



Tokke kommune
Helse- og omsorgsetaten

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dykkar ref: Vår ref: Saksbeh: Arkivkode: Dato:
2021/2852-1 Ann Wraa,35075501 31.10.2021

Høyringsssvar NOU 2019:14 Tvangsbegrensingslova

Departementet ber særleg om vurderinga til høyringsinstansane av:

Kva føresetnader må oppfyllest på kommunalt, regionalt og statleg nivå for å sikra ein trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?

Svaret er basert på at ein må tenka seg at lova verkar etter si hensikt og at tvangsbruken blir redusert. Ein følgje av det er at kommunen må førebu seg på tettare oppfølging av dårlege pasientar i periodar med forverring og at ein må anta auka ressursbruk for kommunen.

Det vil krevje betydeleg opplæring av alle typar helsepersonell og samarbeidande instansar i kommunen, leiarar og pårørande; det vil sei befolkninga. Den som har ansvaret for tvangsbehandling er ofte under press frå ulike hald. Det er viktig å ta ned det pressa frå starten av, gjennom at alle har lik forventning til kva som er realistisk mogleg etter ny lovgjeving, og til kva for tiltak som skal vera prøvd fyrst.

I distriktet her må politiet rekna med å gje bistand og meir trygging og støtte til helsepersonell i vurderingssituasjonar. Ved heimebesøk må helsepersonell vera trygge. Lova her seier ikkje noko om tilgang til å fjerna våpen eller våpenliknande gjenstandar frå ein person, og tryggleik må då takast i vare på annan måte. Kommunen som arbeidsgjevar har ansvar for tryggleiken til tilsetja på jobb. Klare retningslinjer for trygging må følgja med forslaget.

Det skiljast mellom fare for seg sjølv og fare for andre, der det siste er meir alvorleg og gjævn rett til meir inngripande tiltak. Sjølv mord kan og arta seg som massedrap der sjølv mordaren tek fleire med seg. Grensegangen er ikkje heilt absolutt.

Trygg gjennomføring krev og at tilsetja i kommunen er trygge på deira eiga rettslege status ovanfor helsetilsynet ved spørsmål om dei har forstått og nytta regelverket korrekt. Det er viktig og at helsepersonell ikkje lèt vera å gripa inn av frykt for eiga arbeidstilhøve etterpå, eller av frykt for å gjere feil. Reaksjon mot kommunen sin helsepersonell på slik feil bør difor i starten ikkje vera lovas strengaste med tap av autorisasjon. Tilsyn bør rettast mot overordna tilhøve i startfasen.

Psykisk sjuke / antatt psykisk sjuke personar med høg akutt valdsrisiko som ikkje er interessert i helsehjelp frivillig, og som ikkje kan brukast tvinga på med det nye regelverket, må av omsyn til samfunnstryggleiken blir opp følgd av politi med oppbevaring i arrest i staden for helseinstitusjon. Valdsrisiko er svært vanskeleg/umogleg å vurdera medisinsk fagleg med trygging. Det finnest verktøy for spesialisthelsetenesta, men ikkje noko som eignar seg for allmennmedisinsk populasjon. Førre var tenking kan difor sjåast på som det einaste moglege førebyggjande tiltaket i praksis.

Korleis kan tenestene best bli tilrettelagt for eit frivillig tilbod i dei tilfella der det foreslått regelverket vil bety innskrenkingar i og/eller avviking av dagens tvangsbruk?

Det er nok riktig at diagnose kan vera eit stigma og til hinder for hjelp for einskilde. Det å ikkje klara å halde orden på heim og økonomi kan og opplevast som tap av verdigheit og stigmatiserande. Det finnest tilfelle av personar som har behov, utan å ha ein klår diagnose, eller der diagnose er ein langvarig prosess. Det kan vera mistanke om alvorleg psykisk sjukdom til dømes demens, kombinert med generell aldringssvekking og somatisk sjukdom. Det er allereie no vanskeleg for kommunen å nå fram med tilbod om frivillige tiltak for slike før dei eventuelt er så svekka at sjukeheims plass er aktuelt. Då blir det ei ny sak om dei frivillig vil ta imot sjukeheims plass. Av erfaring løysast det siste i dei fleste tilfelle med hjelp av pårørande og tilvenning og dialog, utan vedtak om tvang. Dette kan no bli meire byråkratisert utan at det nødvendigvis fører til betre ivaretaking av dei samla menneskerettane til pasienten.

Frivillig tilbod må vera lett tilgjengeleg for å senka terskelen for personar som er ambivalente til helsehjelp. Det måtte vera om tilbodet var gratis og ikkje kjendest stigmatiserande. Det må og vurderast om det bør vera lett tilgjengeleg og utanom ordinær arbeidstid.

Eit meir utfyllande svar på spørsmålet er umogleg å gje utan ein kunnskapsbasera utgreiing av kva som har effekt og ikkje, og til kva kostnad. Det kjem ikkje klårt fram om ein her tenker frivillig tilbod innanfor det ordinære apparatet, som time hos fastlege på dagtid, eller om det blir tenkt eit nytt og utvida kommunalt tilbod. Eigenandels fritak kan gjere terskel for time hos fastlege lågare.

Kva behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tenestene som følgje av nytt regelverk?

Sjå fyrste kulepunkt. For fastlegar må jo dette inn i utdanning, spesialistutdanninga og etterutdanninga i systematisert form. Avgjerds kompetanse uavhengig av alvorleg sinnsiding er ein relativt ny måte å tenka på. Det ser ikkje ut til å bli strikt gjennomført å ta bort diagnosenære vilkår i dette siste forslaget. Dermed må legen forholde seg til både to. Nytt av tvangstiltak som ledd i ein behovs- og forholdsmessighets vurdering krev og godt oversyn over effekt og prognose med eller utan tiltak. Noko som sett store krav til oppdatert kunnskap. For kommuneoverlegen ser det ut til at rolla som myndigheit etter psykisk helsevernslov no blir borte. Kommuneoverlegen skal likevel gje råd til kommunen og har som spesialist i samfunnsmedisin noko meir kursing i helsejuss enn fastlegane. Kommuneoverlegen vil soleis og få meir arbeid i ein fasa med tilvenning til ny lov, men etter det noko avlastning for beredskap som myndigheit, om vi har forstått lovforslaget riktig.

Kva av dei foreslått lovendringane kan gjennomførast utan vesentlege endringar i tenestene?

Det kjem an på kva som meinast med vesentleg. Vi reknar med at grunnstamma i kommunal helse og omsorgsteneste kan bestå gjennom dette, men med intensiv opplæring og styrking på definerte område. Det må gjerast klårt om det vil vera tilstrekkeleg med tilgjengelege tilbod i ordinær arbeidstid. Som alternativ til tvangsinnlegging ved ein forverring av tilstand er nok auka tilbod om oppfølging frå kommunen einaste alternativ fram til situasjonen eventuelt stabiliserer seg på eit roligare nivå igjen. Legevakt kan neppe ta seg av all oppfølging utanom ordinær arbeidstid. I lov om kommunal helse og omsorgsteneste heiter det at kommunen skal tilby utgreiing, diagnostisering og behandling her under fastlegeordning. Samtykke/ beslutningskompetanse vurderingar er ikkje eksplisitt nemnt, men ein kan kanskje tenka seg at det høyrer inn under utgreiing i denne lova, eller må det leggast til som ny lovpålagd oppgåve ?

For barn under 16 år blir helsestasjonen viktig for vurdering av modenheit i forhold til alder, og samarbeid med jordmor for gravide rusbrukarar.

Korleis sikre å ivareta situasjonen for pårørnde ved auka sjølvavgjerd for pasientane?

Pårørnde vil få auka belastingar og det er viktig at dei og forstår kvifor dei utøvande tilsetja i kommunen må vurdere og handla slik dei gjer. Støtteordningar og kurs for pårørnde er aktuelt.

Korleis sikre nødvendig forankring av lovendringane i fagmiljøer, tenester/einingar, brukar- og pårørndeorganisasjonar på alle nivå?

Sjå kulepunkt 1.

Korleis tilrettelegginga for god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta med nytt regelverk?

Ein viktig oppgåve for Helsefelleskapet. Stikkord er tilstrekkeleg tal plassar i spesialisthelsetenesta og ikkje skriva ut pasienten for tidleg. Praktisk sett er transport særskild viktig der det er langt til sjukehus. Han bør dekkast og organiserast av det offentlege.

Kva oppgåver blir overførte/blir forskovne mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høyringsinstansane identifisera gråsoner mellom ulike sektorar eller forvaltningsnivå, og korleis ser ein for seg at desse blir løyste?

Grå sonar : Kommunehelseteneste-politi- andre naudetatar.

Vil spesialisthelsetenesta stilla opp med frivillige tilbod som er tilgjengelege eller er det tenkt å bli ein kommunal oppgåve eller eit samarbeid ? Alvorleg psykisk liding og rus er ein av dei fire kategoriar Helsefelleskapet skal prioritera.

Rammer for legevakt og rolla til fastlege etter forslag til nytt regelverk, her under òg som kontaktpunkt for begge nivåa.

I distriktet her er tvangsinnlegging med dagens regelverk tidkrevjande og tek mykje ressurs både for fastlege på dagtid og på legevakt. Det tek ofte lang tid å få politi på plass. Som ei følgje av det skjer legen sin arbeid med dette ofte seint på kveld eller på natt. Legen er åleine på vakt om natta. Det er ofte fleire rundar på telefon for avklaringar med AMK om transport og med sjukehus for rådgjeving frå spesialisthelsetenesta. Transport til sjukehus er og lang og det hender beroligande medikament blir nytta for å få til transport.

Lovutkastet no ser ut til å gjere arbeidsbyrda meir omfattande og større. Vurderingane som skal gjerast er meir kompliserte. Legar er vant med diagnostikk og kan forholde seg til alvorleg sinnsliding eller mistanke om det. Avgjerdskompetansevurdering og rettsleg haldbar forholdsmessighetsvurdering vil ein bruka meir tid på. Lovteksten er som fyrsteintrykk komplisert og det skiljast mellom sjukdomsvilkår og ikkje- diagnosenære vilkår. For akutte hendingar må det lagast ein oppskrift som er enkel for legevakta å forholde seg til.

Legevakta må kjenna til og samhandle med anna kommunal helseteneste eller frivillige tilbod i spesialisthelsetenesta 24/7 og kunne bistå pasientar til å gjere avtalar om oppfølging vidare etter legevakt henvendinga.

Kva bør vera på plass for å sikra at kommunen er i posisjon til å førebygga tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffa vedtak om innlegging og tilbakehalding med tvang i rusinstitusjon blir overført frå fylkesnemndene og kommunane til spesialisthelsetenesta?

Spesialisthelsetenesta / myndane må leggja fram ein plan for frivillige tiltak med dokumentert nytteeffekt for pasienten og som er gjennomførbare i ein kommune.

Med helsing

Ann Wraa
Kommunalsjef for helse og omsorg

Kopi til:
Lars Håvard Eriksen
Finn Arne Askje
Evy Katrin Aamlid
Dordi Elise Flom
Elin Erikstein

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og har difor ikkje underskrift.