



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

19/2594

2019/1636 3 PBØ

20. desember 2019

Høringsuttalelse NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven

Statens helsetilsyn viser til høringsbrev 20. juni og telefonsamtale 9. desember hvor vi fikk utsatt høringsfristen til 20. desember.

Utvalget har gjennomført et betydelig og fortjenestefullt arbeid.

Statens helsetilsyn har delt høringsuttalelsen inn i fem deler:

- Forslaget om en felles lov
- Saksbehandling
- Tilsyn og kontroll
- Tilbakemeldinger til enkelttemaer og bestemmelser
- Konsekvenser og ressursanslag

Vi har ut fra vår rolle som overordnet faglig tilsynsmyndighet med helse- og omsorgstjenestens etterlevelse av helselovgivningen valgt å fokusere på forslaget om en felles lov. Videre har vi særlig sett nærmere på utvalgets forslag til ny ordning for saksbehandling, kontroll og tilsyn som er en sentral del av utredningen og lovforslaget.

Sammendrag

Statens helsetilsyn har forståelse for ønsket om å ha en lovregulering for bruk av tvang som henger sammen og bygger på de samme prinsippene, materielt, prosessuelt og lovteknisk. Det er viktig at bestemmelser om tvang fremkommer i sammenheng og som helhet. Samtidig viser utredningen og lovforslaget at en løsning med en felles lov er krevende.

Utredningen og lovforslaget er vanskelig tilgjengelig. Bakgrunnen og de nærmere begrunnelser for utvalgets hovedforslag er krevende å finne frem til og koble opp mot med de enkelte lovbestemmelser.

Lovforslagets kompleksitet gir grunn til å stille spørsmål ved om en felles lov er et godt grep. På helse- og omsorgsområdet er det praksis for å regulere ulike forhold/temaer i hver sine lover/kapitler, men slik at temaene forutsetningsvis henger sammen og er tilpasset øvrig lovgivning. Foreliggende forslag til gjennomgående tvangsregulering for helse- og omsorgssektoren fremstår ikke som et hensiktsmessig og effektivt reguleringsgrep.

Vi ber derfor departementet om å vurdere et felles lovsystem – enten ved at det er kapitler i samme lov eller at det fremmes et samlet forslag med flere lover som så langt som mulig bygger på de samme prinsippene, samtidig som det i større grad gis mulighet til å innrette reguleringen mer konkret mot de forhold som skal reguleres.

Dersom det skal være en lov må loven omarbeides og forenkles. Lovutkastet har et stort antall forskriftshjemler og utredningen overlater mange komplekse problemstillinger til forskrifter, veiledere og rundskriv. Det er viktig at loven og tilgjengeligheten til den ikke kompliseres av bruk av en for stor mengde forskriftshjemler mv.

Høstens diskusjon om lovforslaget i media og under konferanser har ofte handlet om at utredningen og lovforslaget er komplekst og at de ikke er lest og forstått på en riktig måte. Dette illustrerer etter Helsetilsynets vurdering et alvorlig og grunnleggende problem med utredningen og lovforslaget. Utredningen og lovforslaget som er på høring leses ikke i sin helhet eller på samme måte av de som er opptatt av saksfeltet. Dette utgjør både et pasient- og brukersikkerhetsproblem og et rettsikkerhetsproblem for pasienter, brukere, pårørende og for tjenesteutøvere ved en senere anvendelse av forslaget til lov.

Saksbehandlingsreglene og kontrollordningene henger sammen. Det er viktig at det gjøres gode vurderinger om bruk og gjennomføring av tvang tidlig i saksbehandlingsprosessen av hensyn til pasientenes og brukernes sikkerhet og rettsikkerhet, fremfor senere ved klage eller obligatoriske kontroller. Videre er det viktig og nødvendig at ansvarlige virksomheter selv holder oversikt over egen tvangsbruk og følger opp denne.

Forslaget om innføring av tvangsbegrensingsnemnder innebærer en rekke uklarheter knyttet til fylkesmannens rolle og oppgave som tilsynsmyndighet etter helsetilsynsloven, samt forholdet mellom fylkesmannen som tilsynsmyndighet og tvangsbegrensingsnemnda. Forslaget fremstår upraktisk, tungdrevet og potensielt svært kostbart. Ordningen fremstår til dels som svak og som et forsinkende ledd ved spørsmål om tvang for å kunne yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det vanskelig å se at den foreslåtte modell med tvangsbegrensingsnemnder vil utgjøre et vesentlig bidrag til å ivareta en hensiktsmessig og effektiv rettsikkerhetsordning

Statens helsetilsyn foreslår derfor at departementet vurderer en alternativ klage- og kontrollordning. Vi foreslår at fylkesmannen fortsetter med dagens oppgaver knyttet til tvang og overtar de oppgaver som er foreslått lagt til tvangsbegrensingsnemndene. Dette vil innebære én klage og kontrollinstans, forenkle deler av loven og redusere et betydelig innslag av overlappende oppgaver for klage og kontrollorganene. En slik

kontrollordning vil kunne redusere samordningsbehov og administrasjon mellom klage og kontrollinstansene, og være mer hensiktsmessig og effektiv.

De økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget må utredes. Dette gjelder for primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og for fylkesmennene.

Forslaget vil ha helsemessige konsekvenser for pasienter og brukere med økt belastning for pårørende og samfunnet. Helsetilsynet finner grunn til å understreke at redusert bruk av tvang ikke vil medføre innsparinger. Det vil kreve økning av personale med kompetanse, nye og bedre bygninger og fremfor alt økt omfang av tilrettelagte tjenester og tiltak i kommunen så som bolig, oppfølging av tjenestene og meningsfulle aktiviteter og økt behov for plasser i sikkerhetsavdelinger.

Forslaget om en felles lov

Utvalget har utarbeidet et utkast til felles lov i henhold til mandat og forventninger fra mange hold.

Utvalget oppsummerer om en felles lov er mulig og ønskelig i kapittel 3. I punkt 15.2 drøfter utvalget kort tre alternativer for lovstruktur. Utvalget lander på en ny felles tvangsbegrensningslov fremfor det andre hovedalternativet med justeringer av dagens lover.

Statens helsetilsyn har forståelse for ønsket om å ha en lovregulering for bruk av tvang som henger sammen og bygger på de samme prinsippene, materielt, prosessuelt og lovteknisk. Det er viktig at bestemmelser om tvang fremkommer i sammenheng og som helhet.

Samtidig viser utredningen med lovforslagets struktur og utforming av bestemmelser at en løsning med en felles lov er krevende.

Loven er forutsatt å avløse lover og kapitler i lover som har blitt til på forskjellige tidspunkter og sammenhenger. De har gjennomgått enkelte forandringer ettersom samfunnet og kravene har endret seg, men de har ikke et helhetlig perspektiv som bygger på de samme prinsippene for materielle og prosessuelle regler.

Etter Helsetilsynets vurdering er det ikke gitt at en felles lov for «alt» av tvang på ulike områder av helse- og omsorgstjenesten, med forskjellige betingelser og situasjoner mv, gir en bedre struktur og regulering og ivaretagelse av de formål som skal oppnås. Det kan være bedre å holde ulike forhold, situasjoner mv fra hverandre i egne kapitler eller som egne lover selv om de også har fellestrekk.

Det er svært vanskelig å overskue hvilke konsekvenser lovforslaget vil ha for pasienter, brukere, pårørende, helsepersonell, helse- og omsorgstjenester og samfunnet mer generelt.

Lovforslaget er komplekst og vanskelig tilgjengelig for pasienter, brukere, personell og tjenester. Særlig valget av henvisningsteknikk for å redusere tekstmengden har gjort reglene vanskelig tilgjengelig. En slik teknikk reduserer pasientenes, brukernes og pårørendes mulighet til å lese og forstå regelverket. Også for virksomhetene, tjenesten og personell som i praksis skal anvende reglene, fremstår reglene

kompliserte. Ved senere behov for endringer av loven kan det på grunn av kompleksiteten bli krevende å innplassere nye bestemmelser.

Mye taler for at lovforslagets krevende form innebærer en stor risiko for at den ikke blir lest og forstått, slik at vesentlig tilbakemeldinger ikke vil bli gitt i høringsomgangen. Medieoppslag i Dagens medisin indikerer at utvalgets intensjoner ikke blir forstått og anerkjent slik utvalget ønsker.

Utfordringene med forståelse av regelverket forsterkes ved lovforslagets gjennomgående bruk av skjønnsmessige ord og uttrykk heller enn mer kjente diagnosenære uttrykk og mer presise kriterier og vilkår. Det er viktig å være oppmerksom på at tjenester og helsepersonell som har forholdt seg til pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A eller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har hatt et mer tilgjengelig regelverk for de problemstillinger som de møter i sitt arbeid, og et regelverk som er knyttet til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tjenesteutøvere som har satt seg inn i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A eller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 vil måtte sette seg inn i et helt nytt regelverk.

Selv om det også vil være krevende med egne kapitler eller lover med felles prinsipper og innbyrdes sammenheng, bør det vurderes nøye om en felles lov er den beste løsningen. Foreliggende forslag til felles lov kan svekke pasientsikkerheten og rettsikkerheten for mennesker i en svært sårbar situasjon.

Vi ber derfor departementet om å vurdere et felles lovsystem – enten ved at det er kapitler i samme lov eller at det fremmes et samlet forslag med flere lover som så langt som mulig bygger på de samme prinsippene, samtidig som det i større grad gis mulighet til å innrette reguleringen mer konkret mot de forhold som skal reguleres.

Foreliggende forslag til felles lov krever etter Helsetilsynets vurdering en omfattende omarbeiding og forenkling, og at reglene i større grad skrives fullt med mindre bruk av interne henvisninger.

Fokuset på å begrense og unngå bruk av tvang

Utvalgets beskrivelse av sitt verdisyn gjennom tilhørende premisser fremstår etter Helsetilsynets vurdering som gode prinsipper for de avveiningene som må foretas ved fremtidig lovgivning, og valgene som må foretas for den enkelte pasient og bruker med behov for tjenester og om nødvendig med bruk av tvang. Herunder bruk av tvang for å beskytte andres rettigheter og menneskeverd jf. utvalgets omtale av avveininger i kapittel 13 og omtale av sårstelledommen.

Utvalget er etter hva vi kan se gjennomgående tydelig på at tvang generelt brukes i for stor grad og at den må begrenses. Dette følges direkte opp i lovens tittel, formål og konkrete oppgaver og føringer for tjenestene og kontrollorganene.

Slik loven er utformet er behovet for å yte helse- og omsorgstjenester - om nødvendig med tvang – underkommunisert etter vår vurdering.

Vi har for eksempel gjennom våre tilsynsoppgaver i forbindelse med alvorlige hendelser i tilknytning til barnevernsinstitusjoner avdekket at det til enhver tid er barn

med et stort udekket behov for helsehjelp på barnevernsinstitusjoner. Se vår rapport «Omsorg og rammer – Når barn trenger mer» 9/2019. Mange av disse barna ønsker ofte ikke helsehjelp, selv om både helsevesen og barnevernstjenesten vurderer at helsehjelp er nødvendig for å unngå stor fare for barnets eller andres liv eller helse. I rapporten stiller vi spørsmål ved om mulighetene barna har for å takke nei til behandling gjør at de ikke får den hjelp de har behov for, og om innleggelse med tvang i psykisk helsevern kan være nødvendig i noen tilfeller der hjelpebehovet er stort. For noen barns helse og utvikling vil bruk av tvang gi rammer for god omsorg. Vi er derfor bekymret for en beskrivelse og lovtittel som kan gi samfunnet inntrykk av at tvang alltid er et onde.

Lovens tittel, formål

Statens helsetilsyn mener at loven, som primært skal hjemle tvang i helse- og omsorgssektoren, bør gi uttrykk for dette i lovens tittel fremfor ensidig fokus på formålet om å begrense tvang. Vi foreslår lovtittelen «lov om bruk av tvang i helse-omsorgstjenesten».

Etter Helsetilsynets vurdering burde det også av lovens formål klart fremgå at det er legitimt å yte nødvendige helsetjenester og omsorg ved bruk av tvang, jf. formålet slik det er beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1 første ledd. «Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang».

Det bør i lovens formål være tydelig for personer, pårørende og andre (som møter/arbeider med personer som trenger helse- og omsorgstjenester) at tjenestene om nødvendig kan bruke tvang etter nærmere vilkår. For eksempel ved at § 1-1 Lovens formål utvides med et eget punktnummer hvor det framgår at formålet med loven er særlig å «yte nødvendig helsehjelp og omsorg».

Saksbehandling

Statens helsetilsyn støtter utvalgets vurdering om at forvaltningslovens krav ikke gir en tilstrekkelig regulering av krav til vedtak om tvang.

Helsetilsynet vil imidlertid nevne en bekymring som det kan være grunn til å overveie. Vi har erfaringer som tilsier at det er en utfordrende balansegang å finne frem til rett nivå og omfang av prosessuelle regler i forbindelse med beslutninger om tvang. Det er på den ene siden viktig med gode og betryggende prosesser med god dokumentasjon for utredning, vurdering og beslutning om tvang. Samtidig kan kravene til prosesser og dokumentasjon på den annen side bli så omfattende at det i seg selv kan medføre at regelverket ikke blir benyttet.

Etter Helsetilsynets skjønn kan den detaljerte opplistingen til et vedtaks innhold i utkastet § 9-16 Generelle krav til vedtak og § 9-17 Særlige krav for enkelte typer tiltak både ha positive og negative virkninger. Som utvalget skriver fordrer omfattende og spesifiserte krav at det utarbeides og brukes vedtaksmaler med fare for rene avkrysningsøvelser fremfor grundige vurderinger.

Helsetilsynets erfaring tilsier likevel at det er lettere å få med alle relevante og nødvendige opplysninger i et vedtak hvis dette tydelig fremgår av loven, jf. vedtak

etter hol. kapittel 9. Videre bruker helsepersonell Helsedirektoratets mal for vedtak etter pbrl. kapittel 4 A.

Alt som legger til rette for at vedtakene blir korrekte bør skje så tidlig som mulig i prosessen for ivaretagelse av pasientenes og brukernes sikkerhet og rettsikkerhet, fremfor ordninger som kommer senere i saksbehandlingsprosessen i form av kontroll mv.

Samlet sett støtter Statens helsetilsyn at det stilles detaljerte krav til vedtak av hensyn til hva tjenestene må vurdere og beskrive. Detaljerte vedtak understøtter også pasientenes, brukernes og pårørendes mulighet til å sette seg inn i vedtaket og kunne ivareta sine interesser ved eventuell klage og ved å bringe saken inn til domstolene.

Vi stiller imidlertid spørsmål ved de begrensede mulighetene for å reparere feil ved saksbehandlingen som utvalget beskriver. Etter forslaget innebærer saksbehandlingsfeil ugyldighet med tilnærmet absolutt krav om «automatisk» opphevelse av vedtak, og hvor saksbehandlingsprosessen må begynne på nytt. (Se neste punkt; Konsekvenser av feil ved vedtak.)

Etter Helsetilsynets vurdering kan slike følger av saksbehandlingsfeil medføre at de detaljerte kravene og malene kan komme i miskreditt. Dette gjelder særlig hvis mindre feil ved vedtaket ikke kan repareres og håndteres på en praktisk måte.

Det er viktig å være oppmerksom på at det handler om å yte helse og omsorg, og om nødvendig ved bruk av tvang eller innenfor rammer etablert ved tvang.

Det kan være svært uheldig å basere seg på lovutkastet nødrettsbestemmelser hvis vedtak med mindre og ikke vesentlige feil oppheves.

Konsekvenser av feil ved vedtak

Helsetilsynet forstår utvalget slik at alvorlige feil ved vedtak (prosessuelt og materielt) «alltid skal lede til oppheving, uten en konkret innvirkningsvurdering – i samsvar med det utvalget oppfatter er gjeldende rett».

Utvalget nevner som eksempler på alvorlige feil «manglende overholdelse av retten personen har til å uttale seg, jf. lovutkastet § 9-5 første ledd» og «.. svakheter ved den uavhengige legeerklæringen».

Ut fra eksemplene stiller Helsetilsynet spørsmål ved en slik mer «absolutt» tilnærming/linje til konsekvensspørsmålet ut fra pasientens fare for seg selv eller andre.

Som utvalget nevner under punkt 28.8.4.1 følger det av alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper at «... feilen må ha kunnet virke inn på vedtakets innhold om det skal lede til ugyldighet». Enkeltvedtak er likevel gyldig når det er grunn til å regne med at feilen ikke kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold. Helsetilsynet viser også til Høyesteretts dom 13. desember 2011: «Ved brudd på prosessuelle bestemmelser, synes det å måtte foretas en vurdering av om det foreligger en alvorlig og åpenbar feil («gross and obvious irregularity»), jf. EMDs

storkammerdom av 9. juli 2009, Mooren mot Tyskland, avsnitt 84.», se HR-2011-02325-A avs. 43, (sak nr. 2011/1002).

Etter Helsetilsynets vurdering bør det av hensyn til pasient, pårørende og andre være mulig å se hen til om den prosessuelle feilen kan ha påvirket resultatet for å konstatere ugyldighet. Det bør også være mulig å se hen til nye/ytterligere opplysninger på kontrolltidspunktet. Ytelse av helsetjenester er en dynamisk prosess, hvor man må forholde seg til nye relevante opplysninger. Etter vår vurdering er det av hensyn til pasienten, pårørende og andre ikke nødvendigvis uttrykk for en lemfeldig holdning med underminering av rettssikkerhetsskranker at det søkes å reparere vedtaket fremfor å iverksette en ny vedtaksprosess. Det ligger nærmest i helsepersonells natur at man forsøker å reparere og gjøre det beste for pasienten, og selv om dette skulle innebære bruk av tvang. Et av forvaltningslovens grunnprinsipper er at saken skal være så godt opplyst som mulig både på vedtakstidspunktet og klagetidspunktet.

Slik vi leser de nevnte eksempler, som retten til medvirkning og til å uttale seg i en tilrettelagt situasjon og mangelfull kvalitet ved den uavhengige legeerklæringen, vil dette gjerne omhandle skjønsmessige vurderinger og grader av tilrettelagt medvirkning og grader av mangelfull legeerklæring. Det er trolig få situasjoner hvor det ikke har vært forsøkt å få pasienten i tale på ulike tidspunkt og av flere i tjenesteapparatet og tilrettelagt for dette. Noe vil være forsøkt, og dette kan også være begrenset beskrevet i vedtak og journal. Etter Helsetilsynets vurdering bør det ikke automatisk konstateres ugyldighet i slike tilfeller. Det vil kunne være mer naturlig å kontakte virksomheten for utfyllende informasjon/avklaring og for å kunne ta stilling til om feilen har hatt betydning for resultatet i form av beslutning eller vedtak om tvang.

Ved spørsmål om tvangsinnleggelser hvor den uavhengige legens undersøkelse eller legeerklæring er mangelfull, vil det være den faglige ansvarlige ved sykehuset som må avgjøre betydningen av feilen. Etter Helsetilsynets vurdering bør den faglige ansvarliges vedtak avhenge av pasientens situasjon og behov, pårørendes og andres situasjon ved fare for andre og hva slags type mangel det er snakk om i legeerklæringen. Etter vår vurdering bør det som utgangspunkt ikke være et absolutt krav om å starte vedtaksprosessen på nytt.

Utvalget skriver også at «For vedtak som lider av innholdsmessige feil – hjemmelsmangel – vil utvalget framheve at slike feil alltid skal føre til oppheving på grunn av ugyldighet i den kontekst vi her snakker om: ugyldighet vil være til gunst for personen. Dette er i samsvar med alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper».

Etter Helsetilsynets vurdering er dette for strengt. Dersom de materielle vilkår for tvang ikke er oppfylt er vedtaket ugyldig og tvangen må opphøre. Tiltak som innebærer tvang trenger lovhjemmel. Det kan imidlertid tenkes tiltak i form av tvang som har tilstrekkelig lovhjemmel, men som er beheftet med innholdsmessige feil knyttet til rettslige eller faktiske feil, men hvor det foreligger tilstrekkelig hjemmel. I slike tilfeller må det etter Helsetilsynets vurdering foreligge «en ikke helt fjerntliggende mulighet» for at feilen har virket inn på avgjørelsens innhold for at den skal være ugyldig og må oppheves, se NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov — Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven) kapittel 33 Overtredelser av forvaltningsloven. Ugyldighet og sanksjoner.

Tilsyn og kontroll

I denne delen av høringsuttalelsen vil vi først kommentere forslaget til utvalget slik dette foreligger før vi drøfter en alternativ modell for overprøving og kontroll.

Figurene og boksene i utredningens kapittel 28 gir en god oversikt over kontrollaktivitetene og arbeidsfordelingen til kontrollorganene. Fylkesmennene og de nye tvangsbegrensingsnemndene foreslås som de sentrale aktører.

Figurene kan imidlertid tilsløre uklarheter og rollekonflikter som er innebygd i kontrollordningen.

For tilsynsmyndigheten med helse- og omsorgstjenesten vil forslaget til ny ordning for saksbehandling, kontroll og tilsyn først og fremst ha ressursmessige og prioriteringsmessige konsekvenser for fylkesmennenes forvaltningsoppgaver og tilsynsoppgaver med helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget innebærer en utvidelse av fylkesmannens ansvarsområde og oppgaver, men også noen endringer og reduksjoner. Utvalget legger også til grunn «..økt ressursinnsats i tilsyn fra fylkesmennene og Statens helsetilsyn».

Statens helsetilsyn finner imidlertid grunn til å fremheve at lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative konsekvenser for fylkesmannen og er ikke enig i utvalgets antagelse om at løsningen på sikt vil bli kostnadsnøytral for fylkesmennene.

Tvangsbegrensingsnemnda

Forslaget om tvangsbegrensingsnemnder innebærer en omfattende utvidelse av dagens kontrollkommisjonsordning med et bredere nedslagsfelt og med en dypere faglig overprøving av helse- og omsorgstjenesten.

Kompetansen til nemnda er forutsatt ivaretatt av jurist, lege og person som selv har opplevd tvang eller som pårørende. I tillegg kan nemnda enda forsterkes i den enkelte sak med et ekstra medlem fra en liste over sakkyndige etter utkastet § 13-5.

Nemndenes oppgaver fremstår som komplekse, med betydelige faglige utfordringer og med fare for sprikende praksis. Det er krevende å se at nemndene har «naturlige fortrinn». Økt fokus på forebyggende arbeid og tiltak med andre løsninger enn tvang vil også kreve kompetanse fra flere faggrupper og fagområder for å ivareta alle sider av saken når tvangen er knyttet til så ulike utgangspunkter som barn under barnevernets omsorg, demente, psykisk utviklingshemmede eller psykotiske pasienter.

Etter Helsetilsynets vurdering må nemndene også ha med særskilt kompetanse om forebyggende arbeid og tiltak med andre løsninger enn tvang, slik som for eksempel vernepleier. Tvangsbegrensingsnemnda vil måtte behandle en betydelig mengde saker overfor personer med psykisk utviklingshemming når det gjelder tvang. Det vil være en avveining mellom hvor mange som bør være faste medlemmer og i hvor stor grad nemndenes arbeid skal baseres på hyppig bruk av ulike sakkyndige. Nemndene vil i den foreslåtte modellen slik vi vurderer det måtte støtte seg tungt på en omfattende

bruk av sakkyndige. Det vil være en betydelig utfordring. Vi mener en noe bredere sammensatt «grunnbemanning» av nemndene bør vurderes.

Helsetilsynet stiller også spørsmål ved hvordan kompetansen som hver enkelt medlem etter hvert tilegner seg (på et betydelig bredere felt enn dagens oppgaver tillagt kontrollkommisjonene), skal kunne opprettholdes/videreføres ved hyppige bytter av medlemmer.

Et sentralt argument er fare for «fartsblindhet». Utsifting av medlemmer i nemndene kan sørge for at nye medlemmer kommer med ny kunnskap og at det derav ikke blir særskilte kulturer og føringer innad i hver nemnd. Helsetilsynet er imidlertid mer bekymret for at nemndene ikke vil opparbeide seg kompetansen som er nødvendig for å ivareta oppgavene ved et krav om utsifting etter to perioder. Nemnder med få medlemmer innebærer også særlig sårbarhet ved utmeldinger innen oppnevningsperioden.

Helsetilsynet finner grunn til å peke på at nemndene vil ha lite lokal kunnskap om tjenestene og regelverket ved oppstart. Etter Helsetilsynets vurdering vil det ta lang tid å utvikle god kjennskap til tjenestene. Både oppnevningsperioden, størrelsen og nemndenes sammensetning i den enkelte sak bør vurderes.

Vi legger til grunn at Helsedirektoratet vil få ansvaret for å følge opp nemndene. Denne oppgaven fremstår som svært krevende, særlig på grunn av de hyppige byttene av nemndsmedlemmer.

Rettslig overprøving av helsefaglig spørsmål

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å stille spørsmål ved om tvangsbegrensningsnemndene og domstolene er godt egnet til å ta stilling de kompliserte helsefaglige spørsmålene med betydelige skjønnsmessige komponenter som sakene om tvang omhandler.

Etter Helsetilsynets vurdering er dette et krevende og sammensatt område. Det er ingen tvil om at domstolene tar endelig stilling til rettsspørsmål, som f.eks. om behandlingen er i samsvar med regler. Ytelse av helse- og omsorgstjenester innebærer imidlertid gjerne løpende og sammensatte faglige undersøkelser, observasjoner, tiltak og behandling med evalueringer og endringer fra mange faglige hold, og hvor faglig kunnskap og innholdet av kravet til faglig forsvarlighet endrer seg over tid.

Slik Helsetilsynet forstår forslaget til § 2-2 griper tvangsbegrensningsnemndas myndighet også langt inn i det kommunale handlingsrommet og helseforetakenes rom for prioritering.

Det må vurderes nærmere hvor godt egnet tvangsbegrensningsnemndene og domstolene er til å ta avgjørelser med betydelige innslag av helsefaglige spørsmål og elementer, og etter hva Helsetilsynet forstår «tvinge» vurderingene og konklusjonene inn i rettslige rammer.

Slik vi forstår det, vil tvangsbegrensningsnemndene og domstolene som konsekvens av lovens bestemmelser og foreslåtte føringer, ta stilling til hvordan pasienten og brukeren konkret skal behandles. Etter hva Helsetilsynet kan se har ikke utvalget

beskrevet en slik rolle for nemndene, hvor de ikke bare tar stilling til om behandlingen er innenfor eller utenfor regelverket, men også til hvordan den skal gjennomføres. Utgangspunktet må være at virksomhetene og tjenestene lojalt følger opp domstolens avgjørelse og dens premisser, men det er lett å se for seg at forholdene for pasienten og brukeren endrer seg over tid til det bedre eller til det verre. En mulig risiko av den inngående faglige overprøvingen ved tvangsbegrensningsnemndene og domstolene, er at tjenestene avstår fra bruk av tvang og ikke yter helsehjelp og omsorg selv om pasienten eller brukeren har sterkt behov.

Tvangsbegrensningsnemndas gjennomføring av høringsmøter

Forslaget om høringsmøter er en ide som har et potensiale, men vi ser betydelige praktiske utfordringer med å få gjennomført møtene etter intensjonene. Statens helsetilsyn vil peke på de praktiske utfordringene knyttet til å gjennomføre møter og høringsmøter med flere nemndsmedlemmer og flere aktører fra ulike tjenester tilstede for forklaring og dialog på kort varsel. Det er grunn til å nevne at det ofte er en svært begrenset personkrets som har oppgaven og ansvaret med et felt. Den enkelte kan ikke slippe alt for å reise til et annet sted for å delta i dialogen ved klagesak eller høringssak selv om det innføres forklaringsplikt. Dette kan kanskje være mulig i noen av de største byene, men trolig ikke ved mindre steder.

Oppnevning av nemnder

Fylkesmannen skal etter lovforslaget § 10-3 komme med forslag til departementet om hvem som skal oppnevnes i nemndene, og etter hva vi forstår skal dette forslaget være forberedt av en annen enhet enn den som har oppgaver etter loven, se spesialmotivene til § 10-3. Helsetilsynet stiller spørsmål ved å legge oppgaven til en annen enhet. Forslagene bør etter vår vurdering være basert på innsikt i hvilke personer som kan være egnet og krever kjennskap til både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I dag kan det være krevende å rekruttere medlemmer til dagens kontrollkommisjoner hvis dette skal være et oppdrag som skal utføres sammen med annen hovedstilling.

Mye taler for at utfordringen vil forsterkes ved større krav om tilstedeværelse i møter lengre unna ordinært arbeidssted og med mer omfattende arbeid, og at dette blir en oppgave som vil kreve mer ressursbruk på oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene.

Fylkesmannens oversikt

Fylkesmannen skal motta/samle inn og holde oversikt over beslutninger om inngrep i nødsituasjoner og vedtak som fattes etter den nye loven. Fylkesmannen skal også ha oversikt over samtykkedokumenter og godkjente reservasjoner. Dette innebærer en utvidelse av dagens ordning og oppgaver med krav om mottagelse og oversikt av flere typer dokumenter. Oppgaven stiller trolig krav om utvikling av nye IKT systemer for oversikt, kontroll og saksbehandling, jf. spesialmotivene til utkastet § 10-2 og formålet om at kontrollinstansene skal sikre at den totale belastningen for den enkelte pasient og bruker ikke blir for stor.

Statens helsetilsyn er enig i behovet for bedre oversikt over tvangsbruk på sentralt nivå og for den enkelte pasient.

Virksomhetenes oversikt over egen tvangsbruk

Samtidig som det er viktig med nasjonal oversikt, er det helt grunnleggende at den enkelte virksomhet som har det primære ansvaret følger med på tvangen til den enkelte pasient eller bruker og følger opp tvangen generelt ved egen virksomhet. Selv om dette er forutsatt flere steder i utredningen og i lovutkastet samt følger av forsvarlighetskravet og forskrift om kvalitet og ledelse, savner Helsetilsynet en egen bestemmelse som konkret krever dette av virksomheten. Etter hva Helsetilsynet kan se krever ingen bestemmelse spesifikt at virksomheten skal ha oversikt over egen tvangsbruk, noe som er en avgjørende faktor for å kunne redusere nedgang i tvangsbruk.

Etter vår vurdering burde loven tydeliggjøre virksomhetenes plikt til generell oversikt, forebygging og oppfølging av egen tvangsbruk og fortløpende evaluering av iverksatte tiltak med andre løsninger enn tvang for den enkelte pasient og bruker,

Det er etter vår vurdering helt grunnleggende at ansvaret for å følge med og følge opp tvang må ligge på de ansvarlige virksomhetene. Dette ansvaret må ikke pulveriseres ved en forventning om at klage og kontrollmyndighetene vil følge opp tvangen når alle beslutninger og vedtak fortløpende skal oversendes fylkesmannen.

Helsetilsynet anbefaler at det fastsettes nasjonal mal for virksomhetenes registrering, oversikt og bruk av informasjon over tvangsbruk og at det utvikles digitale løsninger for slik registrering, med tilgang til informasjon både lokalt og nasjonalt i sann tid. Løsningene må avklares opp mot helseregisterloven og personopplysningsloven.

Etter Helsetilsynets vurdering er det viktig at tallene også er virksomhetenes egne tall for forbedring og reduksjon, i tillegg til at de genereres på overordnet nivå og inngår i den helhetlige kontrollen av den enkelte. Helsetilsynet foreslår derfor at det gis egen regel om at virksomhetene skal følge med på, ha løpende oversikt og evaluere egen tvangsbruk som et tillegg i § 2-1 nr. 3 eller som eget nr. 4. Og at dette som nevnt gjøres etter en nasjonal fastsatt mal for enhetlig registrering.

Fylkesmannens oppgaver

Fylkesmannen skal straks gå igjennom de tilsendte dokumentene og kontrollere om riktig fremgangsmåte er fulgt og lovens vilkår vurdert. Dette innebærer en ny oppgave for fylkesmannen.

Utvidelsen vil særlig omfatte kontroll med beslutninger, vedtak, samtykker og reserverasjoner innen psykisk helsevern hvor dagens kontrollkommisjoner utfører flere tusen dokumentkontroller årlig.

Ved vedtak om tvangsmedisinering og vedtak etter dagens pbrl. kapittel 4A og hol. kapittel 9 vil fylkesmannens behandling reduseres til formell kontroll.

Antall beslutninger og vedtak som skal gjennomgås av fylkesmannen vil samlet øke betydelig.

Innholdet av fylkesmannens gjennomgang

Gjennomgangen til fylkesmannen omtales i utredningens forslag som «formalkontroll» og det vises på s. 650 til at dette utgjør en parallell til kontrollkommisjonens etterprøving uten klage i phvl. § 3-8.

Helsetilsynet er enig med utvalget om at det må husholdes med kontrollressursene, men dette bør avveies opp mot effekt. Det kan være god grunn til fokusere på saksbehandlingstiltak som kan avdekke forhold så tidlig som mulig i prosessen, og også om kontrollen skjer tidlig fremfor sent. Tidlig avdekking gir langt større rettssikkerhet og pasient- og brukersikkerhet enn kontrollordninger som fanger opp mangler og lovbrudd langt uti gjennomføringsperioden.

For husordensregler og avgjørelser om rutinekontroll skal fylkesmannen etter de spesielle motiver foreta en full materiell kontroll etter lovforslaget, og hvor det skal påses at lovens vilkår er oppfylt etter ordlyden § lovforslaget § 10-2 nr. 2 siste punktum.

Det er ikke åpenbart hva som ligger i kravet til «formalkontroll». Det uttales på s. 650 at i det «ligger at fylkesmannen skal kontrollere om riktig fremgangsmåte er fulgt og om lovens vilkår er vurdert» og «Det er altså ingen egentlig materiell kontroll som utføres». Den stipulerte tidsbruken på det enkelte vedtak til 15- 20 minutter tilsier at gjennomgangen vil være begrenset.

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å vurdere om behovet og nytten av en slik redusert og begrenset kontroll ved fylkesmannen når utgangspunktet er ment å være på nivå av det som i dag gjøres av kontrollkomisjonene hvor 1-2 % endres. Er dette forholdsvis mye arbeid av mer «teknisk og formell art» som gir liten effekt for pasientsikkerheten?

Og hvilken betydning har dette arbeidet opp mot fylkesmannens rolle som tilsynsmyndighet med helse- og omsorgstjenesten, med et bredere og mer helhetlig perspektiv, enn en formal kontroll ved kontrollkomisjonene? Kan ikke tilsynsrollen innebære en forventning om at fylkesmannen som tilsynsmyndighet - ved mottak av dokumentene - foretar de undersøkelser som meldingene kan gi grunnlag for ut fra risiko for feil og gjør en fullstendig jobb som inkluderer en materiell gjennomgang?

Vedtakene fra tvangsbegrensningsnemnda kan inneholde informasjon om feil og mulig svikt i tjenestene og Helsetilsynet antar av vedtakene må gjennomgås ut fra et tilsynsperspektiv på samme måte som ved tvangsbegrensningsnemndenes rapporter fra stedlig tilsyn.

Helsetilsynet finner også grunn til å fremheve en generell bekymring knyttet til at virksomhetene straks oversender vedtak og beslutninger for fylkesmannens gjennomgang. Dette kan innebære en fare for ansvarspulverisering/ansvarsfraskrivelse ved at virksomhetene mer eller mindre bevisst bruker fylkesmannen som godkjenner/avlaster både for egne vurderinger av det enkelte vedtak og for kritisk vurdering av egen tvangsbruk på lokalt aggregert nivå.

Opprettelse og administrasjon av lister over sakkyndige

Videre får fylkesmannen som ny oppgave ansvar for å opprette og administrere fylkeslister over sakkyndige innen ulike områder som kan oppnevnes i enkeltsaker for å styrke tvangsbegrensningsnemndene.

Ut fra kravet til rask saksbehandling med møter knyttet til klagebehandling og høringsmøter som settes lokalt mv, må de fylkesvise listene som administreres ha flere sakkyndige for hvert enkelt kunnskapsfelt som er foreslått i § 10-2 nr. 6: forebygging av tvang innenfor ulike områder, spiseforstyrrelser, fostermedisin, behandling med antipsykotiske legemidler og barnefaglig kompetanse.

Dette er ikke en enkel og liten oppgave. Helsetilsynets erfaring med å holde oppdaterte lister med sakkyndige for uttalelser i tilsynssaker tilsier at dette er et krevende arbeid. Vi vil understreke viktigheten av å ikke underkjenne utfordringene med å etablere og vedlikeholde et tilstrekkelig og tilgjengelig korps av sakkyndige. Det må utarbeides kriterier for hvem som kan være sakkyndige, de må få opplæring og kompetansen må vedlikeholdes. Og gjennomgående vil de sakkyndige være personer som er i fast jobb med tilhørende forpliktelser, og de er gjerne etterspurte sakkyndige i andre sammenhenger.

Det er usikkert hvor ofte den enkelte sakkyndige vil tiltre nemnda og hvilken erfaring de får ved arbeidet.

Det er også spørsmål om de sakkyndige bør kunne stå på lister over lengre perioder enn oppnevningsperiodene til selve nemndene.

Etter hva vi kan se diskuteres ikke inhabilitet for de sakkyndige. Helsetilsynet antar at samme prinsipp som for ordinære nemndsmedlemmer legges til grunn etter § 10-4 siste ledd slik at «Ingen kan være medlem av en tvangsbegrensningsnemnd som kan få befatning med institusjon eller tiltak som vedkommende ellers har noe ansvar for». Dette kan begrense tilgangen på lokalt plasserte sakkyndige, og gjøre rekrutteringen og bibehold av de sakkyndige ytterligere utfordrende.

I tillegg er det foreslått at departementet får ansvar for å etablere en ordning der særlig kvalifiserte psykiatere kan utkalles til å gjøre en selvstendig gjennomgang av grunnlaget for tvangsmedisinering i klagesaker, se lovutkastet § 12-10 og utredningen side 579. Det fremgår ikke om fylkesmannen eller Helsedirektoratet skal bidra til å etablere og vedlikeholde denne ordningen. Helsetilsynet finner imidlertid grunn til å nevne at det er en begrenset tilgang på psykiatere både for oppnevning til de sakkyndige utvalgene og til «poolen» for utkalling ved klager over tvangsmedisinering.

Fylkesmannens administrative, organisatoriske og kontortekniske funksjoner for nemndene

Fylkesmennene skal ivareta de administrative, organisatoriske og kontortekniske funksjonene for nemndene i samråd med nemndslederne. De skal etablere og drifte system for arkiv og saksbehandling.

Helsetilsynet forstår lovutkastet kapittel 13 slik at møter i nemnda skjer uten fylkesmannens tilstedeværelse og at vedtakene utformes av nemndsleder, slik at fylkesmannen ikke skal være sekretær for nemnda.

Fylkesmannens rolle er imidlertid uklar når det gjelder innkalling til nemnda, kontakt med de personer og advokater som saken gjelder, innkalling av de som skal gi forklaring og delta i dialog fra andre tjenester, honorarer mv. På bakgrunn av krav om rask behandling vil det trolig bli krevende å få samlet alle aktører i møter for klagebehandling og høringsmøter og dette kan bli en ressurskrevende oppgave for fylkesmannen dersom de skal ha ansvar for dette.

Oppgaver, geografi og praktiske forhold taler for at antall tvangsbegrensningsnemnder etter lovforslaget vil bli flere enn dagens 54 kontrollkommisjoner. Antall nemnder tilsier at de vil bli krevende å administrere.

Fylkesmannen er ikke gitt en overordnet rolle i lovforslaget, men en underordnet rolle, slik at det vil bli svært vanskelig å styre flere nemnders aktiviteter. Etter lovforslaget skal også nemndene være faglig uavhengige organer, slik at det overordnede nivået i kontrollordningen(nemndene) i praksis vil bestå av flere uavhengige enheter med krav til fylkesmannens administrasjon mv. Samtidig skal fylkesmannen ivareta det underordnede nivået i lovforslagets kontrollordning i tillegg til et helhetlig tilsynsansvar med helse og omsorgssektoren hvor fylkesmannen ikke er underordnet nemndene. Dette er en krevende struktur med uklar rolle- og oppgavefordeling.

Forholdet mellom fylkesmannen og tvangsbegrensningsnemndene

Lovforslaget innebærer uklarheter med henhold til fylkesmannens tilsynsrolle og arbeidsoppgaver for tvangsbegrensningsnemnda, som for eks. tilretteleggelse for nemndas uavhengige arbeid i enkeltsaker og en senere oppfølging av vedtakene hvis det er behov for å følge opp virksomheter.

Videre innebærer lovforslaget uklarheter mellom nemndas selvstendige gjennomføring av stedlig tilsyn, og fylkesmannens utøvelse av tilsynsrollen.

Utvalget vurderer at nemndas plikt til å gjennomføre stedlige tilsyn gjelder som et supplement til tilsynsoppgavene til fylkesmannen og Statens helsetilsyn, se s. 704.

Hva det konkrete innholdet og resultatet av de stedlige tilsyn skal være er ikke klart utover at funn skal rapporteres til Statens helsetilsyn. Hvorfor funnene skal rapporteres til Statens helsetilsyn og ikke til fylkesmannen som regional tilsynsmyndighet er ikke diskutert.

Etter Helsetilsynets vurdering bør funn fra nemndas stedlig tilsyn rapporteres til fylkesmannen som ansvarlig tilsynsmyndighet i fylket. Hvis det er behov for nasjonal oversikt av funn fra stedlig tilsyn kan dette baseres på en videre rapportering fra fylkesmannen, noe som ikke trenger lovregulering.

Når det gjelder rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang, er det lagt opp til at innholdet av denne retten bare kan prøves i sak etter tvangsbegrensningsloven, slik at det ikke kan fremmes separat sak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, jf. utkastet § 2-2 med merknader til bestemmelsen. Etter Helsetilsynets vurdering fremstår dette som en krevende konstruksjon. Helsetilsynet antar at saker om tilrettelegging i praksis vil følge to spor. Det vil være nemnda som er overprøvingsinstans etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a annet ledd og § 2-1

b annet ledd ved klager og obligatoriske saker som omhandler/berører tvang, mens det vil være fylkesmannen som behandler øvrige klager knyttet til tilrettelegging etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

Balansen mellom rollene til kontrollorganene bør vurderes nærmere. Helsetilsynet savner en beskrivelse av hvilken prioritet fylkesmannens oppgave med formell kontroll av beslutninger og vedtak skal ha i forhold til andre oppgaver på området som tilsyn og rådgivning. Ved å beskrive den som begrenset, slik det er gjort i utredningen, fremstår den som mindre viktig slik at den kan nedprioriteres innholdsmessig. Den grundige kontrollen overlates til tvangsbegrensningsnemnda.

Det forhold at fylkesmannen skal ha en begrenset rolle, mens tvangsbegrensningsnemnda skal ha en mer grundig kontroll i de alvorlige sakene, kan medføre at dagens rollemessige utfordringer fortsetter.

Det er etter Helsetilsynets vurdering god grunn til å stille spørsmål ved forslaget om å utvide kontrollkommisjonsordningen på flere felt i form av en tvangsbegrensningsnemnd med nye virkemidler på et spisset område som tvang. Særlig sett i sammenheng med at den konkrete kontrollen og virkemidlene ved tvang samtidig begrenses fra fylkesmannens side, men hvor fylkesmannen som tilsynsmyndighet også skal ivareta et mer helhetlig perspektiv med tjenestene.

I praksis vil dette kunne innebære at kontrollen med tvang i helse- og omsorgstjenesteloven vil utføres av tvangsbegrensningsnemndene, og at fylkesmennene ikke vil gå opp de samme sporene og temaene knyttet til tvang, men føre et bredere tilsyn med hvordan tjenestene sikrer forsvarlig helsehjelp til pasient- og brukergrupper i alminnelighet med mindre fokus på det fåtall av pasienter som får tjenester med tvang.

Det er nødvendig å klargjøre forholdet mellom fylkesmannens rolle etter lovforslaget og fylkesmannens rolle og oppgave som tilsynsmyndighet etter helsetilsynsloven, samt forholdet mellom fylkesmannen som tilsynsmyndighet og tvangsbegrensningsnemnda.

Alternativ modell for overprøving og kontroll

Tvangsbegrensningsnemndene vil etter forslaget i utredningen få et betydelig bredere og mer inngripende mandat, med klarere krav til faglig overprøving enn dagens kontrollkommisjoner som kun har hatt psykisk helsevern som felt. De skal behandle alle klager over vedtak og gjennomføre høring for en stor gruppe inngripende tiltak om tvang som ikke allerede er overprøvd i klagesak, se boks 28.3.

Utvalget og lovforslaget legger stor vekt på kontrollordningene. Det er imidlertid vanskelig å se gode argumenter for at en slik bred utvidelse av dagens kontrollordning innebærer at kvaliteten på kontrollarbeidet blir bedre enn det som gjøres av dagens kontrollkommisjoner. Det er særlig spørsmål om nemndene til enhver tid vil ha tilstrekkelig juridisk og helse- og omsorgsfaglig kompetanse for hele det nye ansvarsområdet.

Forslaget om innføring av en uavhengig tvangsbegrensningsnemnd fremstår upraktisk, tungdrevet og potensielt svært kostbart. Ordningen fremstår til dels som svak og som

et forsinkende ledd ved spørsmål om tvang for å kunne yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. For eksempel taler mye for at klagesaksbehandlingen ved tvangsmedisinering vil ta betydelig lengre tid enn etter dagens ordning. Videre vil muligheten for å overprøve saker å bli svak, dersom nemnda ikke har medlemmer med relevant kompetanse i sin midte, og dette på områder hvor fylkesmannen har relevant kompetanse for overprøving. Det er vanskelig å se at den foreslåtte modellen med tvangsbegrensningsnemnder vil utgjøre et vesentlig bidrag til å ivareta en hensiktsmessig og effektiv rettsikkerhetsordning

Det er heller ikke gitt at en ordning med kontrollkommisjoner som har bestått siden 1848 skal fortsette og få bredere nedslagsfelt. Det er etter Helsetilsynets vurdering god grunn til å stille spørsmål ved om det kan forsvares å bruke ressurser til to kontrollnivåer som skal samarbeide, i det vesentlige ivareta de samme formål og ta stilling til de samme temaer og saker, men med noe ulike grundighet. Og om dette samlet vil gi klart bedre sikkerhet og rettsikkerhet sett fra pasientenes, brukernes og samfunnets perspektiv.

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å vurdere en annen modell for overprøving og kontroll enn det som utvalget foreslår. De formål som skal ivaretas gjennom klage og kontrollordningene kan etter vår vurdering best løses ved å legge all klage og kontrollvirksomhet til fylkesmennene, og med den samme muligheten for domstolsprøving som utvalget foreslår. Helsetilsynet finner grunn til å understreke at fylkesmennene allerede i dag ivaretar kontroll med flere av de sentrale områdene som lovforslaget omfatter: pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og klager over tvangsmedisinering etter lov om psykisk helsevern.

En utfordring for fylkesmennene vil kunne være tempo i saksbehandlingen ved at den for flere områder må ha en samme type dynamikk og tempo som ved dagens klagebehandling ved tvangsmedisinering. En annen utfordring vil være reiseavstander ved samtaler med pasienter, brukere, tjenester, stedlig tilsyn og høringsmøter mv.

På den annen side vil fylkesmennene ha større umiddelbar tilgang på kompetent personale som arbeidsgiver, mens nemndene vil være avhengig av tilgjengeligheten til sakkyndige.

Selv om det kan anføres svakheter og argumenter mot å legge all klage og kontrollvirksomhet til fylkesmannen, er det grunn til å fremheve at fylkesmennene trolig er best egnet til å ivareta helhetlige prioriteringer for virksomhetene og overprøve faglige vurderinger ved vedtak om tilrettelegging og spørsmål om tvang.

Fylkesmannen har allerede en etablert og betydelig organisasjon med lange tradisjoner som er bygd opp over år. Fylkesmannen har ansatte med bred helsefaglig og juridisk bakgrunn og med god kjennskap til helse- og omsorgstjenesten. Kompetansen er bygd gjennom rådgivning, klagesaksbehandling av tilsynssaker og rettighetsaker.

Denne type forutsetninger hos fylkesmannen åpner også for å vurdere organisatoriske grep for å sikre at denne oppgaven blir tilstrekkelig ivaretatt i en modell som tar utgangspunkt i fylkesmannen. Det vil være behov for en betydelig ressursmessig styrking av fylkesmennene.

På bakgrunn av fylkesmannens kjennskap til tjenesteutøvere og virksomheter mv antas også at fylkesmannen enklere vil kunne arrangere og gjennomføre forslaget om høringssak i tvangsbegrensningsnemnda innen 30 dager.

Etter Helsetilsynets vurdering er det innenfor fylkesmannsembetene godt grunnlag for å unngå «fartsblindhet» generelt ut fra dagens rolle og oppgaver som styringsmyndighet, og ved å rokkere hvem som behandler klager og utfører tilsyn lokalt. Videre er det godt grunnlag for å inneha, utvikle og beholde tverrfaglig kompetanse, herunder å konsultere annen kompetanse i embetene.

Et kontrollnivå bestående av dagens 10 fylkesmenn vil tydeliggjøre hvem som er klageinstans og skal føre kontroll med etterlevelse av regelverket. Et enhet i regionen vil gi et bedre grunnlag for enhetlig og samlet rådgivning, og likere kontroll ved at oppgavene ikke spredd på et betydelig antall nemnder. Et kontrollnivå bestående av fylkesmannen vil gi muligheter for å styre klage og kontrollaktiviteten. Dette vil kreve ressurser til Helsetilsynet.

Et slik alternativ modell innebærer at utvalgets forslag om innføring av tvangsbegrensningsnemnder utgår, og eventuelt også forslaget om opprettelse av en ordning med uavhengig psykiatrifaglig overprøving ved tvangsmedisinering.

Et kontrollnivå ved fylkesmannen vil fjerne uklarheter knyttet til roller, administrering og tilsyn. Fylkesmannens oppgaver og rolle etter lovforslaget samt etter helsetilsynsloven vil tydeliggjøres. Pasienter, brukere, pårørende, personell tjenester og ansvarlige virksomheter vil kunne forholde seg til en regional kontrollinstans og den samme rådgivning og kontrollinstans som de ellers forholder seg til.

Ved å legge all klagebehandling og kontroll til fylkesmannen vil kontroll og tilsynsressursene samles og kunne rettes inn imot sakenes alvorlighet, og risiko for pasientenes og brukernes sikkerhet og rettssikkerhet. Videre er fylkesmannen underlagt statlig styring som gir grunnlag for enhetlig klagebehandling og kontroll. Det kan på denne bakgrunn være grunn til å vurdere en annen modell for saksbehandling og kontroll enn den som utvalget foreslår.

Tilbakemeldinger til enkelttemaer og bestemmelser

Barns rettssikkerhet

Lovforslaget omfatter barn hvis ikke foreldrene har beslutningsretten. Reglene for tvang og samtykke innenfor helse- og omsorgstjenesten for barn blir derved harmonisert som følge av felles lov.

Imidlertid ligger barnevernstjenesten utenfor helsetjenesten, og siden tvangshjemlene i barnevernloven ikke har vært en del av mandatet til utvalget, gir ikke dette forslaget en helhetlig regulering av tvang og samtykke for barn med behov for helsehjelp.

På helseområdet vil den medisinske myndighetsalderen være 16 år, mens myndighetsalderen på barnevernområdet vil være 18 år.

Utvalget støtter Barnevernslovutvalget om at det er behov for en større utredning og en barnevernhelsereform. «I påvente av en slik reform mener utvalget at et første grep

for å tydeliggjøre ansvars plasseringer og krav til samarbeid, er å benytte forskriftshjemmelen i barnevernloven § 5-6 andre punktum».

Statens helsetilsyn støtter forslaget om utredning om en barnevernhelsereform, men vi er mer spørrende til forslaget om å tydeliggjøre ansvars plasseringer og krav til samarbeid ved å benytte forskriftshjemmelen i barnevernloven § 5-6 som et første grep.

En forskriftsregulering med hjemmel i barnevernloven vil i liten grad ha noen virkning for helsevesenets plikt til oppfølging av barn på barnevernsinstitusjoner. Dersom formålet er å sikre barn som er under det offentlige omsorg tilgang til den helsehjelpen som de har behov for, må regelverksendringene skje i helselovgivningen, slik at det er helsevesenet som må pålegges en plikt til å gi helsehjelp som barn med komplekse problemer kan nyttiggjøre seg.

Statens helsetilsyn ser et stort behov for en utredning og reform når det gjelder hvordan barn som er plassert utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven skal få den helsehjelpen de trenger, og derfor støtter vi utvalgets forslag om en slik utredning.

Tvangsbegrepet

Statens helsetilsyn støtter et felles, snevrere tvangsbegrep (overvinning av motstand), og at saksbehandling og kontrollressurser konsentreres om situasjoner der personer motsetter seg et tjenestetilbud. Forslaget vil gi en litt mer snever definisjon av tvang enn etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Som utvalget peker på kan dette gi personer som ikke er beslutningskompetente, men som heller ikke viser motstand, lettere tilgang til hjelp enn i dag.

Men dette innebærer en fare for at tiltak som personen ikke liker, men ikke motsetter seg verbalt eller på annen måte, vil kunne pågå og utvikle seg over tid med en form for «aksept». Det er viktig at tjenestene er oppmerksomme på at slike forhold kan utvikle seg. Det er også en fare for at ressursene og hjelpen prioriteres der det er motstand og nedprioriteres der det ikke vises motstand.

Rett på tilrettelagt tilbud uten bruk av tvang

Utvalget foreslår at helse- og omsorgstjenestens plikt til å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang, motsvares av en bestemmelse som presiserer at personen også har rett til nødvendig hjelp for å sikre et tilrettelagt tilbud uten bruk av tvang.

Helsetilsynet savner en drøftelse av forpliktelsene til helse- og omsorgstjenestene og pasientens motsvarende rett etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og § 2-1 b sammenholdt med andre områder og tjenester sine tiltak og da særlig samhandlingen med andre typer tjenester som skole og arbeidsmarkedstiltak, jf. lovforslagets § 2-2. Helsetilsynet finner grunn til å fremheve at tiltak og tjenester fra andre tjenester som for eksempel skole og arbeidsmarkedstiltak kan være vel så effektive for å begrense bruk av tvang som ytelse og tilrettelegging av tjenester/tiltak fra helsetjenesten.

Videre savner vi en vurdering av hvilket omfang og nivå helse- og omsorgstjenestens tilretteleggingsplikt og motsvarende rett på helse- og omsorgstjenester skal ha. Slik lovforslagets § 2-2 er formulert fremstår den som en absolutt rett på tilrettelagt tilbud

uten bruk tvang. Bestemmelsen har heller ikke ressursforbehold og innholdet kan bare prøves i sak etter tvangsbegrensingsloven og ikke etter pasient- og brukerrettighetsloven, se side 722.

Selv om høring etter 30 dager har potensiale for helhetstenking om individet, er det også vanskelig å se at de foreslåtte tvangsbegrensingsnemndene er sammensatt til å ivareta helhetlige prioriteringer for helse- og omsorgstjenestens virksomheter og overprøve faglige vurderinger ved vedtak om tilrettelegging.

Beslutningskompetanse

Statens helsetilsyn støtter i prinsippet endringen av begrepsbruken i pasient- og brukerrettighetsloven fra «samtykkekompetanse» til «beslutningskompetanse» for blant annet å markere at det å si *nei* er likeverdig med å si *ja*, se side 315.

Krav til samtykke for å gi helse- og omsorgstjenester har en lang tradisjon i helsetjenesten, mens avgjørelse/vurdering av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern ble innført i 2017. Dette har vært utfordrende å implementere. Begrepet har vist seg å være vanskelig å operasjonalisere, spesielt i akutte kontekster med lite oversiktlig situasjon og begrenset komparentinformasjon.

Erfaringene fra innføringen av dette vilkåret for tvungent psykisk helsevern tilsier at et skifte til «fravær av beslutningskompetanse» vil ta tid å implementere innen psykisk helsevern, og trolig enda lengre tid innen øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Tjenestene må forstå og håndtere reglene om samtykke og beslutningskompetanse i sammenheng. De samlede reglene som foreslås i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4 fremstår ikke som intuitive. Sammenhengen mellom bestemmelsene om «samtykke» og «beslutningskompetanse» er vanskelig å forstå. Etter Statens helsetilsyns vurdering bør sammenhengen mellom samtykke og hvem som har beslutningskompetanse tydeliggjøres i lovteksten.

Diagnoseuavhengig

Statens helsetilsyn støtter at loven gjøres diagnoseuavhengig med fjerning av diagnoser og diagnosenære vilkår i tvangshjemlene. Endringen kan bidra til mer enhetlig tilnærming på de ulike tjenesteområder ut fra den enkeltes behov og ved samhandling mellom tjenestene, og åpner også for at det kan anvendes tvang for pasienter og brukere hvis vilkårene er oppfylt, men hvor det ikke er grunnlag for å sette en diagnose.

Fravær av diagnose og diagnosenære vilkår innebærer imidlertid en fare for at personer ikke blir vurdert som aktuelle for tjenestene fordi fagets språk og presisjonsnivå i mindre grad er gjenkjennbart i reglene. For at en slik tilnærming skal fungere etter hensikten må myndighetene utvikle gode kriterier i samråd med fagmiljøene, slik at personer får tilgang til tjenester de har behov for.

Bistandsplikt for spesialisthelsetjenesten før det treffes vedtak

I utkastets § 9-7 foreslås at spesialisthelsetjenesten har plikt til å bistå der det vurderes å treffe vedtak overfor personer med store formidlingsproblemer. Forslaget forsøker å ivareta en viktig rettssikkerhetsgaranti som i dag finnes i hol. kapittel 9. Det fremgår av spesialmotivene på s. 744 at «Ordningen foreslås nå gitt bredere anvendelse enn

bare for personer med utviklingshemming, samtidig som kjennetegn ved persongruppen strammes inn».

Tilsynsmyndighetens erfaringer viser at personer som ikke har store formidlingsvansker kan ha vel så store utfordringer, og hvor det er behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det er mange eksempler på at personer med mindre kognitiv svikt har store atferdsmessige utfordringer og har vedtak om tiltak etter hol. kapittel 9. Da spesialisthelsetjenesten har kompetanse om forebyggende arbeid, tiltak med andre løsninger enn tvang og om tiltak med bruk av tvang, bør plikten til å bistå være uavhengig av om personen har store formidlingsvansker.

Avtale mellom oppholdskommune og spesialisthelsetjeneste ved tvungen innleggelse i psykiatrien

Etter hva Helsetilsynet kan se, er det etter lovforslaget § 5-4 nr. 10 krav om avtale mellom oppholdskommune og spesialisthelsetjeneste ved tvungen innleggelse for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hva som skal skje før, under og etter oppholdet, men ikke et lignende krav mellom kommune og psykisk helsevern ved tvungen innleggelse i psykiatrisk institusjon. Etter Helsetilsynet bør et slik krav vurderes nærmere.

Kompetanse og gjennomføringsfasen

I utkastet § 8-3 stilles det særlige krav ved gjennomføringen av kroppslige inngrep ved tvang, herunder krav til personell og faglig kompetanse, jf. utvalgets vurderinger i punkt 27.4.3. I bunn ligger kravet til forsvarlige tjenester.

Helsetilsynet støtter at det ut fra forsvarlighetskravet som «hovedregel bør gjelde et krav om to personer er til stede ved gjennomføring av tvangstiltak som innebærer direkte kroppslige inngrep, uavhengig av arena eller type tjeneste.»

Videre foreslås i utkastet at minst en må være helsepersonell ved slike tiltak. Etter Helsetilsynets vurdering er det spørsmål om et slikt krav er for absolutt og vanskelig å praktisere. Særlig når utvalget ikke foreslår dispensasjonsordninger.

Etter vår mening bør det vurderes om lovforslagets forskriftshjemmel i § 8-3 også kan hjemle bestemmelser om at annen type kompetanse enn helsepersonell kan oppfylle kompetansekravene. Det bør også vurderes om dette må kombineres med dispensasjonsordninger.

Det bør blant annet være rom for at andre faggrupper enn autorisert helsepersonell kan gjennomføre tvangstiltak og individuelle løsninger. Dette kan være personell som har opparbeidet seg realkompetanse og som har god kunnskap om pasienten eller brukeren. Samtidig følger det av forsvarlighetskravet at i enkelte tilfeller må gjennomføring av tjenester skje ved helsepersonell med høyskoleutdanning eller universitetsutdanning, jf. dagens krav i hol. kapittel 9 og pbrl. kapittel 4 A. Våre tilsynserfaringer tilsier at også andre faggrupper som for eksempel spesialpedagog og barnevernspedagoger mv. har viktig kompetanse for å oppnå sikre forebygging av tvang og forsvarlig gjennomføring av tjenester.

Regler om inngrep i nødssituasjoner.

Et formål med loven er at den skal være uttømmende på de områder den regulerer. Det foreslås at all nødrett og nødverge må være hjemlet i forslaget til tvangsbegrensningslov og at straffeloven og helsepersonelloven § 7 om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke kan hjemle tvang.

Statens helsetilsyn støtter at det ikke bør utvikle seg mer generelle ordninger som kan hjemle tvang etter disse bestemmelsene, men mener at spørsmål om straff og straffrihet for den enkelte personell innen helse- og omsorgssektoren i nødrett og nødvergesituasjoner likevel bør vurderes løst etter bestemmelsene i straffeloven og hvor tvangsbegrensningsloven gir sitt tolkningsbidrag. Dette kan for eksempel være aktuelt ved bruk av tvang ved materiell skade.

Det fremgår av § 4-6 om skadeavvergende tiltak med legemidler at: «Utenfor institusjon for psykisk helsevern må tiltaket være absolutt siste alternativet», og det må foreligge akutt fare for liv eller vesentlig helseskade. Etter Helsetilsynet vurdering vil det i mange situasjoner ikke være praktisk å vurdere andre alternativer i akuttsituasjoner f.eks. hvis en desorientert pasient med delirium begynner å dra ut venefloner eller ustoppelig går rundt på et somatisk sykehus nattestid. Det bør i slike tilfeller også være grunnlag for å kunne bruke legemidler som skadeavverging ved akutt fare for materielle skader av kostbart og nødvendig medisinsk utstyr. Etter vår vurdering er begrensningen mot materielle skader for strengt.

Forbud mot bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, i behandling i psykisk helsevern.

Helsetilsynet støtter utvalgets fokus på menneskerettigheter, styrket rettsvern for den enkelte og forslaget om at det tas tunge nasjonale initiativ for forebygging av tvang.

Forslaget om forbudet om bruk av mekaniske tvangsmidler åpner imidlertid for en rekke problemstillinger som angår pasientsikkerheten, samfunnsvernet og sikkerheten for helsepersonellet som skal behandle og beskytte pasienter på lukkede døgninstitusjoner. Andre pasienter har krav på beskyttelse og sikkerhet. Her er det etter vårt syn viktig at det gjøres en nøye risikovurdering av mulige negative konsekvenser for pasientsikkerheten.

Erfaringer fra prosjekter med målsetning om redusert bruk av mekaniske tvangsmidler har vært svært oppløftende. Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg DS erfarte i sitt prosjekt ved akuttpsykiatrisk mottaksavdeling en reduksjon av beltebruk på 85 %. Samtidig konkluderte klinikksjefen med at belter i noen tilfeller er siste og beste utvei for enkelte pasienter. Dette indikerer etter Statens helsetilsyns vurdering at det på landsbasis er realistisk å drastisk redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, men at det i praksis vil være forbundet med høy risiko å forby bruken som siste utvei i spesielle situasjoner.

I akuttpsykiatrien oppstår jevnlig tilstander og situasjoner der konfliktdempende teknikker og holdning ikke vil være tilstrekkelig. I mottaksavdelingene vil man for eksempel jevnlig komme i kontakt med pasienter som er ruset, ofte menn, som forbigående vil være preget av forvirring, manglende atferdskontroll, svært høy aggresjon og adrenalinnivå, og hvor kortidsvirkende dempende psykofarmaka ikke har effekt. Det kan også være paranoid psykotiske pasienter med høyt nivå av frykt og

innbilte forstillinger om å være i livsfare, som i ekstrem kamp-flukt modus vil kunne utgjøre en reell fare for mennesker i sine nære omgivelser. Dette er tilstander som vil kunne vedvare inntil de er adekvat behandlet med antipsykotika over noe tid.

Hvis man ser dette i sammenheng med forslaget om innskrenkning i adgangen til å tvangsmedisinere, vil tidlig intervensjon bli vanskeligere og i mange tilfeller lovstridig så lenge pasienten uttrykker motstand mot helsehjelp. Et sannsynlig scenario er at man i akuttpsykiatrien vil ta imot et økende antall pasienter som har utviklet paranoide psykotiske symptomer over tid og hvor adgangen til å intervenere først slår inn i det øyeblikket de fremviser atferd der de åpenbart er til fare for seg selv og andre. Her kan man se for seg en rekke mulige negative konsekvenser som angår pasientsikkerheten, sikkerheten for ansatte og andre pasienter og samfunnsvernet.

En mulig konsekvens vil være økt tilstedeværelse av politi og vektere i avdelingene, og økt fokus på «muskler» og fysisk styrke når man rekrutterer helsepersonell. Man kan også se for seg at risikoen øker for at akutt psykisk syke havner på glattcelle og i fengsel i stedet for å ivaretas på forsvarlig vis i psykisk helsevern.

Det er på denne bakgrunn vanskelig å støtte et forbud om fremtidig bruk av mekaniske tvangsmidler.

Tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.

I lovforslaget endres og heves kravet fra helbredelse, vesentlig bedring eller unngåelse av vesentlig forverring til «vesentlig helseskade», mens prognosekravet senkes ved første gangs bruk.

Etter Helsetilsynets vurdering er det viktig å erkjenne at det ikke er mulig å konkludere med stor sikkerhet om antipsykotiske legemidlers effekt og bivirkninger for den enkelte pasient før man har forsøkt legemiddelet. Som det nevnes i utredningen på side 576: «Dette er for øvrig som regel også tilfelle for somatiske legemidler». Tvangsbehandling med usikre virkninger og bivirkninger tilsier følgelig betydelig varsomhet ved første gangs behandling og avventende praksis særlig for yngre mennesker.

Vi er imidlertid usikker på om «beviskravene» eller «prognosekravene» for dokumentasjon av fremtidig utvikling i form av «stor sannsynlighet» og «alminnelig sannsynlighetsovervekt» for å «hindre eller begrense vesentlig helseskade» er praktikabelt for tjenestene og forsvarlig for pasientene.

Helsetilsynet er kjent med at Helsedirektoratet arbeider med en revisjon av kapitlet som omhandler legemidler i retningslinjen for behandling av psykoselidelser.

Selv om vurderingen ved første gangs behandling etter forslaget kan basere seg den på den vitenskapelige kunnskapen om effekten av virkestoffet for den aktuelle tilstanden, er det spørsmål om man ut fra dagens kunnskap, slik denne kunnskapen er presentert av utvalget, må erkjenne at det ikke er mulig å fastslå med mer enn 50% sikkerhet at aktuelle virkestoff vil hindre eller begrense vesentlig helseskade.

Slik prognosekravet er formulert er det følgelig spørsmål om kravet i praksis vil innebære opphør av behandling i form av tvangsmedisinering. Konsekvensen vil være

at flere unge med et langt forløp ikke får virksom behandling, som de kunne ha nyttiggjort seg og til dels også med større effekt, fordi dette ikke kan sannsynliggjøres generelt eller individuelt etter hvordan dagens kunnskap er presentert av utvalget.

Legemiddelet må være godkjent for diagnosen

Utvalget foreslår videre at legemiddelet må være godkjent for diagnosen. Dette innebærer en begrensning av valgmulighetene og også et krav om bruk av eldre medikamenter, se s. 575. Helsetilsynet kan ikke støtte et forslag som innebærer at mange pasienter avskjæres fra det mest hensiktsmessige legemiddelet med minst bivirkninger.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Statens helsetilsyn støtter prinsippet om at det gis regler om ECT i helselovgivningen, og at dette ikke er en behandling som gis med hjemmel i straffelovens nødrettsbestemmelse. Mer faste behandlingsformer for kjente lidelser bør reguleres i den alminnelige helselovgivning med innbygde rettsikkerhetsgarantier.

Helsetilsynet mottar jevnlig varsler om pasienter med alvorlig depresjon med psykotiske symptomer som har tatt livet sitt. Dette er tilstander som vi vet at ubehandlet har dårlig prognose og hvor risiko for selvmord er sterkt forhøyet. Typisk er stort lidelsestrykk og svært plagsomme symptomer som i mange tilfeller forveksles med andre og mindre alvorlige tilstander, eller risiko for at selvmord undervurderes. Helsetilsynets gjennomgang av varsler indikerer at dette er en pasientgruppe med økt risiko for både feilbehandling og underbehandling, og som ofte ikke er tilgjengelig for eller responderer godt nok på ordinær behandling. For noen av disse pasienten vil ECT kunne være «siste utvei» og et livreddende alternativ.

Vi ser ved vår gjennomgang av varsler at pasientene har en fremtoning og klinikk, ofte med flukturende psykotiske symptomer, som med dagens regelverk gjør det særskilt utfordrende å vurdere både samtykkekompetanse og farekriteriet i phvl. Mulige konsekvenser av den foreslåtte lovreguleringen er at flere alvorlig psykisk syke pasienter vil dø.

Her vil vi sterkt tilråde en nøye utredning av mulige konsekvenser for en, etter Helsetilsynets erfaring, særskilt sårbar pasientgruppe i psykisk helsevern. Vi støtter ikke lovforslaget før dette er utredet og vurdert.

Reservasjonsordning for antipsykotika og ECT.

Statens helsetilsyn vurderer ordningene som balanserte, hvor den enkelte kan reservere seg mot ECT uavhengig av tidligere behandling med ECT, mens reservasjon mot antipsykotika for 10 år fremover krever at dette tidligere er gjennomført og at det ikke fare for andres liv eller helse. Reservasjonen mot antipsykotika gjelder heller ikke for nødsituasjoner etter lovutkastets kapittel 4.

Lovforslagets konsekvenser og ressursanslag

Etter Helsetilsynets vurdering må de økonomiske og administrative konsekvensene utredes.

Alt taler for at lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, kommunens helse- og omsorgstjeneste og

andre kommunale tjenester, for fylkesmannen og for drift av de nye nemndene. Som overordnet faglig myndighet for fylkesmennene vil også Helsetilsynets kompetanse og kapasitet måtte økes.

Forslagene knyttet til forbud mot mekaniske tvangsmidler og strengere vilkår for tvangsmedisinering med antipsykotika vil ha konsekvenser for psykisk helsevern, pårørende og samfunnsvernet. Videre vil forslaget ha konsekvenser for Helsedirektoratet med overordnet ansvar for å følge opp regelverket og nemdene. For fylkesnemndene for barnevern og sosial kan forslaget ha noen besparelser ved at de ikke får saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

Lovforslaget innebærer krav til økte økonomiske ressurser i kommunen, jf. utvalgets pkt.11.3.2 Tiltak, ledelse og materielle forhold som kan redusere bruk av tvang. Her fremgår at mange tiltak for å redusere tvang i psykisk helsevern vil ligge på kommunalt nivå og mye taler for et viktig virkemiddel er et forpliktende samarbeide mellom 1. og 2. linje. En viktig nøkkel for et bedre liv og reduksjon av tvang ligger på kommunalt nivå, men dette vil kreve omfattende ressurser i kommunene og mye bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Forslaget vil ha helsemessige konsekvenser for pasienter og brukere med økt belastning for pårørende og samfunnet. Helsetilsynet finner grunn til å understreke at redusert bruk av tvang ikke vil medføre innsparinger. Det vil kreve økning av personale med kompetanse, nye og bedre bygninger og fremfor alt økt omfang av tilrettelagte tjenester og tiltak i kommune så som bolig, oppfølging av tjenestene og meningsfulle aktiviteter og økt behov for plasser i sikkerhetsavdelinger.

Økonomisk og administrativt vil en alternativ ordning med fylkesmannen som klage og kontrollinstans kunne gi grunnlag for besparelser i forhold til lovforslaget med to kontrollinstanser, men fylkesmannen må styrkes ved nye og utvidede oppgaver.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen
direktør

Pål Børresen
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Saksbehandler: Pål Børresen, tlf. 21 52 99 67