

# Tvang i akutt psykisk helsevern Pårørendes erfaringer og rolle

Akuttkonferansen 8. februar 2019

hh

# Hovedpunkter

## ***Tvang i tvangen, psykisk helsevernloven kapittel 4***

- Skjerming/isolering, beltelegging, tvangsmedisinering/-ernæring, journalinnsyn, besøk, kontakt med advokat, frisk luft, kommunikasjonsbegrensninger
- Tvangsreduksjon som gulrot?

## ***Akuttinnleggelse – første ledd i «behandlingskjeden»?***

- Ventetid. Hvor fritt behandlingsvalg?

## ***«Stor sannsynlighet for helbredelse/vesentlig bedring» – hva betyr det?***

## ***Samtykkekompetansebegrepet***

- Har erstattet behandlingstvang?
- Er uenighet = samtykkeinkompetent?

## ***Klage og tilsyn***

- Hvilken tvang har klagerett? Hvilken har ikke?
- Kontrollkommisjonen. Fylkesmannen

# Tvang under tvangsopphold

- Vern om personlig integritet, rett til å dyrke sine interesser, til aktivitet og til daglige uteaktiviteter (ikke i et inne-atrium), § 4-2
- Skjerming, § 4-3, av hensyn til pasienten selv eller de andre
- Kommunikasjonsfrihet, § 4-5. Tidsbegrenset begrensingsadgang. (Når pasienten «blamerer seg» el. Når pårørende er brysomme?)
- Beltelegging, § 4-8. Forbudt som behandling. Krever tilsyn, beskrevet som et gode. Tidsbegrenset? (Forskr. § 26: «så kortvarig som mulig»)
- Omfang: Dårlig rapportering, jfr. VGs beltereportasjer

# Daglige uteaktiviteter

Journalnotat 4/9-14 : «*Pas. kom med et ønske om bare å trekke noe luft på utsiden av bygget. Ble forklart av u.t. at dette ikke var mulig pga. innestatus, noe pas. tok greit.*» Overlegen tilbakeviste at pasienten var nektet daglige uteaktiviteter. Kontrollkommisjonen behandlet ikke klagen på nekt av å få komme ut

Innkommstnotat 5/3-17: «*Skjerming. Ingen utgang*», grunngitt slik; «*av behandlingmessige hensyn*». Notat 15/3-17 endret «innestatus» til «*Ugang med følge til atriet*» (Innendørs atrium)

# Besøksbegr. som behandling. Beltelegging

*««Som en del av pasientens behandlingsplan hittil, har man vurdert det hensiktsmessig å tilpasse antall besøk, og varigheten av disse. Pas kan få besøk av foreldre 3 ganger i uken, men ikke to dager etter hverandre. Besøket avtales med pers på forhånd. En times varighet i besøkstiden mellom 16-20. Personalet skal være tilstede under besøket, dvs med åpen dør slik at personalet ser dem»»*

Kontrollkommisjonsvedtak 6/4-16 : *«Det fremgår av to journalnotater at lege skriver om fremtidig bruk av beltene, og at pasienten ikke skal låses ut de neste døgnene, og dette er klart i strid med minste inngreps prinsipp, at det legges føringer for bruken av mekaniske tvangsmidler i fremtiden. Sykehuset er pliktige til å fortløpende vurdere bruken av mekaniske tvangsmidler, jf. psykisk helsevernforskriften § 26.»*

Beltelagt hele døgnet fra 14/4, én beltefri time fra 20/4, fra 25/4 besøk og røykepause uten belter. Omtalt (av kontrollkommisjonen!) som *«en anerkjent metode ved uro og vold, som ble innført i 2010»*, den *«går ut på å slippe pasienten gradvis ut av beltene, og beltene brukes for å trygge pasienten.»*

Kontrollkommisjonen ga 26/4 medhold i klage over beltebruken, hvorefter avdelingsleder uttalte: *«Vi velger å ikke etterkomme vedtaket fra Kontrollkommisjonen og forventer en klage fra dere.»* Et kvarter senere ringte han tilbake, opplyste at han *«har nå sjekket ut og funnet ut at vedtaket er rettskraftig. Da vil vi selvfølgelig etterkomme det.»*

# Innsynsnekt som behandlingstiltak

- Journalnotat 8/11-2017: *«Hun har bedt om journal utskrifter, blodprøver siste uke. Det anses til hinder for bedring og foringer hennes utsikter for bedring. Hun er innlagt på tvang slik at det imøteses ikke.»*
- *«Vil ha utskrift av journal. Dr. A har sagt at dette er ok, men etter samtale med dr. B har de bestemt at dette ikke er hensiktsmessig nå. Skal heller ikke ha utskrift av tvangsvedtak.»* (journalnotat 9/11-17).
- Besøk kun én time besøk pr. dager var angivelig «avtalt» med pasienten, som tilbakeviste dette. Vedtak var ikke truffet. Avtalen fremgikk ikke av journalen. Advokat fikk ikke besøke sin klient fordi besøksbegrensningen var «oppbrukt»

# Fra akuttinnleggelse til behandling

- En 16 år gammel gutt ble innlagt og tvangsmedisinert i august 2017. (Foreldrene klaget, men fikk ikke medhold, heller ikke i de tre neste tvangsmedisineringsvedtakene.) Akuttenheten beholdt ham i fire måneder i påvente av at en utredningsenhet kunne ta ham imot for vurdering av mulig autisme og var psykisk utviklingshemming. Fylkesmannen var enig og bygget sitt vedtak om medisinerings på det. Foreldrene ba om at han ble overført til en annen utredningsenhet. Sykehuset avslo. Fylkesmannen stadfestet avslaget på ønsket om fritt behandlingsvalg. Foreldre ba om et medisinfritt behandlingstilbud. Sykehuset sa nei. Fylkesmannen var enig.
- Utredningsenheten utelukket autisme og utviklingshemming og henviste ham til videre behandling. Foreldre ba påny om fritt behandlingsvalg, til et behandlingssted uten ventetid. Sykehuset sa nei og ville sende ham til et sted med lang ventetid. Foreldrene klaget til fylkesmannen.
- Utredningsenheten måtte beholde ham i ventetiden. Da fikk han komme til behandling der foreldrene hadde søkt ham inn, etter å ha ventet i ett år og fire måneder på ordinær behandling. Der har han vært siden desember. Legen har stoppet tvangsmedisineringsen. Gutten er under nedtrapping og i klar bedring.

# Tvangsmedisinering

- Hovedvilkår: Behandlingen (kan) med stor sannsynlighet føre til helbredelse eller vesentlig bedring/unngå vesentlig forverring
- Hvor stor sannsynlighet?
- FMOA: 30 %?
- Sivilombudsmannen: SOMB-2017-3156
- Sannsynlighet generelt eller for den enkelte?



# SOMB-2017-3156

- Tvangsmedisinering kan bare gjennomføres som med «stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring i pasientens tilstand, eller at pasienten unngår vesentlig forverring av sykdommen» (§ 4-4 fjerde ledd annet pkt.)
- Regelen skyldes Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 3 som forbyr tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.
- Fylkesmannen: Ned mot 30 prosent sannsynlighet bør holde.
- Ombudsmannen: Regelen gir ikke rett til å «prøve ut» medisinering Loven krever klart høyere sannsynlighetsovervekt enn 50 prosent.

# Betydningen av behandlingspraksis

- Fylkesmannen: Det vil gi «*betydelige endringer i behandlingspraksis. En rekke pasienter vil da kunne gå glipp av muligheten til å få forsøkt om ellers tilgjengelig medikamentell behandling kan hjelpe dem*».
- Ombudsmannen: Det er ikke tale om en mulighet, men tvang
- Gode formål kan ikke tilsidesette vesentlige rettssikkerhetsprinsipper
- Har fylkesmannen rett, betyr det at dagens praksis er ulovlig, noe som i så fall gir grunn til alvorlig bekymring.

# Fra neglisjering til åpen kamp?

- Er kravet om stor sannsynlighet neglisjert i 30 år? (K. Lund)
- eller siden kravet ble forskriftsfastsatt i 1981?
- Betydningen av nasjonale retningslinjer fra 2013
- Er det fremdeles et paradigme at
  - At schizofreni krever livslang medisinering?
  - At slik sykdom krever medisin i «inntil fem år»?

# Paulsrud-utvalget NOU 2011: 9

- Effekten av antipsykotisk medisin ved akutte psykoser er moderat, men bedre enn placebo: *«Den absolutte forskjellen i risiko for ikke å nå bedringsmålet er stort sett mellom 10 og 20 prosent [... Antallet pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring (Number Needed to Treat), er fra 5 til 10.»*
- For vedlikeholdsbehandling er det lite forskning på langtidsforløpet ved schizofreni *«om man bruker antipsykotika i anbefalte døgndoser, i minimalt omfang eller ikke i det hele tatt. (...) En metaanalyse av studier som sammenligner effekten av andregenerasjons antipsykotiske midler og placebo, konkluderer med at faren for tilbakefall blir redusert med omtrent 25 prosent. Det tilsier at man vil forhindre ett tilbakefall for hver fjerde pasient som blir behandlet i et år eller to.»*

# (Hvordan) Bør reglene endres?

- Paulsrud-utvalget kapittel 19 (bemerkninger til lovutkastet § 5-4 om tvangsbehandling): Loven etterlevs ikke i praksis, fordi «*kravet om 'stor sannsynlighet' framstår som urealistisk, særlig der man står overfor nye pasienter*».
- Foreslo å senke kravet fra «stor» sannsynlighet» til «sannsynlighetsovervekt» (altså fremdeles 50 % eller mer)
- Vil det i så fall være en virkningsløs lovendring?

# Høringsuttalelser

- Senter for medisinsk etikk: «*Vi har ikke forskningsmessig belegg for å si at tvangsbehandling har positiv effekt, og vi vet at skadevirkningene ved bruk av tvang i psykisk helsevern er påtagelige*»
- Den norske legeforenings høringsuttalelse sa seg enig i «*utvalgets syn på at behandling med farmakologiske midler kan gi god effekt for enkelte pasienter*»

# Samtykkekompetansebegrepet

Momenter fra Helsedirektoratets rundskriv (IS-8/2015):

- Evnen til å uttrykke et valg
- Evnen til å forstå informasjon relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, for egen sykdom og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativ
- Evnen til å resonnerer og avveie ulike behandlingsalternativ

# HR-2018-2204-A

- Hvor mye påvirker sykdommen evnen til å vurdere realistisk sin egen tilstand og konsekvensene av sitt behandlingsvalg?
- Lovens formulering: «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3
- «Ønsket om å styrke pasienters selvbestemmelse har vært sentralt for at lovgiver innførte regler om samtykkekompetanse. I dette ligger et ønske om mindre bruk av tvang og større grad av frivilling behandling enn tidligere.» (premiss 58)
- «..avgjørende [...] om pasienten har evne til å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forutsetninger.» (premiss 59)



# Overprøving og kontroll

## Kontrollkommisjonen, phl kapittel 6

- Stadfester mer enn 90 % av klager over bruk av tvang
- Prøver jussen mer enn medisinen?
- Prøver sjelden tvang etter kap. 4

## Klage til fylkesmannen:

Stadfester mer enn 95 % av medisineringsklager

Fører et forvaltningsvennlig tilsyn for øvrig

## Domstolsprøving, phl § 7-1, tvisteloven kapittel 36:

Sjelden. HR-praksis har utvidet området for bruk av tvang

# Norges syn på CRPD

- Artikkel 14 og 25

«Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. *Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhets-garantier.»*

- Artikkel 12

«Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger. Norge anerkjenner også forpliktelsene til å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne mottar den støtte og bistand de trenger for å utøve sin rettslige handleevne. *Norge erklærer videre dets forståelse av at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt kontrollmekanismer.»*



# Høyesteretts syn på CRPD

HR-2016-01286\_A, avsnitt 29:

*«Det materialet som er fremlagt for Høyesterett med hensyn til hvilke føringer og begrensninger konvensjonen om personer med nedsatt funksjonsevne gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, er fragmentarisk, flertydig og i noen grad også motstridende. Ikke minst er rekkevidden av den sentrale bestemmelsen i artikkel 14 nr. 1 b usikker, når den sier at "the existence of a disability shall in no case justify deprivation of liberty", jf. nærmere Syse, Psykisk helsevernloven med kommentarer (2016) side 460–469.»*