

## Hørings svar NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven

---

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon støtter lovforslagets intensjon og gode hensikt i å forebygge og begrense bruk av tvang. Lovforslaget er radikalt, men også etter lengtet og ønsket i flere år. Dagens system med fire parallelle overprøvningsordninger gir lite effektiv ressursutnyttelse og vi støtter grunntanken om én felles lov som tilstreber å være arena-uavhengig og diagnose-uavhengig. Vi støtter også at personens behov for hjelp skal stå i sentrum framfor diagnose.

Vårt hørings svar er avgrenset til å gjelde problemstillingene rundt innbyggere med rusproblemer.

### Innledende, overordnede kommentarer

NOU-utvalget har gjort et svært grundig arbeid i å samle lovbestemmelsene om tvang. Kunnskapen og erfaringen om tvang og tilbakehold, etter kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven (hotl) virker imidlertid mindre grundig gjennomarbeidet.

**Vår overordnede tilbakemelding er at forslaget ikke ivaretar funksjonene til dagens bestemmelser, men dreier vurderingen om bruk av tvang vekk fra å være et ledd i motivasjon for videre behandling / rehabilitering til å avverge akutt skade/liv og helse. Vi kan ikke se at utvalget har drøftet denne endringen.**

Kommunene har de senere årene fått større ansvar for å ivareta innbyggere med alvorlige, langvarige og sammensatte lidelser. Vi anerkjenner at det nye lovverket generelt kan gi kommunen bedre mulighet til å ivareta personer som åpenbart forsømmes eller er til fare for andre. Parallelt utelater lovforslaget kommunens kompetanse i alle ledd av vurdering og gjennomføring av tvang og tilbakehold overfor folk med rusproblemer. **Dette undergraver kravet til tverrfaglighet, som er gjeldende i retningslinjer og andre lovbestemmelser.**

Det at lovforslaget går bort fra diagnosespesifikke lovhjemler kan bli krevende sett i lys av pakkeforløpene for psykisk helse og rus, som i stor grad baserer seg på strukturerte, diagnostiske vurderinger.

**Vi vil spesielt framheve endringene som lovutvalget foreslår knyttet til dagens § 10-4 i hotl om avtalt tilbakehold.** Forslaget endrer bestemmelsen fra avtalt tilbakehold til tvungent tilbakehold bestemt av TSB – framfor av pasienten i samarbeid med TSB. Dette gir unødvendig høy terskel for en bestemmelse som fremmer brukermedvirkning i behandling. Vi beskriver dette grundigere under kapitlet om ny inntaksmodell.

**Vi finner selve lovutkastet svært uoversiktlig.** Dokumentet er langt, begrepsbruken er enkelte steder inkonsekvent, det er mange kryssreferanser mellom ulike paragrafer, og det er vanskelig å finne en logisk oppbygging av teksten. Å få en fullstendig oversikt er derfor krevende og vi må ta forbehold om at vi kan ha oversett noen sammenhenger. Det er av samme grunn en krevende øvelse å oppdage hva utvalget eventuelt IKKE har drøftet eller diskutert.

Begrepsbruken, slik den nå fremstår i lovforslaget, vil kreve omfattende presisering gjennom forskrift/retningslinjer og rettspraksis. En vanskelig tilgjengelig lovtekst svekker rettsikkerheten til berørte.

Lovforslaget ser ut til å være drevet fram av omfattende tvangsbruk i psykisk helsevern og ovenfor demente, og personer med nedsatt psykisk/fysisk funksjon. Tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven

kapittel 10 er lite brukt, og det er uheldig om mangler i tvangslovgivning på andre fagområder skal begrense funksjonene til dagens lovbestemmelser i hotl kap 10 og også begrense handlingsrommet til kommunen.

Kunnskapsgrunnlaget som begrunner negativ effekt og virkning av tvang på rusfeltet er tynt. Utvalget viser til Lundeberg/Mjåland (2010) som skrev en rapport i forkant av gjeldende veileder. I boken «Tvang i rusfeltet» (Søvig, Lundeberg, Mjåland 2014) drøftes det mange negative aspekter ved dagens lovgivning, men ikke at det brukes for mye tvang. Problemene er snarere at praksisen i kommunen spriker for mye, at hastevedtak brukes som en hovedregel, og at avtalt tilbakehold i for liten grad benyttes som en hovedregel.

## Om felles, snevrere tvangsbegrep:

**Innføringen av begrepet beslutningskompetanse framfor samtykkekompetanse har uklare og bekymringsverdige konsekvenser for folk med rusproblemer.** Tidligere har praksis vært at alle med rusproblemer har samtykkekompetanse. Nå skriver utvalget (side 445) at «det vil være situasjoner der personer med rusproblemer er uten beslutningskompetanse i lengre tid når det gjelder spørsmålet om helsehjelp». Som eksempler skriver utvalget «hjerneskada og ukritisk rusbruk».

**Slik Fagrådet kjenner målgruppa for lovbestemmelsene vil en svært stor andel av våre tjenestemottakere komme inn under beskrivelsen «ukritisk rusbruk».** I tillegg legger utvalget til at kombinasjonen av rus og psykiske problemer kan resultere i manglende beslutningskompetanse. **Til sammen mener vi at lovforslaget kan ta bort beslutningskompetansen hos en stor andel av vår pasientpopulasjon. Dette er en graverende endring.**

Utvalget stiller nettopp mangelen på beslutningskompetanse som vilkår for bruk av tvang og vil overfor folk med rusproblemer derfor **senke** terskelen for bruk av tvang – ikke begrense.

**Med andre ord går lovteksten fra «mild» til mer inngripende.**

Hvis utvalget mener dette er riktig mangler kunnskapsgrunnlaget for dette. Dagens beslutningssystem gir i seg selv en klar begrensning av tvangsbruk gjennom kravene til grundighet i den kommunale prosessen frem mot en sak for fylkesnemnda. En mulig utilsiktet konsekvens av lovforslaget kan være flere korte tvangsvedtak for folk med rusproblemer, siden prosessen med å fremme tvangssak blir enklere enn etter dagens ordning.

*Det er videre urovekkende at eksemplene på beslutningskompetanse på side 446 er om alkohol for pasienten **med** kompetanse og illegale stoffer i eksempelet der en vurderer om pasienten er uten kompetanse. Vi er bekymret for at ordvalget vil forsterke stigma av personer som bruker illegale rusmidler.*

Vi er klar over, som utvalget også skriver, at flere innbyggere med rusproblemer er innlagt på tvang etter lov om psykisk helsevern enn etter helse- og omsorgstjenesteloven. Lovbestemmelsene i hotl kap 10 er like fullt brukt i utstrakt grad med tanke på avtalt tilbakehold (10-4) og gravide (10-3) og har i dag høy grad av rettssikkerhet.

Et vedtak om tvang handler i dag ofte om at folk har stått i en svært vanskelig livssituasjon over lang tid der bruken av en eller flere rusmidler har tatt helt overhånd over hverdagen. Kommunikasjon og informasjonsbearbeiding kan være et stort problem. Kunnskapen om hva alvorlige rusproblemer gjør med folks prioriteringer, tanker og atferd kommer ikke fram i lovutkastet. Alvorlige rusproblemer kan oppleves som en tvang i seg selv – noe folk er fanget i – uten å være i stand til å ta imot hjelp. Etter lang tids feilernæring, søvnmangel, ikke-dødelige overdoser og kriser. **Vi ønsker økt bruk av avtalt tilbakehold**

**(som er dagens hovedanbefaling), men er kritiske til å ta bort folks beslutningskompetanse på dette grunnlaget.**

Utvalget skriver videre at for personer som ruser seg hardt og kontinuerlig vil det være et åpent spørsmål om personen er beslutningskompetent (438). De vil være i stand til å fatte en beslutning, men ikke holde fast i den når trangten til rusmidler melder seg (Hvilket er grunntanken for dagens § 10-4 avtalt tilbakehold). Vi oppfatter at beslutningskompetanse er et resultat av utvalgets forslag om et felles, snevrere tvangsbegrep, der det blir lettere å få hjelp for den som ikke viser motstand, men mangler beslutningskompetanse.

På rusfeltet vil dette kunne medføre en klar økning i antall tvangsvedtak, **noe som er i strid med tidligere veileder – som legger vekt på å prioritere avtalt tilbakehold der pasienten ønsker dette ut fra tidligere erfaringer med behandlingsavbrudd.**

## Begrepsforvirring rundt misbruk, skadelig bruk og avhengighet

Utvalget beskriver selv et problem rundt skiftende begrepsbruk i rusfeltet (side 318) der de peker på at «misbruk» er ute av IDC-10 og er erstattet med «skadelig bruk» og «avhengighet». DSM-5 opererer med «rusmiddelbruksforstyrrelse» spesifisert etter alvorlighetsgrad og type rusmiddel. De konkluderer med at de ønsker å bruke begrepet «rusproblem» eller «rusmiddelproblem» i lovforslaget.

450 sider senere er de i lovforslaget tilbake til misbruk som begrep, eksempelvis:

- § 5-6, nummer 1 der ett av vilkårene er at kvinnen misbruker rusmidler
- § 5-6 nummer 4, om vurdering av rusmisbruk
- § 5-5 der utvalget både bruker rusproblem og rusavhengighet. To ulike begrep i samme paragraf kjenner vi fra nåværende lovverk at gir mange konsekvenser for juridisk praksis.

## Tvang ved gjennomføring

Utvalget problematiserer i liten grad bruk av urinkontroll som tvangsmiddel. Det er lang tradisjon med mye negativ kontroll på rusfeltet og lovforslaget tar i liten grad opp dette. Utvalget skriver imidlertid (side 600) at «Rusmiddeltesting er et gjennomføringstiltak som har en uvanlig og potensielt krenkende karakter». Like fullt mener utvalget at det er «klart at det må kunne fattes vedtak om rusmiddeltesting av behandlingmessige grunner».

Urinprøver er for mange knyttet til frivillighet og er noe mange ønsker av hensyn til permisjoner eller andre goder. **For strenge vilkår i en lovbestemmelse kan virke mot sin hensikt.**

Lovforslaget åpner opp for en bred skjønnsmessig bruk av pålagte urinprøver uten samtykke der begrunnelsen for å gjennomføre uten samtykke er tre; «ledd i behandling», «mistanke om aktiv rusmiddelbruk» og «strengt nødvendig i forhold til helsehjelpen». **Dette er en sterk innskjerping av dagens bestemmelser og uhensiktsmessig slik vi vurderer det.**

**I dagens lovverk kan ikke testing av biologisk materiale gjennomføres uten samtykke, men i utkastet til § 6-20 åpner utvalget for tvangsgjennomføring.**

## Lovforslag som lener seg på tradisjon framfor kunnskap?

Det har vært påpekt i mange år, at det er for lite forskning på effekten av tvang og tilbakehold etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10. Til tross for at vi ikke har kunnskap om effekten av antall uker eller måneder på tvang, fortsetter utvalget i dette lovforslaget tradisjonen med å angi antall uker og måneder

til tallet tre; tre uker, tre pluss tre uker og tre måneder. Et eksempel er § 5-4, nummer 10. Dette er ikke kunnskapsbasert, men tradisjon som utvalget selv også beskriver (side 731).

Vi ser at loven må skissere en maks grense som gjerne kan være tre måneder inntil mer forskning er på plass. Vårt ønske er imidlertid en større mulighet for at individuelle behov blir ivaretatt der vurderinger blir gjort underveis og helst i tråd med intensjonen om å motivere til videre behandling.

## Tvang er sjelden en «lettvint løsning» etter dagens bestemmelser

Utvalget beskriver videre et viktig vilkår om at oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten inngår avtale om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Vi undrer oss imidlertid sterkt over utvalgets begrunnelse der de understreker dette som et absolutt krav fordi tvang «ikke skal bli en lettvint løsning i akutsituasjoner». Med det dokumentasjonskravet med tilhørende tidsfrister og saksbehandling som foreligger med dagens system, vitner det om at utvalget har begrenset erfaring og oversikt over praksis. Det er lite fristende for ansatte å bruke dagens lovverk som lettvinde løsninger, noe som også det lave antall vedtak vitner om.

Vi mener det er mer sannsynlig at endringen utvalget foreslår vil føre til flere akutte innleggelses fordi korte opphold oppleves mindre inngripende enn lengre.

**Ut fra kravet om å yte god og nødvendig helsehjelp må vi løfte riktig bruk av tvang like mye som tvangsbegrensning.**

## Ny inntaksmodell i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, overgang til en tjenestemodell

**En ny tjenestemodell slik utvalget foreslår vil føre til at fagkompetanse og relasjonskompetanse i kommunen ikke blir inkludert i arbeidet med tvang og tilbakehold. Både i vurdering (de kan kun skrive begjæring), i beslutning og gjennom tvangsbegrensningsnemndene. Sosialfaglig kunnskap og kommunal kompetanse generelt er satt helt på sidelinjen. Bistandsteam som er anbefalt modell i dag fremhever i mye større grad tverrfaglige og tverrsektorielle vurderinger og samarbeid, i tråd med pakkeforløpstenkingen.**

Utvalgets forslag er at de som skal stå ansvarlig for behandlingen i TSB også skal avgjøre tvangsvedtaket. De mener at dette vil sikre bedre faglighet i tvangsvurderingene. Begrunnelsen er i beste fall en fornærmelse mot kommunalt ansatte og mot alle anbefalinger om tverrfaglige team og samarbeid de siste årene. Det er videre overraskende at bistandsteam som sikrer samarbeid og som er anbefalt i Veilederen for bruk av tvang i rusfeltet (2016) ikke er drøftet grundigere som en foretrukket modell. Erfaringen med bistandsteam er gode og er allerede etablert i flere helseforetak med tett samarbeid med kommunene.

Utvalget flytter hele grunnmuren for vurderinger om bruk av tvang for folk med rusproblemer, helt vekk fra sosialfaglige/kommunalt ansatte, fra dem som gjerne kjenner pasientene over lang tid, over til to leger ved undersøkelse (§5-4, nummer 9) og for vedtak (§9-1) «lege med relevant spesialistutdanning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning». Dette er på rusfeltet, en total omlegging av praksis.

Det er imidlertid viktig å understreke at vi er positive til at ansvar for vurdering av tvang også legges til spesialisthelsetjenesten, men kritikken er at utvalget ikke sterkere inkluderer samarbeid med kommunen og inkluderer deres vurderingskompetanse i lovforslaget.

## Fra motivasjon til videre behandling til å avverge akutt skade

Forslaget dreier også vurderingen om bruk av tvang vekk fra å være et ledd i motivasjon for videre behandling / rehabilitering til å avverge akutt skade/liv og helse. Vi kan ikke se at utvalget har drøftet denne endringen. Dette har vært en av de viktigste funksjonene for dagens bestemmelser som fortjener større oppmerksomhet.

Når det gjelder saksbehandlingen knyttet til vurderinger om tvang ser det ut til at utvalget har måttet velge mellom å gi folk med rusproblemer dårligere rettssikkerhet eller folk med psykiske problemer sterkere rettssikkerhet.

Vår vurdering er at samlet sett taper begge gruppene på forslaget slik det nå foreligger. Ingen av gruppene oppnår sterkere rettssikkerhet.

## Avtalt tilbakehold går fra å være hovedanbefaling til å bli «tvungent tilbakehold» bestemt av TSB

Utvalget foreslår en reell forbedring av dagens lovbestemmelse gjennom å åpne opp for muligheten til å forlenge tilbakehold. De foreslår imidlertid å halvere en praksis fra tre måneder til maks seks uker (3 + 3 uker), noe vi ikke støtter. Grunnen til at vi ikke støtter dette er kunnskapen fra praksis som viser at ambivalens hos målgruppen er et gjennomgangstema og ofte varer lengre enn seks uker. Behovet for avtalt tilbakehold på minst tre måneder bør være en mulighet for folk å velge, om de ønsker det. Begrunnelsen for hvorfor tre uker er valgt er også uklart i lovforslaget.

Dagens lovbestemmelse i § 10-4 åpner opp for avtaler der pasienter i avrusning eller langtidsbehandling har mulighet til å inngå avtale med institusjonen om avtalt tilbakehold for hele eller deler av behandlingsoppholdet. **Bestemmelsen er hovedanbefalingen i dagens lovverk fordi den sikrer pasientmedvirkning og medbestemmelse.**

I tillegg til å redusere antall uker gir utvalget avtalen et nytt navn «tvungent tilbakehold» (§5-3). Ordvalget er uheldig sammenlignet med dagens bestemmelse og gir en unødvendig høy terskel.

**I tillegg er terskelen økt for å få denne type avtale, ved at utvalget setter et vilkår om at «tungtveiende faglige grunner tilsier det...» framfor personens eget ønske, som danner utgangspunkt for dagens vurdering. Dette svekker retten til brukermedvirkning og medbestemmelse.**

## Endring i beslutningssystem gir endring i rammebetingelser

Rettsikkerheten i dagens lovverk er etter vårt skjønn sterk. Slik det nye lovutkastet for tvangsbegrensning er formulert i dag, risikerer vi dårligere rettssikkerhet for innbyggere med rusproblemer.

Når utvalget endrer beslutningssystemene endrer de i tillegg rammebetingelsene for tvang. Forslaget slik det nå foreligger vil kunne føre til at kommunenes eneste og sannsynligvis maksimale befatning med tvang er å skrive en kort tvangsbegjæring til TSB.

Kommunene må ha tillitt til at vurderingene TSB tar er til det beste for pasienten. Båndene ute i distriktene er imidlertid tette, og det er ofte de samme fagfolkene som i dag veileder en kommune i bruk av tvang, som også har utgiftene ved en eventuell plassering. Det er vanskelig å tenke seg at kapasitet og

ressurser ikke vil spille noen rolle i vurderingen - også i det nye lovforslaget. Dette gjelder ikke bare frivillig/tvungent tilbakehold, men alle typer tvangsvedtak i rusfeltet.

## Gravide med rusproblemer

Når det gjelder gravide med rusproblemer opplever vi at dagens lovverk fungerer godt og at bistandsteamene ivaretar behovet for tvangsbegrensning og veiledning for å sikre god praksis. Vår erfaring er at en stor andel av kvinnene er ukjente for spesialisthelsetjenesten og at det er kommunen som oppdager situasjonen kvinnene er i. Kommunen får kjennskap til kvinnene og deres hjelpebehov når de selv, familie, venner, personer i rusmiljøet eller politiet tar kontakt med kommunens ansatte. Vi er usikre på hvordan lovforslaget mener at TSB og nemndene skal ivareta denne kontakten, og også den nødvendige oppfølgingen som gis før et eventuelt tvangsvedtak fattes.

Utvalget drøfter ikke at disse sakene bør vurderes av barnelege på bakgrunn av komplekse årsaksvurderinger. Rusmidler er generelt farlig for fostre, men det er ofte særegne utfordringer i situasjonene som krever spesialkompetanse. Eksempelvis at rusbruk hos en gravid kvinne først blir oppdaget når kvinnen er fire måneder ut i svangerskapet, hvilket kan innebære at en omfattende skade allerede er et faktum. Kravet til nøktern og kompetent vurdering er avgjørende.

Vi støtter utvalgets generelle holdning til at forhåndssamtykke bør få en mer framskutt stilling, også for gravide, men undrer oss igjen på argumentasjonen for å redusere muligheten til avtalt tilbakehold til tre pluss tre uker (side 504). Igjen burde muligheten til individuelle vurderinger vært mer fleksibel.

## Pårørende

I dag har pårørende til folk med rusproblemer en lovfestet rett til tilbakemelding på hva kommunen har vurdert etter mottatt bekymringsmelding. Dette foreslås å ta vekk. Ansatte i kommunen gir oss tilbakemelding om at denne retten er nødvendig. Pårørende har ikke klageadgang, men de har rett til å få tilbakemelding. I utvalgets forslag er pårørendes rettigheter redusert til en «rett til å få tilpasset informasjon» (§3-1). Vi mener at dette må endres for å styrke pårørendes rettigheter.

## Om ny, felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll: fylkesmennene og nye tvangsbegrensningsnemnder

Tvangsbegrensningsnemnder skal føre kontroll med all tvangsbruk. Innbyggere innlagt på «rustvang» får dermed «de samme klagemuligheter og tilsyn i institusjon som pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven har i dag», skriver utvalget. Ordvalget er neppe tilfeldig, men folk med rusproblemer har et sterkere rettsvern etter dagens lovverk enn det som nå er foreslått.

## Tvangsbegrensningsnemnder uten sosialfaglig kompetanse

For å begrense bruk av tvang foreslår NOU-utvalget å avvikle kontrollkommisjonene og fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, og i stedet opprette tvangsbegrensningsnemnder som skal bestå av en jurist som leder, en lege og en pårørende/bruker. I tillegg skal de nye nemndene ta over noen av tilsynsoppgavene som ligger hos fylkesmannen i dag.

Utvalget nevner ikke behovet for sosialfaglig kompetanse. Heller ikke i dette leddet skal kommunens erfaring og kompetanse ha nytteverdi. En bekymring knyttet til dette er at utvalget heller ikke nevner rusavhengighet som eget kunnskapsfelt for de sakkyndige som skal sitte i nemndene (side 650).

Med andre ord foreslår utvalget en nesten identisk sammensetning som kontrollkommisjonen har i dag, men med en reduksjon på ett lekmannsmedlem, fra to til ett. Dette er kanskje ikke overraskende, men i

**praksis en fortsettelse av en sterk tradisjon innen psykisk helsevern med svakere rettssikkerhet enn dagens lovverk som regulerer tvang og tilbakehold overfor folk med rusproblemer.**

Den nye nemnda skal i tillegg overta Fylkesmannens tilsynsoppgaver. Den kompetansen som Fylkesmannsembetene har opparbeidet seg på de ulike fagfeltene kan dermed falle bort når de ikke er tildelt en fagrolle i nemndene.

**Når diagnoser ikke lenger rammer inn nemndene er kravet til bredere kompetanse større. Valget av pårørende, bruker, jurist og lege kan bli mer krevende.** Utvalget bør uttale seg om hvilken erfaring og kompetanse nemndsmedlemmene skal ha for å vurdere bredden av problemstillinger fra alvorlig rusproblematikk og psykoser, til demens, fostermedisin, spiseforstyrrelser, forebygging og barnevern.

Uten unntak ser utvalget for seg flere nemnder i hvert fylke. I 2018 var det 54 kontrollkommisjoner som i stor grad var knyttet til de store psykiatriske sykehusene. De nye nemndene får større krav til stedlig tilsyn og et større ansvarsområde, utvalget mener følgelig at en god del flere enn 54 nemnder må oppnevnes. Vi ser med stor interesse på hvordan dette praktisk skal løses ut fra demografiske og geografiske utfordringer da det er en mangel på eksperter i enkelte regioner.

Økonomisk vil en spare på utgifter til Fylkesnemndene og justeringen med én mindre medlem i nemnda enn kontrollkommisjonen. Utvalget mener at etableringen av de nye nemndene vil koste ekstra i en overgangsfase, men mener at forslaget legger så godt til rette for redusert bruk av tvang at ordningen på sikt blir kostnadsnøytral med dagens ordning. Vi undrer oss over at utvalget ikke i større grad problematiserer kostnader til et større antall nemnder, et større antall sakkyndige og ikke minst et større antall nemnder i områder der eksperttettheten er liten eller også fraværende.

I forslaget ligger det ti millioner til opprettelse av nemndene. Hvor mange nemnder som skal til er uklart i forslaget, men skal innretningen være annerledes enn kontrollkommisjonene og tettere på kommunene så må antallet opp.

Fylkesmennene er foreslått tillagt en rekke svært omfattende oppgaver som sekretariat/ administrativ enhet for tvangsnemndene, samt formalgodkjenning av alle tvangsvedtak fortløpende. Dette er et stort omfang vedtak i tillegg til de øvrige sekretariatsoppgavene. Vi tror ikke fylkesmennene, selv om de skulle bli tilført ekstra midler, vil kunne løse dette på en måte som sikrer rettssikkerheten til samtlige personer underlagt tvang. Så vidt vi kan se drøftes heller ikke hvilken betydning regionaliseringen fra 2020 vil kunne bety for denne løsningen. I tillegg til kostnadseffektivitet begrunnes valget med at fylkesmennene vil ha en nærhet til tjenestestedene. Dette argumentet kan lett svekkes fra 2020.