

Saksdokumenter - sak PS 0350/21

Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Saksframlegg

Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Arkivsak 21/23039

Kommunedirektørens forslag til vedtak:

Formannskapet avgir på vegne av Trondheim kommune følgende høringssvar til ny Tvangsbegrensingslov - felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten:

1. Trondheim kommune er bekymret for om de med alvorlig psykisk tilstand og/eller rusmisbruk gis godt nok helsetilbud når de er i en situasjon som på sikt kan medføre fare for dem selv og andre. Helse- og omsorgsdepartementet anmodes om å evaluere lovendringen fra 2017 som krevde samtykke fra pasienten for å få behandling, og vurdere hvilke helhetlige tilbud som kan bidra til å bedre omsorgen for denne gruppen, deres pårørende og nærmiljø.
2. Trondheim kommune mener at en felles lov kan legge bedre til rette for likebehandling, redusert bruk av tvang og helhetstenkning rundt individet. En felles lov gir også gode muligheter for en enhetlig tilnærming til menneskerettslige krav.
3. Følgende forutsetninger må være på plass for å sikre en god gjennomføring av nytt regelverk i kommunehelsetjenesten:
 - a. systematisk opplæring av kommunalt ansatte som arbeider med den aktuelle målgruppe som står i fare for å bli utsatt for tvangstiltak:
 - i. formålet med ny lov og innholdet i loven
 - ii. forebyggende tiltak for å redusere konflikt og voldelige hendelser
 - iii. opplæring i for eksempel [MAP](#) (møte med aggresjonsproblematikk)
 - iv. Opplæring og veiledning for helsepersonell for vurdering av beslutningskompetanse relatert til tvangsvedtak.
 - b. Statlige myndigheter utarbeider opplæring i alle tema som berører lovendringene (om loven, forebyggende tiltak, veiledning i å vurdere samtykkekompetanse mm) i form av tematisk video som er tilgjengelig for alle innbyggere.
 - c. Kommunehelsetjenesten må få dekket kostnader til opplæring og økte ressurser for å iverksette målrettede forebyggende tiltak som kan motvirke "tvangssituasjoner".
 - d. Nasjonale myndigheter må legge til rette for at flere kan utdannes til vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere for å ivareta et særskilt faglig ansvar for tjenester til utviklingshemmede og demente.
 - e. Det bør legges til rette for god samhandling ved felles opplæring for ansatte i spesialisthelsetjenesten og ansatte i samarbeidende kommuner om metoder som kan forebygge kriser og uplanlagte "tvangssituasjoner".
 - f. Da formålet med lovendringen er å redusere bruk av tvang, må vi forvente at flere personer som tidligere ble innlagt i psykisk helsevern i stedet må bli tatt hånd om i kommunehelsetjenesten. Det kan være pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet. For å klare å iverksette forebyggende

tiltak er det behov for å styrke den kommunale innsatsen til nevnte målgruppe.

- g. Trondheim kommune støtter ikke forslaget om at behandling med antipsykotika skal det nå kreves at “vedtaksansvarlig må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken”. En sykehjemslege har god kompetanse med medisinerings av dementes psykiske og atferdsmessige symptomer.
- h. Det nye kravet om undersøkelse av to leger ved tvungen innleggelse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil involvere fastlegen og legevaktlege på samme måte som dagens regelverk ved psykisk lidelse. Endel pasienter vil kunne unndra seg legeundersøkelse og loven må klargjøre også denne situasjonen, for eksempel om kommuneoverlegen skal kunne gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse, slik som dagens psykisk helsevernlov gir grunnlag for. For en stor kommune som Trondheim betyr denne endringen fra dagens lovgivning, hvor vedtakene fattes av noen få personer ved helse- og velferdskontor, til at ca 130 legevaksleger og 190 fastleger potensielt skal ordne innleggelse – det kan gi ulik praksis fordi ansvaret spres på svært mange personer.
- i. Mekaniske innretninger. Det er behov for å se nærmere på hvordan utvalgets forslag forholder seg til omsorgsformål på ulike arenaer (institusjon, omsorgsbolig/bofellesskap, eget hjem), ettersom dette varierer noe etter dagens lovverk blant annet i kap. 9 og 4A.

Saksutredning:

Saken gjelder

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstanser til å gi innspill til hva som må til for å innføre [et nytt regelverk for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren](#) med høringsfrist 8. november 2021.

Bakgrunn

Regjeringen har ikke tatt stilling til hele Tvangslovutvalgets forslag til lovendringer, men tatt viktige veivalg for det videre lovarbeidet, for eksempel:

- Felles lov om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. I dag er bruk av tvang hjemlet i fire ulike lovverk, noe som gjør det komplisert og uoversiktlig.
- Et mer diagnosenøytralt regelverk. Oppmerksomheten rettes mot personens fungeringsnivå og behov, ikke diagnose.
- Manglende beslutningskompetanse som gjennomgående vilkår for bruk av tvang.
- Fortsatt særregler for tvangsbruk mot personer som utgjør en nærliggende fare for andres liv eller helse.
- Ny felles ordning for overprøving og kontroll. Statsforvalterne og nye nemnder er sentrale kontrollorgan.
- Snever adgang til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke som livreddende tiltak.
- Snever adgang til tvangsmedisinering.

- Utfasing av bruk av mekaniske innretninger, som reimer og belteseng, i nødsituasjoner.

Innledning

I 2019 sendte helse- og omsorgsdepartementet på høring [NOU 2019: 14](#)

Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Det går fram av Granavolden-plattformen at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget.

Regjeringen har de siste årene gjort [lovendringer som styrker pasientens rettssikkerhet og medbestemmelse](#) ved bruk av tvang. En ny lov for bruk av tvang må ses i sammenheng med andre tiltak for å redusere bruken av tvang og få riktigere bruk av tvang.

Frivillighet i behandlingen, respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helseretten. Tvang skal bare benyttes når det er helt nødvendig og som en siste utvei når frivillige tiltak ikke nytter. Innføring av ny tvangslov vil være et viktig bidrag i arbeidet for riktigere og redusert bruk av tvang. For å nå dette målet, må loven også virke sammen med andre tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til utarbeidelsen av **en plan** for innføringen av nytt regelverk om tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Tvangslovutvalget har foreslått omfattende endringer i lovverket for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Mange har uttrykt bekymring for om tjenestene er forberedt på endringene. Departementet inviterer derfor høringsinstansene til å gi innspill til hva som må til for å innføre et nytt regelverk for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren.

Departementet ønsker innspill om hva som vil være de viktigste behovene å ivareta ved overgang til nytt felles regelverk for tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren. Videre ønsker departementet at høringsinnspillene beskriver – mest mulig konkret – hva som må til for å kunne etterleve lovendringene i praksis, også når det gjelder samarbeidet mellom ulike enheter og behandlingsnivåer.

Kommunedirektøren har i samarbeid med en flerfaglig arbeidsgruppe vurdert lovforslag som kan ha implikasjoner for kommunehelsetjenesten.

HØRINGSFORSLAG

Helse- og omsorgsdepartementet ber særlig om høringsinstansenes vurdering av:

Spørsmål 1. Hvilke forutsetninger må oppfylles på kommunalt, regionalt og statlig nivå for å sikre en trygg og god gjennomføring av nytt regelverk?

Vurdering

Kommunalt nivå: Det må gis systematisk opplæring av kommunalt ansatte som arbeider med den aktuelle målgruppe som står i fare for å bli utsatt for tvangstiltak (utviklingshemmede, demente, rusmiddelavhengige og personer med alvorlige psykiske lidelser). Det må gis opplæring i:

- formålet med ny lov og innholdet i loven
- forebyggende tiltak for å redusere konflikt og voldelige hendelser

- opplæring i for eksempel [MAP](#) (møte med aggresjonsproblematikk) - Hensikten med opplæring i MAP er å forhindre vold, og sørge for at pasienter og personale opplever seg trygge.
- Opplæring og veiledning for helsepersonell for vurdering av beslutningskompetanse relatert til tvangsvedtak.

Kommunene må få dekket kostnader til opplæring og økte ressurser for å iverksette målrettede forebyggende tiltak som kan motvirke "tvangssituasjoner".

Spørsmål 2. Hvordan kan tjenestene best tilrettelegge for et frivillig tilbud i de tilfellene hvor det foreslåtte regelverket vil bety innskrenkninger i og/eller avvikling av dagens tvangsbruk?

Vurdering

Opplæring av kommunalt ansatte og implementering av nasjonale faglige råd om forebygging og riktig bruk av tvang.

Det foreslås at statlige myndigheter utarbeider opplæring i alle tema som berører lovendringene (om loven, forebyggende tiltak, veiledning i å vurdere samtykkekompetanse mm) i form av tematisk video som er tilgjengelig for alle innbyggere.

Spørsmål 3. Hvilke behov for opplæring, organisasjonsutvikling og andre kompetansetiltak ser tjenestene som følge av nytt regelverk?

Vurdering

Trondheim kommune mangler blant annet vernepleierkompetanse og sykepleierkompetanse - denne er vesentlig for å ivareta den samlede faglige kompetansen i tjenester til utviklingshemmede og for demente. Nasjonale myndigheter må legge til rette for at flere kan utdannes til vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere.

Spørsmål 4. Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige endringer i tjenestene?

Vurdering

Generelt er det behov for å styrke innsatsen på opplæring og veiledning for å implementere nye lovendringer.

Spørsmål 5. Hvordan tilrettelegge for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med nytt regelverk?

Vurdering

Å tilrettelegge for godt faglig arbeid er en sentral forutsetning for å kunne nå målet om riktig bruk av tvang. En ny tvangslov vil bare i begrenset grad kunne bli realisert iht. lovgivers intensjon dersom det ikke settes inn en systematisk, koordinert innsats for å sikre faglig kvalitet, herunder grep for å motvirke faglig ubegrunnet variasjon i tilbudet. Kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern og TSB handler bl.a. om å forbedre tjenestenes muligheter til å forebygge kriser og akuttinnleggelser. Dette forutsetter nært samarbeid med kommunale tjenester.

Det bør derfor gis “felles” opplæring for ansatte i spesialisthelsetjenesten og ansatte i samarbeidende kommuner om metoder som kan forebygge kriser og uplanlagte “tvangssituasjoner”.

Det nye innen rusbehandling er at det skal inngås en avtale om samarbeid og planlegging rundt pasienten før, under og etter et opphold i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve betydelig økt møtevirksomhet rundt enkeltpasienter, og dermed økte ressurser. Sentrale helsemyndigheter må her lage en konkret beskrivelse og mal for dette samarbeidet, slik at det blir en noenlunde enhetlig form på dette.

Spørsmål 6. Hvilke oppgaver overføres/forskyves mellom ulike forvaltningsnivå? Kan høringsinstansene identifisere gråsoner mellom ulike sektorer eller forvaltningsnivå, og hvordan ser man for seg at disse løses?

Vurdering

Da formålet med lovendringen er å redusere bruk av tvang, må vi forvente at flere personer som tidligere ble innlagt i psykisk helsevern i stedet tas hånd om i kommunehelsetjenesten. Det kan være pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet som dagens ambulante behandlingsteam tar hånd om. Mange pasienter med ruslidelse vil forventes å benytte seg av retten til å skrive seg ut straks de blir vurdert som beslutningskompetent, gjerne i abstinensfasen. I motsetning til idag der det kan gjøres vedtak på 3 måneder kan det derfor bli utfordrende å komme i posisjon til å kunne gi disse pasientene adekvat behandling for ruslidelsen. Pasientene vender tilbake til kommunen og begrepet “svingdørspasienter” er dekkende.

For å klare å iverksette forebyggende tiltak er det behov for å styrke den kommunale innsatsen til nevnte målgruppe.

I høringsnotates eksempel om “Pasientforløp - Behandling av personer med demenslidelser med psykofarmaka i sykehjem” foreslås at ved behandling med antipsykotika skal det nå kreves at “vedtaksansvarlig må stå under veiledning av en psykiater i psykisk helsevern i den konkrete saken”.

Kommunedirektøren er uenig i forslaget og mener at det innebærer en umyndiggjøring av kommunal kompetanse. En medisinsk ansvarlig sykehjemslege for en demensavdeling i kommunal institusjon har jevnt over mer erfaring med medisinerings av dementes psykiske og adferdsmessige symptomer enn de fleste psykiatere, med unntak av de som jobber på alderspsykiatriske avdelinger. Trondheim kommune erfarer at det er svært vanskelig å få lagt inn demente pasienter i spesialisthelsetjenesten, som begrunner dette med at disse må håndteres i primærhelsetjenesten. En del demente har paranoide forestillinger eller hallusinasjoner, og har god effekt av små doser antipsykotika. At kommunehelsetjenesten etter ny lovgivning skal ha plikt til å la seg veilede av spesialisthelsetjenesten også for de pasientene som ikke motsetter seg slik behandling, mener vi blir feil.

Spørsmål 7. Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk, herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.

Vurdering

Det nye kravet om undersøkelse av to leger ved tvungen innleggelse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil involvere fastlegen og legevaktlege på samme måte som

dagens regelverk ved psykisk lidelse. For en stor kommune som Trondheim betyr denne endringen fra dagens lovgivning, hvor vedtakene fattes av noen få personer ved helse- og velferdskontor, til at ca 130 legevaktsleger og 190 fastleger potensielt skal ordne innleggelse. Selv om det er faglig ansvarlig ved rusinstitusjonen som gjør vedtaket så vil den kommunale håndteringen i forkant gi mer ulik praksis fordi dette spres på svært mange personer, der hver og en har lite erfaring på området.

Endel pasienter vil kunne unndra seg legeundersøkelse og loven må klargjøre også denne situasjonen, for eksempel om kommuneoverlegen skal kunne gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse, slik som dagens psykisk helsevernlov gir grunnlag for.

Spørsmål 8. Hva bør være på plass for å sikre at kommunen er i posisjon til å forebygge tvang med frivillige tiltak når kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakeholdelse med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten?

Vurdering

Kommunehelsetjenesten trenger informasjon om hvem som kan kontaktes (være tilgjengelig) i spesialisthelsetjenesten for å drøfte igangsatte tiltak og kvalitetssikre om det er andre tiltak som ikke er prøvd før tvangstiltak eventuelt iverksettes.

Spørsmål 9. Bruk av mekaniske innretninger for omsorgsformål og hvordan bør den i så fall bør utformes?

Vurdering

Kommunedirektøren mener at særlige rettssikkerhetshensyn gjør seg gjeldende når mekaniske innretninger brukes som omsorgstiltak. I slike situasjoner vil det primært dreie seg om bruk av armskinner, spesialklær og sengehester. Tiltaket vil typisk være aktuelt for personer med demens og psykisk utviklingshemning.

Det er en grunn til bekymring for at tvangsbruk med grunnlag i en relativt rundt formulert omsorgstvangshjemmel vil øke når terskelen for bruk av andre tvangstiltak heves. En omsorgshjemmel som er svært konkret om hva som regnes som tillatte mekaniske tvangsmidler, kan få en utilsiktet effekt der tjenestene i større grad opplever å få et «godkjenningsstempel» på bruk av mekaniske tvangsmidler innenfor omsorgstjenesten. Dette kan igjen føre til mer tvang enn i dag fordi presiseringen oppleves som om terskelen for tvangsbruk senkes.

Mekaniske tvangsmidler er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

Bevegelseshindrende tiltak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A er i hovedsak avgrenset til helsehjelp. Helsehjelp omfatter også tiltak om stell og pleie for personer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunedirektøren slutter seg i utgangspunktet til forslag om adgang til bruk av mekaniske innretninger med omsorgsformål.

Kommunedirektøren mener likevel at det er behov for å se nærmere på hvordan utvalgets forslag forholder seg til omsorgsformål på ulike arenaer (institusjon, omsorgsbolig/bofellesskap, eget hjem), ettersom dette varierer noe etter dagens lovverk blant annet i kap. 9 og 4A.

Spørsmål 10. Er det behov for å videreføre adgangen til å bruke skjerming som behandling?

Vurdering

Kommunedirektøren mener at det er behov for en tydeliggjøring av formålet med skjerming, i hvilke situasjoner tiltaket kan brukes og hvor og hvordan skjermingen skal gjennomføres, vil være viktig for å sikre at skjermingspraksis ikke kommer i konflikt med forbudet mot nedverdiggende behandling. Det vil også bidra til å sikre at det er et rimelig forhold mellom integritetsinngrepet mot den enkelte og det som kan oppnås med tiltaket. Kommunedirektøren mener at formålet med skjermingen må avgjøre hvor strenge vilkår som skal stilles og hvor lenge tiltaket skal kunne brukes. Kommunedirektøren støtter forslaget om at skjerming i loven skal defineres som «å holde en person helt eller delvis atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende.»

I dagligtalen brukes begrepet skjerming også om tilbakehold mot pasientens vilje. Tilbakehold skjer typisk i skjermede/forsterkede avdelinger i sykehjem for personer med demens. I slike tilfeller må i dag de generelle vilkårene for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, være oppfylt. Formålet med tilbakeholdelsen avgjør hvor lenge tilbakeholdelsen kan vare.

Adgangen til innleggelse i skjermede/forsterkede avdelinger i sykehjem reguleres i utvalgets lovutkast kapittel 5 *“Innleggelse og tilbakehold i helseinstitusjon”*. Etter hovedbestemmelsen om alminnelige vilkår for innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg, kreves det blant annet at personen har et sterkt behov for behandling av somatiske helseproblemer, pleie eller omsorg i helseinstitusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Her er temaet skjerming som individuelt behandlings- og omsorgstiltak. Adgangen til å iverksette tiltak for å sørge for ro/hindre støy for pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (herunder sykehjem), som personen motsetter seg, men der formålet ikke er å holde personen atskilt fra personell og andre som ikke deltar i oppfølgingen av vedkommende, reguleres etter utvalgets lovutkast i hovedbestemmelsen om alminnelige vilkår for tiltak som personen motsetter seg.

Mulige konsekvenser ved ny lov

- Overfor en person med utviklingshemning vil det bli vesentlig enklere å kunne ta i bruk f.eks. GPS. Hvis personen har beslutningskompetanse i spørsmålet om bruk av teknologi, vil hen kunne samtykke til bruken på linje med andre.
- For inngrep i enkeltstående nødsituasjoner av hensyn til andre, antas ny lov ikke å medføre endringer av betydning for personer med utviklingshemning. Personer med andre utfordringer, f.eks. psykiske lidelser, vil omfattes av reguleringen i ny lov. Det vil medføre at personer som pr. i dag blir utsatt for uregulert tvangsbruk basert på straffrihetsreglene (nødvergebestemmelsen) i straffeloven, får bedre rettssikkerhet.
- For personer med utviklingshemning går de vesentligste endringene ut på at det med ny lov innføres et gjennomgående vilkår om manglende beslutningskompetanse. I tillegg endres innretningen av spesialisthelsetjenestens bistandsplikt. Personer med andre utfordringer, f.eks. psykiske lidelser, autisme eller annet, vil omfattes av reguleringen i ny lov. Det vil medføre at personer som pr. i dag blir utsatt for uregulert tvangsbruk får muligheter til å bli ivaretatt bedre, med bedre rettssikkerhet.

- Pasientforløp – Behandling av personer med demenslidelser med psykofarmaka i sykehjem. Etter dagens regelverk kan undersøkelse og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke ikke iverksettes med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Slik helsehjelp reguleres hovedsakelig av psykisk helsevernloven jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2, annet ledd.
- Adgangen til tilbakeholdelse av pasienter for å hindre vesentlig helseskade er etter dagens regelverk avgrenset til helseinstitusjon jf. § 4A-4 annet ledd. Mange pasienter med f. eks demens bor etter hvert utenfor institusjon i samlokaliserte omsorgsboliger eller bofellesskap, med eller uten fast stasjonert bemanning. I de tilfeller hvor pasienten ikke lenger kan gå ut på egenhånd uten at det er fare for vesentlig helseskade, vil disse pasientene måtte flytte fra sin bolig og inn i institusjon for å kunne holdes tilbake mot sin vilje.
- Forløp tvang i psykisk helsevern. Endringene medfører innstramming og tydeliggjøring av vilkårene for tvangsbruk, og en styrking av pasientens rettigheter. Den enkeltes krav på et tilrettelagt tilbud på frivillig grunnlag blir mer eksplisitt formulert enn i eksisterende lov. Det innføres rett til å reservere seg mot antipsykotika i fem år. Det legges opp til at bruk av mekaniske innretninger skal fases ut. Tvangsbegrensningsnemnder vil opprettes og erstatte dagens kontrollkommisjoner. Nemndene skal bidra til mer likeverdig praksis og økt rettssikkerhet for pasientene.
- Tvangsinnleggelse av gravide i TSB. I utvalgets lovutkast § 5-6 Innleggelse og tilbakeholdelse av gravide ved fare for det ufødte barnet, fremgår det at det kan treffes vedtak om og gjennomføres innleggelse og tilbakeholdelse som personen motsetter seg, dersom hun er gravid og misbruker rusmidler. Kvinnen kan holdes tilbake i hele svangerskapet dersom det er nødvendig for å hindre eller begrense helseskade på det ufødte barnet. For tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold i institusjon for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, er det i tillegg et vilkår at det er inngått en avtale mellom oppholdskommunen og spesialisthelsetjenesten om samarbeid og planlegging av personens tjenestetilbud før, under og etter oppholdet. Dersom kommunen ikke allerede er kjent med at innleggelse har skjedd, skal den orienteres uten hinder av taushetsplikten. Når det er truffet vedtak etter paragrafen her og kvinnen er tatt inn på institusjon, skal kommunen uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om dette. Meldingen skal omfatte opplysninger om hvem kvinnen er, vurderingen av rusmisbruk og fare for skade på barnet som lå til grunn for vedtaket, forventet termin og hvilken institusjon kvinnen er tatt inn på. Kompetansen til å treffe vedtak om innleggelse og tilbakehold med tvang i rusinstitusjon overføres fra fylkesnemndene og kommunene til spesialisthelsetjenesten (lege eller psykolog)

Konsekvenser for klima og det ytre miljø

Saken har ingen konsekvenser for klima og det ytre miljø.

Økonomiske konsekvenser for kommunen

Saken har ingen økonomiske konsekvenser for kommunen.

Kommunedirektørens vurdering og konklusjon

Det overordnede målet for de som arbeider innenfor psykisk helse er å legge til rette for mest mulig frivillighet i behandlingen. Frivillighet i behandlingen og respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er viktige og grunnleggende prinsipper i helseretten. Frivillighet er hovedprinsippet for gjennomføring av all helsehjelp, både ved fysiske og psykiske tilstander. Tvang skal bare benyttes når det er helt nødvendig og som en siste utvei når frivillige tiltak ikke nytter.

Dagens fire regelsett har egne bestemmelser om formål, virkeområde, vilkår for bruk av tvangstiltak, saksbehandling, gjennomføring, klage og tilsyn. Ulikhetene i regelverkene er i hovedsak begrunnet i forskjellige behov for tvangsbruk overfor målgruppene, men også i ulike fagtradisjoner. Gråsoner mellom regelsettene skaper usikkerhet ved praktisering av reglene i konkrete situasjoner. Grupper av pasienter og brukere kunne vært gitt et bedre tilbud dersom virkeområdet for regelsettene hadde vært mer samordnet. Dette gjelder særlig for personer som har behov for bistand fra flere tjenester som reguleres av ulike regelverk.

Kommunedirektøren mener derfor at en felles lov kan legge bedre til rette for likebehandling, redusert bruk av tvang og helhetstenkning rundt individet. En felles lov gir også gode muligheter for en enhetlig tilnærming til menneskerettslige krav.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et faglig godt tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. For kommunale tiltak som har pleie- og omsorgsformål, er bl.a. relasjoner, trygghet og ivaretagelse i et livsløpsperspektiv viktige verdier. Det er sentralt at eventuelle tvangshjemler er presist utformet, forsvarlige og ivaretar brukerens behov. Innføring av ny tvangslov vil være et viktig bidrag i arbeidet for riktigere bruk av tvang i henhold til Norges menneskerettslige forpliktelser, herunder FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

En ny tvangslov skal styrke pasientenes rettssikkerhet i møte med tjenestene. Felles regler for hele helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre oversikt, sammenheng og klarhet i tvangslovgivningen. Loven skal bidra til en helhetlig ramme rundt de ulike tvangshjemlene.

Kommunedirektøren foreslår at følgende forutsetninger må være på plass for å sikre en god gjennomføring av nytt regelverk i kommunehelsetjenesten:

- systematisk opplæring av kommunalt ansatte om ny lov
- statlige myndigheter utarbeider opplæring i alle tema som berører lovendringene (om loven, forebyggende tiltak, veiledning i å vurdere samtykkekompetanse mm) i form av tematisk video som er tilgjengelig for alle innbyggere
- kommunehelsetjenesten må få dekket kostnader til opplæring og økte ressurser for å iverksette målrettede forebyggende tiltak som kan motvirke "tvangssituasjoner"
- nasjonale myndigheter må legge til rette for at flere kan utdannes til vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere for å ivareta et særskilt faglig ansvar for tjenester til utviklingshemmede og demente personer.
- Trondheim kommune støtter ikke forslaget om at ved behandling med antipsykotika skal det nå kreves at "vedtaksansvarlig må stå under veiledning av en psykiater i

psykisk helsevern i den konkrete saken". En sykehjemslege har god kompetanse med medisinerer av dementes psykiske og atferdsmessige symptomer.

- mekaniske innretninger - det er behov for å se nærmere på hvordan utvalgets forslag forholder seg til omsorgsformål på ulike arenaer (institusjon, omsorgsbolig/bofellesskap, eget hjem), ettersom dette varierer noe etter dagens lovverk blant annet i kap. 9 og 4A.

Kommunedirektøren i Trondheim, 08.10.2021

Wenche P. Dehli
helse- og velferdsdirektør

Eirik Roos
rådgiver III

Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift