Norsk Psykologforeningen har tidligere støttet Tvangsbegrensninglovens (NOU 2019:14) retning og lovutkast. Det gjør vi fortsatt. Etter tragedien på Kongsberg og regjeringens ønske om å evaluere samtykkekravet, vil vi særlig gjenta og understreke noen av våre standpunkt fra forrige høringsrunde

- Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov for behandling» og «fravær av beslutningskompetanse». Samlet sett mener vi at disse vilkårene kan sikre behovet for individuelt tilpasset helsehjelp på en god måte.
- Psykologforeningen støtter fokuset på individets autonomi som lovutkastet legger opp til.
- Norge kritiseres for sin etterlevelse av FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). En felles diagnosenøytral lov sammen med utredningens gjennomgående fokus på forebygging og alternativer til tvang mener vi imøtekommer mye av kritikken.
- Forslaget vil kreve en omlegging av måten helsepersonell jobber på. Det er avgjørende at både faglige og materielle rammebetingelser muliggjør omleggingen.

Psykologforeningen mener det er en viktig detalj at utredningen og utkastet til Tvangsbegrensningloven inkluderer begrepet «beslutningskompetanse» som erstatning for dagens «samtykkekompetanse». Beslutningskompetanse er et bredere begrep som i større grad underbygger pasienters rett til medbestemmelse. En beslutningskompetent pasient vil i større grad måtte tas hensyn til også med tanke på aktive ønsker og forslag til egen behandling. Det innebærer å samtykke til helsehjelp, men ikke minst å kunne takke nei til en behandling eller deler av et behandlingsforløp.

Dette er særlig interessant i lys av den pågående diskusjonen om samtykkekravet i psykisk helsevernloven og forslagene om å evaluere denne. En del fagfolk peker på lovendringen i 2017 som årsak til høye tvangstall. Særlig pekes det på at kortere tvangsinnleggelse gir hyppigere reinnleggelse og mindre kontinuitet i behandlingen. Samt et ønske om å kunne holde pasienter lenger på tvang for å komme i bedre posisjon til videre hjelp. At disse utfordringene er relatert til innføring av samtykkekravet, er ikke klart om man ser til Helsedirektoratets evaluering (1).

Psykologforeningen tar Helsedirektoratets rapport til etterretning og mener at utfordringene som nå beskrives fra tjenestene er langt mer sammensatte. Organisering av tjenestene, systemutfordringer med å følge pasienter godt opp og komme tidlig inn med hjelp er særlig viktig. Utvidet mulighet til tvungen behandling - i tilfelle det skulle gå til en forverring - er kontrært, både til grunnleggende menneskerettslig og etisk tenking, og til evidensbasert psykologisk praksis.

Vi tror begrepet beslutningskompetanse i seg selv vil bidra til riktigere tvangsbruk ved at pasienten i større grad vil bli sett som en aktør i egen behandling. Dessuten er begrepet mer pedagogisk i den forstand at det trolig er noe som tjenestene kan relatere seg til. Vi støtter også departementet i at det er behov for en tydeliggjøring av hvordan vilkåret skal tolkes. Vi er derfor positive til at Helsedirektoratet utreder dette (2). Det må utvikles gode verktøy for beslutningsstøtte og tas i bruk evidensbasert metodikk for implementering. Se for øvrig pkt 3.4.

Psykologforeningen anbefaler at kravet om manglende samtykkekompetanse evalueres som en naturlig del av det videre arbeidet med tvangsbegrensingsloven og den nye begrepsbruken som er foreslått der.

Det er positivt at departementet understreker at formålet i dagens høring både er å ivareta et brukerperspektiv og et tjenesteperspektiv. Det følgende er konkrete innspill til de ulike punktene departementet har sendt til ny høring.

## **Helse- og omsorgsdepartementet ønsker vurdering av**

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

Generelt er det behov for betydelige ressurser i form av tid, kompetanse og økonomiske midler på alle nivå i tjenestene. Det er en bekymringsfull stor variasjon i det psykiske helsetilbudet i kommuner og i spesialisthelsetjenesten(3). Særlig mener Psykologforeningen det vil det være behov for at myndighetene opptrer mer aktivt normerende om forventinger og krav til kommunale psykisk helse- og rustjenester for å sikre god gjennomføring av ny lov. Knapphet på døgnplasser og krav om kortest mulig liggetid på begge nivåer er et betydelig hinder. En gjennomgående annen erfaring er mangelen på egnede botilbud på ulike nivå, både tilgang på kommunale boliger og bemannede boliger og ulikheter på tvers av kommuner. En tvangsbegrensingslov må følges opp med lovkrav om botilbud og økt faglig kompetanse.

Følgende punkt vil være avgjørende forutsetninger for en god gjennomføring:

- Mer tilgjengelige og fleksible tjenester.
- Sikre mennesker basale behov.
- Særlig hensynta overgang barn-voksen.
- Bolig
- Arbeid/studier/aktivitetsmulighet.
- Systematisk rehabilitering

### **3.2. Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?**

Kommunale tjenester må være mer tilgjengelige. Det vil ha stor betydning hvor tidlig en kommer inn og at det er etablert en stabil ansvarsgruppe som personen har et tillitsforhold til. Bedre bruk av Individuell plan og forpliktende gjensidig samarbeid er nødvendig. Tilrettelegge for tilgjengelig behandling som pasienten selv ønsker, inkludert samtaleterapi, støtteterapi, musikkterapi, sensoriske virkemidler. Styrke mulighet til å gi oppfølging/behandling hos en stabil og kompetent behandler over tid for alvorlig syke pasienter.

Det må være mulig med tilgjengelig hjelp ut over ordinær arbeidstid. Betydelig større mulighet for frivilling innleggelse og tilgang på døgnplasser. Mulighet for hjelp i bolig og rask endring av bosituasjon for å sikre basale behov når situasjonen tilsier dette

Videre bør en se til gode modeller som for eksempel Psykiatrisk legevakt i Oslo. Ambulante akutteam med psykologer i front og utvidet åpningstid (4). Brukerstyrte senger ved DPS og medisinfrie døgntilbud tilbud i alle helseforetak er nødvendig. BET modellen (5) og Komplementær ytre regulering (KYR) (6) har vist svært gode resultater når det gjelder reduksjon av tvang.

### **3.3 Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenestene som følge av nytt regelverk?**

Ett diagnosenøytralt regelverk vil kunne gi et større rom for en subjektiv begrepsforståelse og tolkning av loven, og vil av den grunn fordrer mer opplæring.

En betydelig utfordring er at tjenestene synes å mangle metoder for implementering. Det bør utarbeides implementeringsverktøy som er tilpasset de ulike tjenestenivåene og systematisk innføre evidensbaserte opplæringsprogram. Midler og kompetanse til implementering, forberede kurs, undervisningsmateriell og praktiske øvelser bør øremerkes.

Det vil være behov for opplæring i MAP (møte med aggresjonsproblematikk) (7) og at metodikken videreutvikles og overføres til andre helseforetak og kommuner.

God organisering av akuttavdelingene og involvering av ansatte er viktig. Likeledes at sykehusbygg må muliggjøre gode behandlingsprinsipper og sikre fleksibilitet i forhold til pasientens behov. Tjenestene må være organisert på en slik måte at den sikrer kontinuitet i behandlingsskjeden. Organisering av akuttavdelinger slik de har i prosjektet Åpen dør (8) er nytt og svært lovende.

I Nederland har man utviklet et High Intensiv Care (HIC) (9) tilbud over hele landet. Samlet sett kan en si at HIC-modellen tar på alvor hvordan tvang skal unngås i alle ledd i et pasientforløp. Den fremhever ni kritiske faktorer for mindre bruk av tvang som isolasjon og tvangsmedisinering. Modellen har en tydelig humanistisk verdiforankring og er en humanistisk modell hvor intensiv og høy omsorg foregår innenfor et "helende miljø". Et bærende behandlingsprinsipp i HIC er at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasientens opp tett av fast behandler. Følgforskning med gode resultater gir solid kunnskap om metodikken som bygger på delelementer fra FACT og ACT og kan også være relevant for norske forhold. Modellen har foreløpig vist gode resultater.

For øvrig se pkt 3.2.

### **3.4 Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?**

Vurdering av samtykkekompetanse er allerede innført. Men det må sikres grundigere opplæring i slike vurderinger. Helsedirektoratets har, i samarbeid med senter for medisinsk etikk ved UiO, utviklet nettkurset som handler om hvorfor og hvordan man kan vurdere samtykkekompetanse i psykisk helsevern (10). Kurset setter søkelys på sentrale juridiske vilkår og kliniske vurderingstemaer og er så vidt Psykologforeningen forstår ikke evaluert. Kurset bør både evalueres og justeres i forhold til begrepet beslutningskompetanse og aktuelle målgrupper som den nye loven adresserer. Om ønskelig bidrar Psykologforeningen gjerne i et slikt arbeid.

### **3.5 Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?**

Å få til god involvering av pårørende- også når pasient ikke samtykker – må være en sentral målsetting. Pårørende bør få tilbud om psykoedukativt familiearbeid når en person legges inn på tvang. Det vil bli behov for mer støttende og informasjonsorienterte pårørendesamtaler, som vil kreve mer tid. Dette må tilrettelegges. Pårørende bør systematisk ha en oppgitt kontaktperson. Barn som pårørende må særlig ivaretas.

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

Involvere fag - og brukerorganisasjonene, slik at de kan arrangere kurs for sine medlemmer. Det må utvikles gode kurs, informasjonsmøter og særlig tid til implementering av lovendringene.

### **3.7 Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?**

Bygge videre på eksisterende metoder som har vist seg særlig egnet til å forsterke samtidig og helhetlige oppsøkende tjenester. I psykisk helsevern er ACT og FACT team (11) svært gode eksempler. Også Rus-FACT og Eldre-FACT er nå under utvikling for å nå nye målgrupper. Det er også viktig med ettersamtaler der både spesialist og kommunetjenesten er involvert. Individuell plan og samhandlingsmøter bør være faste element både, før, under og etter bruk av tvungent vern.

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

Tjenestenes plikt til å forebygge bruk av tvang og pasienters rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang fordrer at et reelt tjenestetilbud finnes og at det har nødvendig kapasitet og kompetanse. Riksrevisjonen har slått fast at det per i dag i ulike deler av landet er et utilstrekkelig psykisk helsetjenestetilbud 3). Det er vanskelig å gi innspill til departementet uten å også formidle denne bekymringen. Prioriteringsforskriften med tilhørende retningslinjer, pakkeforløp mv er med på å definere grensene for spesialisthelsetjenestens ansvar. På den andre siden mangler det en tydeliggjøring av primærhelsetjenestenes ansvar for psykisk helsehjelp og tjeneste. Kanskje er dette medvirkende årsak til de store variasjonene i tjenestetilbudet;

Myndighetene må derfor opptre mer aktivt normerende om forventinger og krav til kommunale psykisk helse- og rustjenester dersom vi skal kunne si at forutsetningene er oppfylt kommunalt for å sikre god gjennomføring av ny tvangsbegrensningslov.

Store oppgaver til forskyves til kommunale tjenester. Disse tjenestene er ulikt utbygd, og må styrkes og videreutvikles med nødvendig kompetanse. Ifølge psykologforeningens medlemsundersøkelse blant psykologer i kommunen er det bare 10% som oppgir at de i noe grad jobber med personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Potensialet for å tidligere oppdage og forebygge forverring for denne gruppen i kommunen er stort.

Psykologer kan ha flere viktige roller når det gjelder veiledning av kommunalt ansatte og miljøpersonell på avdelinger, vurdere egnede tiltak og tilbud, i samarbeid med pasienter, samtalebehandling, både for pasienter som trenger langvarig oppfølging for å forebygge forverring, og for å prøve å få til

kontakt/samarbeid i mer akutte situasjoner. Psykologers kompetanse om kommunikasjon, samarbeid og ikke-medikamentelle behandlingsformer er i denne sammenheng svært relevant.

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

Vurdere om arbeidsmodellen ved Oslo kommunale legevakt (eller andre modeller med spesialister i front) kan implementeres i andre store byer.

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

Psykologkompetanse i kommunene bør styrkes. Styrke psykisk helse og rus-tjenester i kommunen.

Innenfor TSB legger ny tvangslov opp til å samstemme tvangsvedtak med psykisk helsevern. I TSB og rusbehandling generelt brukes tvang i dag marginalt og endringene som er foreslått vil kreve spesifikk opplæring og avklaring av kompetansekrav for å kunne gjøre vedtak. Opplæring av spesialister i rusfeltet vil være sentralt og det bør dermed også sees på om det krever et høyere antall spesialister. Vi mener det må vurderes om ny lov ellers kan virke mot sin hensikt og føre til økt bruk av tvang i rusfeltet..

## **4. Ytterligere høringsinnspill til enkelte forslag.**

Psykologforeningens fagutvalg for barn og unge understreker i sine innspill betydningen av å lære opp personell i å håndtere krevende utageringer som aktiverer redsel og sinne hos personalet. Og fremhever trygt personell, nok personell og stabilitet stab som nødvendige forutsetninger for å kunne innlemme endringene i lovverket. Behov for opplæring i forhandlinger mot det enkelte pasient og ansatte bør ha kompetanse basert på psykologiske prinsipper. Særlig fremheves også betydningen av å ha ett familieperspektiv, og trekke inn familiedynamikk når en jobber med manglende grensesetting og grensetesting hos barn/unge.

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

Psykologforeningen mener at all behandling må være basert på et oppdatert og bredt kunnskapsgrunnlag. Dette må gjelde enten behandlingen skjer frivillig eller på tvang. Hva gjelder kunnskapsgrunnlaget for bruk av antipsykotika er dette fortsatt usikkert. Nylig konkluderte Folkehelseinstituttet etter en gjennomgang av forskningen at de metodiske svakhetene var for store til å vurdere effekten av medikamentell behandling under tvang (12).

Psykologforeningen stiller spørsmål ved om begrunnelsen til departementet for å gå mot Østenstadutvalgets forslag om at legemiddelet og doseringen må være godkjent for den aktuelle diagnosen. Det vises til at det er en uheldig inngripen i de medisinske vurderingene som gjøres i den kliniske hverdagen, og at det kan medføre for stramme rammer rundt helsepersonellens handlingsrom for valg av behandling. Videre at det kan føre til at pasienter ikke får den helsehjelpen som vurderes som best i det konkrete tilfellet. Videre vises det til at godkjenning av medikamenter kan avhenge av andre faktorer enn vurderingen av hvilke legemidler som er best egnet.

Psykologforeningen mener at påstanden om at pasienter får bedre behandling med denne grad av klinisk skjønn som det legges opp til må dokumenteres. Potente legemidler med usikker effekt og

potensielt alvorlige bivirkninger, gitt under tvang må følge strenge krav til faglig forsvarlighet. Vi mener som Utvalget at "faglig anerkjent metode" er for løselig definert. Med hjemler for bruk av tvang følger et ansvar for å sikre at tvangen utøves innenfor rammer. Det er knapphet på psykiatere og det gjør at de ofte må gjøre vurderinger på et begrenset grunnlag og med kort tid tilgjengelig.

Psykologforeningen støttet i 2019 Østenstadutvalgets forslag om rett til å reservere seg mot behandling av med antipsykotika. Helsedirektoratet (13) har nylig funnet det riktig å understreke betydningen av at det er krav til ny egen vurdering av samtykkekompetanse hva gjelder spørsmål om tvangsmedisinering.

Psykologforeningen mener derfor det er nødvendig å arbeide videre på hvorledes en adgang til å reservere seg bør se ut og hvorledes forsvarlig implementering kan sikres. Som en forlengelse av dette er det også nødvendig at medisinfrie døgntilbud videreutvikles og utbygges.

### **Innspill til spørsmål om mekaniske innretninger.**


Psykologforeningen støtter fortsatt forslaget om utfasing av tvangsmidler i løpet av 3 år, og viser til hørings svar fra 2019 for en gjennomgang av tema. Et fremtidig tilbud fordrer at man i løpet av treårsperioden har kommet svært langt med tiltak som direkte eller indirekte forebygger og gir alternativer til tvang.

Kravene til akuttavdelingens fysiske utforming (14) vil øke og må muliggjøre alternativer slik at pasientsikkerhetene økes eller ansattes sikkerhet minkes. Alternative sanserom hvor vekthjelpemidler, kuledyner og andre tiltak som kan roe ned pasienter må i langt større grad tas i bruk. Det må bygges egnede rom for skjerming av pasienter, ett behov som trolig vil øke på når mekaniske innretninger forsvinner. Det vil også være som tidligere nevnt særlig behov for omfattende opplæring i aggresjonsregulerende atferd intervensjon (MAP). En må ha ressurser til å øke antall miljøpersonell. Antall fagpersoner må opp og antall pleieassistenter må ned. Psykologforeningen vil særlig understreke at institusjonskultur og ledelse er helt sentralt i å lykkes i implementeringen av loven. Sivilombudets forebyggingsenhet (15) omtaler begge som risikofaktorer. Erfaringer fra steder som har redusert bruk av tvang betraktelig som Lovisenbergmodellen (16) bør implementeres ved andre akuttavdelinger.

### **4.5. Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling eller vil den foreslåtte adgangen til kortvarig skjerming i psykisk helsevern ivareta tjenestenes behov for å skape tilstrekkelig ro rundt pasienten for å komme i gang med behandling av de psykiske helseproblemene? (se punkt 6.15)**

Prinsipielt mener Psykologforeningen at det må stilles samme krav til et mest mulig komplett kunnskapsgrunnlag for alle typer behandling, både medikamentell og ikke-medikamentell. Bør derfor ikke videreføres. Metoden har svakt kunnskapsgrunnlag. I stedet satse på relasjonsbyggende tiltak som for eksempel motiverende intervju (17).

Med vennlig hilsen  
Norsk psykologforening



Håkon Skard  
President

---

## Referanser

1. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter->
2. [Statsbudsjett 2021 - kap. 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/statsbudsjett-2021/kap-740-helsedirektoratet-enderlig-tildelingsbrev/id2644474)
3. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
4. Forebygger tvang med psykologer i front - Aktuelt - Aktuelt - Foreningen - Norsk Psykologforening (psykologforeningen.no)
5. <https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/bet-seksjon-blakstad>
6. Hammer m.fl. (2016) "Effekten av Komplementær Ytre Regulering (KYR) på tvangstiltak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2016 s. 518-528
7. <https://sifer.no/map/>
8. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/04/17/laser-opp-dorene-pa-lovisenberg/>
9. High Intensiv Care (HIC) Netherland - <http://hic-psy.nl/about/>
10. <https://studmed.uio.no/elaring/fag/etikk/samtykke/index.shtml>
11. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
12. <https://www.fhi.no/publ/2021/effekt-av-antipsykotika-ved-behandling-uten-pasientens-samtykke-sammenligne/>
13. Påminnelse - Krav om selvstendig vurdering av pasientens samtykkekompetanse når det skal fattes vedtak om behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4 (tvangsmedisinering) (2021).pdf (helsedirektoratet.no)
14. <https://ukom.no/rapporter/utforming-av-skjermingsenheter/sammendrag>
15. [http://sivilombudsmannen-ung.no/wp/wp-content/uploads/2017/04/SIVOM\\_FOREBYGGENH\\_A%CC%8ARSMELDING\\_2016\\_WEB.pdf](http://sivilombudsmannen-ung.no/wp/wp-content/uploads/2017/04/SIVOM_FOREBYGGENH_A%CC%8ARSMELDING_2016_WEB.pdf)
16. <https://erfaringskompetanse.no/prosjekter/webinarer/lovisenbergmodellen-en-erfaringsbasert-modell-for-a-reduere-bruk-av-tvang-i-dogneheter/>
17. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

