



Byrådssak /23

Saksframstilling

Vår referanse: 2023/165493-4

Høringsuttalelse - Rapport frå ekspertutval som har evaluert vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalet)

Hva saken gjelder:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring Rapport fra ekspertutvalg som har evaluert vilkåret for manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalget).

Høringsfrist: 1. november 2023. Det er gitt utsatt frist til 1. desember.

Psykisk helsevernloven ble endret første september 2017 med formål om å øke pasientens selvbestemmelse og rettsikkerhet. Bortfall av samtykkekompetanse ble innført som et vilkår for å kunne behandle pasienter mot deres vilje. Vilåret som ble gitt innebærer at pasienter som var kompetente til å ta beslutninger om egen helse kunne si nei til helsehjelp i psykisk helsevern med mindre de utgjorde en fare for eget liv eller andres liv og helse. Beviskravet var formulert slik at det skulle være «åpenbart» at pasienten ikke var samtykkekompetent.

Den sittende regjeringen fastslo i Hurdalsplattformen at det skulle gjennomføres en evaluering av denne lovendringen (Regjeringen Støre, 2021) og det ble nedsatt et ekspertutvalg som leverte sin rapport «Bedre beslutninger, bedre behandling» den 15. juni 2023.

Rapporten inneholder et bredt kunnskapsgrunnlag knyttet til saksfeltet og utvalget gir en rekke anbefalinger og forslag til tiltak. Bergen kommunes etat for tjenester til utviklingshemmede, etat for psykisk helse og rustjenester, ruspolitisk råd, samt jurist og kommuneleger ved byrådsavdeling for helse og omsorg, har vurdert rapporten og utarbeidet dette samlede høringsvaret.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Det er av stor viktighet at helsen og rettssikkerheten til pasienter uten evne til å fatte beslutninger om helsehjelp sikres på en så god måte som overhodet mulig.

Utvalget har påpekt flere svakheter ved innføringen av samtykkekompetansekravet i 2017. Opplæringen var mangelfull, tilgjengelige kliniske verktøy var ikke tilfredsstillende og datagrunnlaget for å overvåke og kartlegge konsekvensene av lovendringen har vist seg å være utilstrekkelig.

Endringer i helselovgivning må være så konkrete som mulig, slik at de kan operasjonaliseres til klinisk praksis. Bergen kommunes mener det er uheldig at sentrale helselovmessige begrep må vurderes i domstolene før operasjonaliseres, eks. tidskravet i dagens LPH § 3-3 «meget nær framtid».

Samtlige av utvalgets forslag til lovendringer i psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven (s. 314- 319) vurderes som gode og nødvendige. Lovendringene vil bidra til å løse en del av utfordringene som dagens regelverk skaper. Samtidig ser vi at dagens utfordringer ikke kan løses bare med lovendringene. Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må styrkes, og det må utvikles nye tilbud særlig rettet mot pasienter med forhøyet voldspotensial.

Det viktig for kommunen å understreke at de mest sentrale lovendringene henger sammen med hverandre og at de derfor må iverksettes samlet:

- Senke beviskravet for manglende samtykkekompetanse fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient og brukerrettighetsloven § 4-3 (ref. 13.4.4)
- Senke beviskravet for både beslutningskompetanse og farevilkår i vilkårene for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 (ref. 13.4.6)
- Krav om vurdering av farevilkår er oppfylt dersom pasienter utøver/har utøvd vold eller har truende atferd i psykisk helsevernloven § 3-3 nytt fjerde ledd (ref. 13.5.4)
- Plikt til å vurdere å innhente informasjon fra kommunehelsetjenesten og pårørende i vurdering av beslutningskompetanse og fare i psykisk helsevernloven § 3-3 (ref. 13.48)

Bergen kommune støtter utvalgets forslag om å vektlegge konsekvensene av en pasients beslutning mer enn i dag. Dette kan føre til at pasienter som i dag ikke får nødvendig hjelp, kan motta dette under tvang. Selv om det kan innskrenke pasientenes selvbestemmelsesrett, vil det også ta hensyn til konsekvensene for andre og samfunnet. Vi peker på utfordringer med personer som ikke kan bo alene grunnet psykiske og fysiske helseproblemer, som skaper brannfare og konflikter med naboer. Ved å fjerne diagnosekravet, innføre konsekvensforståelse i kompetansevurderingen og senke beviskravet, kan kommunen gripe inn tidligere for å gi nødvendig helsehjelp.

Vi rapporterer en økning i antall personer med alvorlige psykiske lidelser og potensial for vold, ofte i kombinasjon med rusavhengighet og utviklingsforstyrrelser. Kommunen står overfor utfordringer med å tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester til disse individene. Bergen kommune opplever en uklar ansvarsfordeling for personer med alvorlig psykisk lidelse og høy risiko for voldelig atferd. Kommunen observerer at flere alvorlig syke pasienter blir fengslet i stedet for å motta behandling, noe som kan forverre deres helsetilstand. Kommunen understreker behovet for å avklare ansvarsfordeling og forbedre samarbeidet mellom helsevesenet og justissektoren for å bedre håndtere denne pasientgruppen og etterlyser tiltak utover de oppdateringene som ble gjort i et rundskriv 3. juli 2023. Bergen kommune leverer et omfattende hørings svar, som understreker vår sterke interesse og engasjement innen dette saksfeltet.

Kommunen avgir en rekke anbefalinger i vårt hørings svar og under følger en kort oppsummering av disse:

1. **Prioritering av registerdata:** Det anbefales at Norsk pasientregister, i samarbeid med helseforetakene, får i oppdrag å utrede og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten på og tilgjengeligheten til eksisterende registerdata om bruk av tvang. Det foreslås også at styringsdata og indikatorer publiseres for å støtte utviklingsarbeid. Kommunen understreker viktigheten av å overvåke tvangsbruk blant en aldrende befolkning og personer med demens. For å oppnå dette, må EPJ kunne rapportere data til Kommunalt pasient- og brukerregister.
2. **Begrensning av dokumentasjonskrav:** Bergen kommune advarer om at strengere dokumentasjonskrav kan føre til mer ressurskrevende journalskriving og juridisk preget

dokumentasjon. Det må finnes en balanse som sikrer rettssikkerhet og god helsehjelp uten å bruke unødvendige ressurser. Kommunen anbefaler utvikling av verktøy og maler for beslutningsstøtte i EPJ-systemer som er brukervennlige.

3. **Styrking av opplæring:** Det understrekes et behov for å styrke kompetansekrav og opplæring gjennom helsefagutdanninger, spesielt på områder som vurdering av beslutningskompetanse, klinisk etikk, og helselovgivningen. Det anbefales at helseforetakene og kommunene samarbeider om å etablere arenaer for systematisk refleksjon rundt samhandling og klinisk praksis i lokal kontekst.
4. **Riktig bruk av tvang:** Det fremheves at formålet med psykisk helsevern er å sikre behandling av god kvalitet og at psykisk helsevernloven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og helsetjenesten. Formålet om riktig bruk av tvang skal tydeliggjøres i psykisk helsevernloven § 1-1.
5. **Kompetansekrav i legevakt:** Vi påpeker at legevaktsleger ofte mangler erfaring og gode rammebetingelser for å vurdere beslutningskompetanse. Vi foreslår obligatoriske kurs i beslutningskompetansevurdering for legevaktleger, i tråd med akuttmedisinforskriften, for å sikre at de har nødvendig kompetanse eller tilgang til bistand. Videre anbefaler kommunen at verktøy for beslutningskompetansevurdering skal være lett tilgjengelig for helsepersonell, inkludert verktøy som kan brukes med tolk for fremmedspråklige pasienter.
6. **Undersøkelseskrav i legevakt:** Bergen kommune foreslår at det innføres en plikt for leger, til å vurdere å innhente informasjon fra pårørende ved tvungen legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1. Dette vil gi et bedre beslutningsgrunnlag før eventuell henvisning til psykisk helsevern, særlig fordi legevaktsleger ofte ikke kjenner pasientene fra før. For pasienter som har omsorg for barn eller der farekriteriet er relevant, mener kommunen at pasienten ikke bør kunne nekte innhenting av slik informasjon.
7. **Utvikling av sengeplasser og tvungent vern:** Høringssvaret inneholder en figur som viser utviklingen i antall sengeplasser i psykisk helsevern og antall sengeplasser per 100 000 innbyggere, justert for befolkningsvekst, fra 1990 til 2015. En annen figur viser utviklingen i antall nye dommer og opphør av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008-2021. Figurene viser behovet for endringer i praksis og/eller politikk.
8. **Fokus på barns behov:** Bergen kommune legger vekt på behovet for å beskytte barn som bor sammen med pasienter i psykisk helsevern. Vi foreslår at lovgivningen skal reflektere dette ved å ta hensyn til barna i pasientens husstand, noe som vil innebære en utvidelse av kretsen av personer hvis interesser må vurderes i behandlingsbeslutninger.
9. **Informasjonsutveksling og taushetsplikt:** Det foreslås en nærmere utredning av taushetsplikten for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og andre offentlige instanser. Dette inkluderer en vurdering av grensene for unntaket fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 23 nr. 4, og hvordan informasjonsutveksling kan foregå i forebyggende øyemed.
10. **Bruk av kjernejournal:** Det foreslås hvordan kjernejournalen kan benyttes for å tilgjengeliggjøre informasjon om pasientens kriseplan og andre relevante planer. Dette kan potensielt forbedre beslutninger om etablering av tvungent vern ved å gi

helsepersonell lettere tilgang til viktig informasjon.

- 11. Implementeringsplan:** Det anbefales at det utarbeides en implementeringsplan for å sikre at en omforent forståelse av reglene når ut til klinikere og relevante offentlige instanser. Dette vil bidra til å sikre at endringer i lovgivningen og praksis blir forstått og tatt i bruk på riktig måte.

Utdypende kommentarer til de enkelte punkter i høringsutkastet framgår av saksframstillingen.

Vedtakskompetanse:

Byrådets fullmakter, vedtatt av Bergen bystyre i sak 378-20 i møte 16. desember 2020.

§ 6 HØRINGSUTTALELSER

Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Forretningsutvalget kan på vegne av bystyret avgjøre hvorvidt en høringsuttalelse inneholder prinsipielle avveininger og må fremsendes til behandling i bystyret.

Ordfører fattet følgende vedtak på sommerfullmakt 13.07.2023:

«Byrådet avgir eventuelt hørings svar til «Høring - rapport fra ekspertutvalg som har evaluert vilkåret om manglende» på vegne av Bergen kommune. samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalget)» på vegne av Bergen kommune.»

Byråd for eldre, helse og omsorg innstiller til byrådet å fatte følgende vedtak:

1. Byrådet avgir høringsuttalelse til «Rapport fra ekspertutval som har evaluert vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalet)» slik den fremkommer av byrådets forslag.
2. Melding om vedtak sendes Bystyrets kontor.

Dato: 21. november 2023

Christian Haugen
Byråd for eldre, helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Høring - rapport fra ekspertutval som skulle evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse

Rapport bedre beslutninger bedre behandling

Saksframstilling:

Høringssvaret består av tre deler.

- 1) Generelle kommentarer til rapporten
- 2) Gjennomgang av innspill til rapportens kapittel 13 - utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak
- 3) Gjennomgang av foreslåtte lovendringer

1. Generelle kommentarer

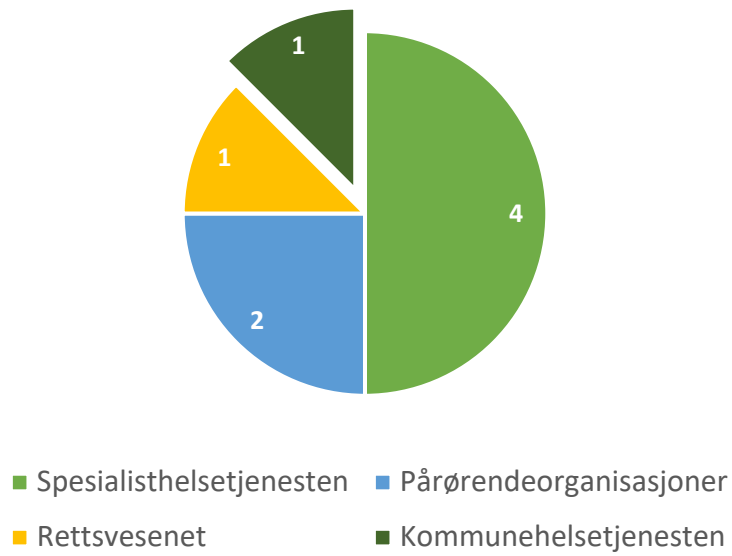
Bergen kommune synes rapporten er grundig og at den gir en god beskrivelse av dagens situasjon knyttet til utfordringene med lovbestemmelsene om samtykkekompetanse og bruken av disse i klinisk arbeid. Utvalget har foreslått en rekke tiltak som trolig vil bidra til å bedre situasjonen for pasienter, pårørende, helsepersonell og offentlige etater som er i kontakt med personer med behov for helsehjelp, men som er uten evne til å motta denne frivillig og Bergen kommune stiller seg bak det overveldende flertallet av utvalgets anbefalinger. Mange av anbefalingene til utvalget er på linje med synspunkter kommunen allerede har fremmet i sine to høringsuttalelser knyttet til tvangsbegrensingsloven.

Omfanget av kommunehelsetjenesten innen psykisk helse og rusarbeid var i 2022 totalt 17 074 årsverk (SINTEF, 2022), mot 26 489 i spesialisthelsetjenesten i 2021 (Helsepersonellutvalget, 2023). Veksten har de siste årene vært størst i kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at kommunehelsetjenesten følger opp en stor andel av personer med psykiske lidelser.

Samtidig vil de aller fleste nye tilfeller av alvorlig psykisk sykdom som må behandles under tvang, ha sitt første kontaktpunkt med en kommunal helsetjeneste. Kommunehelsetjenesten er også en sentral aktør i behandling under tvungent vern utenfor institusjon. At kommunehelsetjenesten er i stand til å oppdage endringer i beslutningskompetanse og kunne vurdere disse er derfor vesentlig for pasientenes rett til forsvarlig helsehjelp innenfor korrekte juridiske rammer.

Vurdering av beslutningskompetanse vil bli en arbeidsoppgave for bla. fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger. Det er bekymringsfullt at kommunehelsetjenesten har hatt beskjeden representasjon i utvalget (figur 1), og at det var ingen utvalgsmedlemmer som vil arbeide med beslutningskompetanse i kommunehelsetjenesten.

Sammensetning av ekspertutvalget (antall medlemmer)



Figur 1) Sammensetning av ekspertutvalget. Kommunehelsetjenesten har én representant (12,5 %).

For noen emner er det Bergen kommunes oppfatning at utvalgets rapport bærer preg av denne manglende representasjonen fra kommunale helsetjenester.

2. Innspill, kommentarer og vurderinger til utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak

Denne delen av høringsvaret er en gjennomgang av alle utvalgets anbefalinger, som er å finne i rapportens kapittel 13. Først gjengis utvalgets innstilling/anbefaling i rammer, deretter gir Bergen kommune sin kommentar.

13.2.1 Videreføre manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern (rapportens side 253).

Utvalget anbefaler

- Å videreføre manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern.
- Å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.
- At Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgår øvrig helselovgivning hvor samtykkekompetanse anvendes og endre terminologi og henvisningsbestemmelser til beslutningskompetanse.

Dette er en sentral endring fra dagens regelverk. Bergen kommune støtter utvalgets anbefaling om at manglende samtykkekompetanse skal videreføres som vilkår for tvungent vern og tvungen behandling i psykisk helsevern, og at begrepet erstattes med beslutningskompetanse i relevant lovgivning.

En samlet bestemmelse for regelverket knyttet til beslutningskompetanse vil etter Bergen kommune sitt syn medvirke til å heve kvaliteten på vurderinger av beslutningskompetanse i kommunehelsetjenesten, på sykehus, hos fastleger og ved legevakt.

I dag er beviskravet for tap av samtykkekompetanse at det skal være «åpenbart» at denne er bortfalt. Endringen som foreslås senker beviskravet til «overveiende sannsynlig» og at pasientens evne til å forstå konsekvenser ilegges større vekt.

Begrepsendringen som er foreslått vil trolig harmonisere bedre med FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne og diskrimineringsforbudet i likestillings- og diskrimineringsloven.

Bergen kommune sluttet seg i 2019 til forslaget om en ny, felles tvangslov. Dette må være det langsiktige målet, framfor punktvis endringer i det fragmenterte regelverket vi har i dag. For å unngå ytterligere fragmentering foretrekker Bergen kommune en justering av dagens regelverk fremfor at det lages en ny paragraf om beslutningskompetanse, som gir ytterligere fragmentering av regelverket. Lovverkets fragmentering på tvangsfeltet innen helselovgivningen er allerede i dag en utfordring, og dannet blant annet bakgrunnen til arbeidet med tvangsbegrensingsloven (Tvangsutvalget, 2019).

Bergen kommune vurderer at lovendringsforslagene fra utvalget henger tett sammen og kommunen presiserer at utvalgets anbefaling om videreføring av manglende beslutningskompetanse kun støttes dersom *alle* lovendringene blir gjennomført.

13.2.2 Endre formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven for å sikre behandling av god kvalitet og fremme tillit og riktig bruk av tvang (rapportens side 254).

Utvalget anbefaler at

- Det fremgår av psykisk helsevernloven § 1-1 at formålet med psykisk helsevern er å sikre behandling av god kvalitet.
- Formålsbestemmelsen presiserer at psykisk helsevernloven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og helsetjenesten.
- Formålet om riktig bruk av tvang fremgår av psykisk helsevernloven § 1-1.

Bergen kommune er positiv til en endring av formålsparagrafen i psykisk helsevernloven og ønsker velkommen at tillit nevnes som et av formålene for loven. Det kan også være rimelig å se til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 for inspirasjon til andre faktorer (eks. verdighet og helhetlig tilbud) som bør vurderes tatt inn i formålsparagrafen.

Samtidig mener Bergen kommune at det er paradoksalt at formålsparagrafen for en lov som legger til rette for tvang, har som formål «å forebygge og begrense bruk av tvang». I lys av problemene med «svingdørspasienter» og uønsket geografisk variasjon som utvalget påpeker i sin rapport, kan det være at dette formålet medvirker til uønsket redusert bruk av tvang og Bergen kommune foreslår derfor en annen ordlyd for dette leddet:

«Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang, og *der det er nødvendig* fremme en riktig bruk av tvang.»

Ved denne formuleringen synliggjøres at tvang noen ganger er nødvendig for å sikre en pasients rett til nødvendig helsehjelp.

13.2.3 Utrede hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes (rapportens side 256).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får i fornyet oppdrag å utrede eller innhente en utredning av hvordan en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern kan utformes og iverksettes. Utredningen bør se særlig på beslutningsstøtte for pasienter i forbindelse med vurderinger av beslutningskompetanse og for pasienter som er underlagt tvungent vern eller mottar tvungen behandling. Ordninger for beslutningsstøtte bør vurderes og ses i sammenheng med eksisterende verktøy for å sikre brukermedvirkning i psykisk helsevern.
- utredning av en ordning for beslutningsstøtte gjøres i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Både kliniske perspektiver og brukerperspektiver bør vektlegges i utredningen.
- Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet bør se nærmere på om flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas gjennom en ordning for beslutningsstøtte og dermed oppheves.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger.

13.2.4 Styrke kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom aktivt samarbeid med brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus (rapportens side 257).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet styrker kunnskap om brukermedvirkning og beslutningskompetanse gjennom forutsigbar finansiering av brukerorganisasjoner innen psykisk helse og rus.
- brukerorganisasjonene legger vekt på rådgivning, veiledning og støtte til personer med alvorlig psykisk lidelse hvor spørsmålet om beslutningskompetanse er særlig relevant.
- brukerorganisasjonene får ansvar for å styrke kompetansen om brukermedvirkning i alle deler av helsetjenesten, inkludert tilsynsorganer (kontrollkommisjonene og statsforvalterne).
- krav til rapportering av aktivitet følger bevilgningene til brukerorganisasjonene for å sikre god ressursutnyttelse.
- Helsedirektoratet får ansvar for å innhente økt kunnskap om effekt av brukermedvirkning gjennom forskning i regi av etablerte fagmiljøer.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger.

13.2.5 Implementere nasjonale faglige råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern og øke forskning på frivillige behandlingsalternativer (rapportens side 258).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for å koordinere implementeringen av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne i alle deler av helsetjenesten.
- Helseforetakene, sammen med kommunene i sitt opptaksområde, får ansvar for å iverksette lokale tiltak rettet inn mot tvangsforebygging og implementering av faglige råd i egen organisasjon.
- Norsk pasientregister (NPR) får i oppgave å legge til rette for tilgang til og aktiv bruk av registerdata om bruk av tvang i helsetjenesten til styrings- og forskningsformål.
- Helsedirektoratet får ansvar for å fremskaffe mer kunnskap om frivillige behandlingsalternativer, gjennom samarbeid med etablerte fagmiljøer. Dette er spesielt viktig for personer med mangelfull effekt av antipsykotiske legemidler.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger, men vil påpeke at det er et stort behov for bedre registerdata om tvungen behandling både etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven også fra kommunehelsetjenesten. Med økende alder i befolkningen og flere demente, vil registerdata knyttet til bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven være et viktig område å overvåke de kommende årene.

Et nødvendig tiltak for å overvåke tvangsbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester er at de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) settes i stand til å rapportere nødvendige data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Systemer for datainnhenting av parametere som eks. varighet og tidspunkt for opphør av tvungent vern må sikres for å bedre kunne overvåke den samlede bruken av tvang innen psykisk helsevern.

13.2.6 Oppheve sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd (rapportens side 259).

Utvalget anbefaler å

- oppheve sykdomsvilkåret («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming») i pbrl. § 4-3 andre ledd.

Lovendringen vil medføre at diagnosespesifikke krav fjernes og at andre vilkår må vektlegges, dette kan medføre en utvidet ramme for hvilke pasienter som kan falle inn under bestemmelsen.

Med endringen kan pasienter som i dag ikke kan underlegges tvang, fordi den diagnostiske prosessen er pågående (eks. ved senil demens), tidligere gis rettmessig hjelp under tvang enn hva tilfellet er i dag.

Om forståelse skriver utvalget at «Ved behandlingsnektelse blir forståelseskravet skjerpet jo mer alvorlig de negative konsekvensene er. Forståelseskravet blir derimot lavere jo mer bagatellmessig konsekvensene er.». Etter kommunens syn vil denne endringen gi anledning til å gripe inn og gi helsehjelp til personer som lider av ekstrem selvneglisjering/Diogenes syndrom (Holm, 2010), hvor det i dag ikke finnes lovhemmel for å gi nødvendig helsehjelp. Kommunen behandler årlig flere kompliserte saker hvor kommunehelsetjenesten i noen tilfeller må vente til helsen til personene har fallert i en slik grad at dagens regelverk kan benyttes for å gi hjelp. Med økt andel enslige og en aldrende befolkning, forventer kommunen at denne pasientgruppen vil øke de kommende årene.

Utvalget støtter Paulsrud-utvalget og Tvangslovsutvalget i at bortfall av beslutningskompetanse er situasjonsbetinget og ikke bør knyttes til en bakenforliggende sykdom eller diagnostisk tilstand. Med dette vurderer Bergen kommune det slik at flere vurderinger av beslutningskompetanse vil være nødvendig. Endringen vil tydeliggjøre at pasienter kan være beslutningskompetente for noen valg, men ikke for andre valg. En pasient kan f.eks. være beslutningskompetent knyttet til hvilke medisiner vedkommende ønsker basert på tidligere erfaring, men ikke hvorvidt innleggelse i psykiatrisk sykehus er nødvendig, grunnet manglende sykdomsinnsikt.

For majoriteten av pasienter vil det være positivt at beslutningskompetansen er situasjonsbasert, men for noen pasienter vil beslutningskompetanse aldri bli oppnåelig, eks. ved progredierende demenstilstander eller alvorlig psykisk utviklingshemming. Regelverket bør etter Bergen kommunes syn legge til rette for at noen pasienter ikke må gjennomgå formelle beslutningskompetansevurderinger som er åpenbart meningsløse.

En mer finmasket beslutningskompetanse kan medføre økt ressursbruk pga. journalskriving og vedtaksformulering, og dokumentasjonskravene kan medføre en mer juridisk preget journal. Kommunen vil sterkt oppfordre til at man arbeider videre med kravene til dokumentasjon for å komme fram til et nivå, verktøy og metodikk som sikrer nødvendig rettssikkerhet og helsehjelp uten unødvendig ressursbruk. Man må se på muligheter for å oppnå de ønskede forbedringene på forsvarlig måte uten økt ressursbruk. Verktøy som beslutningsstøtte og maler for bruk i EPJ-systemer bør være tilgjengelig i forkant av regelendringene. Malene må være slik at de også kan forstås av personer uten juridisk utdannelse eller spesialistkompetanse i helsetjenesten.

Bergen kommune er bekymret for at bortfall av diagnosekriteriet sammen med redusert krav til sannsynlighet for bortfall av beslutningskompetanse, samlet vil gi rom for økt bruk av tvang, men støtter utvalgets anbefaling om at implementering av regelendringene bør komme etter at opplæring er gitt og følgeforskning er sikret.

13.2.7 Utrede hvordan bedre ivareta interessene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse, og som ikke har nærmeste pårørende (rapportens side 260).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for å innhente en utredning om hvordan bedre å ivareta interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.
- utredningen forankres i etablerte fag- og forskningsmiljøer og bruker- og pårørendeorganisasjoner og pårørendeorganisasjoner og ser hen til internasjonale erfaringer for bedre å ivareta disse sårbare pasientene.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefaling. Det er også rom for å bedre situasjonen for pasienter som har nærmeste pårørende ved å se på muligheter for å oppføre dette i nasjonal kjernejournal, se utkast under (figur 2). En rekke pasienter med alvorlig psykisk lidelse har verge og det kan være vanskelig for helsepersonell å finne ut hvem dette er.

Personopplysninger

Her vises opplysninger om deg og din familie fra Folkeregisteret samt telefonnummer fra Kontakt- og reservasjonsregisteret. Ønsker du at enkelte familiemedlemmer ikke skal kontaktes eller informeres av helsepersonell, ta kontakt med din fastlege eller annet helsepersonell du er til behandling hos, slik at dette registreres i din kjernejournal.

Adresse	
Telefonnummer	
Ektefelle	
Forelder	
Forelder	
Barn	
Barn	
Nærmeste pårørende	Navn Navnesen, tlf. 44 55 66 78
Verge	Navn Navnesen, tlf. 44 55 66 78

Figur 2) Mockup av skjermbilde i nasjonal kjernejournal. Nærmeste pårørende og verge er lagt til skjermbildet som ellers er uendret.

13.3.1 Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten (rapportens side 261).

Utvalget anbefaler

- å innføre pårørendeansvarlig personell på helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, som skal ha et overordnet faglig og administrativt ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av pårørende i den nye spesialisthelsetjenesteloven § 3-7.
- at rollen som pårørendeansvarlig forankres på klinikknivå som en stabsfunksjon for kvalitetsforbedring.
- at pårørendeansvarlig omtales i den reviderte nasjonale pårørendeveilederen.

Bergen kommune er generelt positiv til et styrket samarbeid med pårørende og støtter utvalgets anbefalinger. En styrking av pårørendes tilknytning til helsetjenesten må også

møtes med bedre tilgang til nødvendige opplysninger fra helsetjenesten, noe utvalget også foreslår for noen spesielle tilfeller.

13.3.2 Implementere forskningsbasert kunnskap om pårørendeinvolvering i psykiske helsetjenester rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse (rapportens side 261).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for å koordinere målrettet implementering av forskningsbasert kunnskap om praktisering av pårørendeinvolvering i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- implementeringsarbeidet gjøres i samarbeid med pårørende- og brukerrepresentanter samt etablerte fagmiljøer som kan bidra med forskningsbasert kunnskap og implementeringsstøtte til tjenesten, være faglige rådgivere og bidra til økt kunnskap om pårørendearbeid i utdanning av ulike grupper av helsepersonell.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger.

13.3.3 Styrke kompetanse hos helsepersonell og sikre rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til nasjonal pårørendeveileder (rapportens side 262).

Utvalget anbefaler at

- Helseforetakene og kommunene får ansvar for å heve kompetanse om pårørendeinvolvering blant helsepersonell i psykiske helsetjenester samt å utarbeide rutiner og prosedyrer for pårørendearbeid i henhold til pårørendeveilederen og behandlingsforløpene på tvers av forvaltningsnivåene.
- opplæringstiltak fokuserer særlig på opplæring i pårørendes rettigheter og unntakene fra taushetsplikten knyttet til pårørende.

Anbefalingene er viktige for å sikre bedre samarbeid mellom helsetjenestene og pårørende. Frykten for å bryte taushetsplikt er stor, og spørsmålet om hva helsepersonell kan utgi av opplysninger til pårørende blir i mange tilfeller ubesvart. Dette medfører trolig at helsepersonell tilbakeholder informasjon som pårørende egentlig har krav på, av frykt for regelbrudd. Det kan føre til tillitsbrudd og konflikt som burde vært unngått.

Sammen med lovendringene og dreining mot økt dialog med pårørende, bør det etter Bergen kommunes syn utarbeides et rundskriv eller en veileder som klargjør unntaksbestemmelsene i helsepersonelloven § 23 og de foreslåtte endringene som utvalget legger fram.

13.3.4 Styrke pårørendeorganisasjonene slik at de kan bidra med råd, veiledning og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse (rapportens side 262).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet må styrke bevilgninger til pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse og rus slik at de kan bistå med veiledning om beslutningskompetanse og støtte til pårørende av personer med alvorlig psykisk lidelse.
- krav til rapportering av aktivitet følger bevilgninger til disse organisasjonene for å sikre både god kvalitet og ressursutnyttelse.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger.

13.3.5 Presisere nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning når pasienten mangler beslutningskompetanse og når pasienten har omsorgsansvar for barn eller det foreligger fare for andres liv eller helse (rapportens side 263)

Utvalget anbefaler å

- presisere betydningen av beslutningskompetanse i bestemmelsene om nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning, jf. pbrl. §§ 3-3 andre ledd og 3-1 tredje ledd.
- begrense beslutningskompetente pasienters rett til å frasi seg pårørendeinvolvering ved å innføre et unntak i pbrl. §§ 3-3 andre og 3-1 tredje ledd. Unntaket bør gjelde pasienter med omsorgsansvar for barn, eller pasienter med alvorlig sinnslidelse som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Utvalget anbefaler begrensninger i en beslutningskompetent pasients rett til å nekte pårørendeinvolvering. Hovedregelen er at en beslutningskompetent pasient må samtykke til at pårørende involveres og informeres. Utvalget stiler opp to tilfeller hvor pårørende likevel har rett på informasjon selv om pasienten motsetter seg dette. Dersom pasienten har omsorg for barn, eller pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse, skal ikke pasienten kunne frasi seg pårørendeinvolvering.

Enkelte pasienter utgjør en vesentlig risiko overfor sine nærmeste. Lovendringen sikrer barn og nærmeste pårørende en sterkere rett til informasjon, og kan potensielt hindre farlige situasjoner. Samtidig mener Bergen kommune at utvalget ikke går langt nok knyttet til denne involveringen og foreslår derfor en lovendring som går utover utvalgets forslag. Utvalgets forslag til endring innskrenker pasientens rettigheter ved å begrense muligheten til å frasi seg pårørende involvering og det foreslås to snevre unntak fra hovedregelen. Bergen kommune mener at barns og pårørendes rettigheter i disse to tilfellene må veie tyngre, og har derfor ikke innvendinger til dette.

Om farlighetsvurderinger gjennomføres på manglende grunnlag, settes pasientenes rettsikkerhet på prøve; herunder retten til vern mot å bli voldsutøver. Sentralt for farlighetsvurderinger er å vurdere om det foreligger noen risikoer som kan utløse fare. Pårørende vil i mange tilfeller ha kunnskap og erfaringer om hva som kan utløse vold eller selvskading for den enkelte pasient, kunnskap som helsetjenesten ikke innehar. Det er derfor positivt at ekspertutvalget løfter pårørendeinvolvering og pårørendestøtte.

For å sikre en effektiv implementering av intensjonene i forslaget, bør det etableres elektroniske systemer som sikrer at pasienter med foreldreansvar, samvær med eller bor sammen med barn blir «flagget» i EPJ-systemer i spesialisthelsetjenesten. Et slikt tiltak må vurderes og veies mot personvern hensyn. Alternativt kan det være et sjekkpunkt i samtale med pasienten. Det vil ikke sikre alle tilfeller, men det vil nå en videre krets.

Det er ingen tvil om at barn av alvorlig psykisk syke foreldre kan stå i alvorlig og nærliggende fare for psykisk helseskade. Bergen kommune mener derfor det viktig at pårørende barn sin psykiske helse løftes opp i lovarbeidet og nasjonale retningslinjer, spesielt knyttet til deres risiko for alvorlig psykisk helseskade og dette forholdes relevans ved vurdering av farekriteriet.

13.3.6 Tydeliggjøre forståelsen av reglene om taushetsplikt for nærmeste pårørende når pasienter mangler beslutningskompetanse eller er til fare for andre (rapportens side 264).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet tydeliggjør forståelsen av reglene om taushetsplikt når en pasient mangler beslutningskompetanse for å sikre at pasientens og pårørendes interesser og rettigheter bedre ivaretas. Det er et særlig behov for å klargjøre unntak fra taushetsplikten for personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse i det psykiske helsevernet.

For å sikre at pårørende til pasienter uten beslutningskompetanse får nødvendig informasjon, bør dette nedfelles i unntaksbestemmelsene i helsepersonelloven § 23 for å speile ny bestemmelse som foreslått i pbrl § 3-3, andre ledd om rett til informasjon for nærmeste pårørende. Man kan vise til den nye bestemmelsen om beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven og dermed sikre at også pårørende til andre pasienter (ikke bare pårørende til dem i psykisk helsevern) uten beslutningskompetanse også får nødvendige opplysninger.

13.4.1 Utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse (rapportens side 265).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern.
- retningslinjene har særlig oppmerksomhet på den kliniske vurderingen av beslutningskompetanse.
- retningslinjene inneholder en konsis gjennomgang av gjeldende vilkår for manglende beslutningskompetanse som er forståelig og anvendelig for klinikere, blant annet hvordan klinikere skal vurdere forståelseskravet opp mot beviskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.
- retningslinjene bør også gi rettleiding i å vurdere konsekvensene av pasientens valg som del av kompetansevurderingen og farevilkåret dersom pasienten er beslutningskompetent.
- helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og tilsynsorganer involveres i arbeidet for å sikre nærhet til praksisfeltet og at retningslinjene ivaretar ulike perspektiver på en god måte.
- representanter fra etablerte fag- og forskningsmiljøer deltar i arbeidet for å kvalitetssikre retningslinjene ut fra oppdatert internasjonal forskning på feltet.
- Helsedirektoratet har et implementeringsfokus under alle deler av arbeidet med retningslinjene for å sikre at den får betydning i klinisk praksis.
- retningslinjene omtaler unntaksreglene for taushetsplikten for å innhente opplysninger som del av kompetansevurderingen.
- Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet bør se nærmere på om flere av vilkårene i dagens phvl. §§ 3-3 a og 4-4 a kan ivaretas gjennom retningslinjer for kompetansevurderinger og dermed oppheves.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger. Det fulgte ikke med tilstrekkelig opplæring ved innførelse av samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven i 2017. Dette har trolig medført både manglende og uriktig bruk tvang. Det er derfor særdeles viktig at opplæring gis bredt, og at det jobbes bredt med å sikre felles forståelse av beslutningskompetanse i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

13.4.2 Utvikle og implementere et validert verktøy for kompetansevurderinger i psykisk helsevern (rapportens side 267).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for at det utvikles og legges til rette for implementering av et norsk validert verktøy for vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern.
- det validerte verktøyet skal rette seg særlig mot vedtaksansvarlige i psykisk helsevern og tydeliggjøre hvilke momenter som skal inngå i en kompetansevurdering av god kvalitet.
- arbeidet med å utvikle det validerte verktøyet forankres i etablerte fag- og forskningsmiljøer, som også bør få ansvar for utprøving og følgeforskning.
- helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, tilsynsorganer og relevante fagmedisinske foreninger og faglige organisasjoner involveres i arbeidet for å sikre nærhet til praksisfeltet og at det validerte verktøyet ivaretar ulike perspektiver på en god måte.
- helseforetakene får ansvar for tilpasset opplæring i bruk av det endelige verktøyet i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med relevante faglige organisasjoner og etablerte forskningsmiljøer.
- arbeidet med et validert verktøy koordineres med det foreslåtte tiltaket om nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger i punkt 13.4.1

Dette er anbefalinger som i stor grad omhandler spesialisthelsetjenesten og Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger.

13.4.3 Utarbeide og implementere et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten og presisere kvalitetskrav for vurderingene (rapportens side 268).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for at det utarbeides og legges til rette for implementering av et tilpasset verktøy for kompetansevurderinger i kommunehelsetjenesten.
- verktøyet er relevant for kompetansevurderinger ved både psykiske og somatiske lidelser.
- arbeidet med det tilpassede verktøyet forankres i fagmedisinske foreninger og etablerte fag- og forskningsmiljøer, som også bør få ansvar for utprøving og følgeforskning.
- verktøyet bør også gi rettledning i å vurdere konsekvensene av pasientens valg som del av kompetansevurderingen og farevilkåret dersom pasienten er beslutningskompetent.
- kommunene får ansvar for tilpasset opplæring i bruk av verktøyet i kommunehelsetjenesten i samarbeid med relevante faglige organisasjoner og etablerte forskningsmiljøer. Et e-læringskurs i kompetansevurderinger som er tilpasset primærlegenes behov og begrensede tid bør inngå i implementeringen av det tilpassede verktøyet, gjerne med relevante kasuistikker.
- verktøyet bør inngå i maler i journalsystemer og gjøres tilgjengelig på relevante elektroniske verktøy til innleggende leger (for eksempel Legevakthåndboken og Norsk elektronisk legehåndbok).
- Helsedirektoratet presiserer hva det innebærer at innleggende leger kun skal komme med en uttalelse om beslutningskompetanse, herunder hvilke krav som stilles til en slik kompetansevurdering.

Utvalget uttaler at legevaktsleger ofte vil ha begrenset erfaring med og dårlige rammebetingelser for kompetansevurderinger, uten at det foreslås konkrete tiltak rettet mot denne gruppen. Bergen kommune foreslår derfor at kurs i beslutningskompetansevurdering innføres som ett av kravene for å kunne ha selvstendig legevakt alene, jf. akuttmedisinforskriften § 7. Dette vil sikre at leger som har legevakt enten har nødvendig kompetanse for slike vurderinger, eller har annen lege tilgjengelig for bistand til dette. Et slikt tiltak vil bedre legenes evne til både å håndtere henvisninger til psykiatrisk sykehus, men også gjøre bedre vurderinger knyttet til pasienter som har manglende beslutningskompetanse av andre årsaker.

Verktøy for beslutningskompetanse må være lett tilgjengelig for alle som skal gjøre slike vurderinger, også for helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Før implementering må det

gjøres tilgjengelig verktøy som kan brukes sammen med tolk, ved beslutningskompetansevurdering av fremmedspråklige pasienter.

Utvalget ber om at Helsedirektoratet skal presisere hva det innebærer at innleggende lege skal komme med en uttalelse om beslutningskompetanse. Dette viser hvordan dagens regelverk i for liten grad er sikret god gjennomføring i praksis. Bergen kommune påpeker at uklare juridiske begrep er uegnete i klinisk bruk og at dette er noe lovgiver må ta hensyn til i utarbeidelse av nytt regelverk.

13.4.4 Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd (rapportens side 269).

Utvalget anbefaler å

- senke beviskravet for manglende samtykkekompetanse fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.

Bergen kommune stiller seg bak utvalgets anbefaling om å senke beviskravet for manglende samtykkekompetanse fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig».

Endringene av psykisk helsevernloven i 2017 medførte at det trolig ble for høy terskel for å legge inn personer til tvungen observasjon fordi beviskravet for bortfalt samtykkekompetanse var «åpenbart». Dette medførte at pasienter ble sykere før de fikk hjelp, sammenlignet med tiden før lovendringen. Ved å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, vil dette trolig føre til at pasienter får nødvendig helsehjelp de ikke ville tatt imot etter dagens regelverk.

Slik situasjonen er i dag opplever pårørende at de i stor grad møter et system som har en stram lovforståelse og en praksis som ikke evner å beskytte de aller sykeste pasientene. Dette skjer samtidig som pårørende ser sine kjære bli sykere og enkelt pasienter blir samtidig en større trussel for seg selv og andre.

Ved å redusere beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig», åpnes det for større usikkerhet i vurderingen og det vil trolig medføre at flere pasienter kan få helsehjelp, unngå forverring og tap av framtidig bedring, enn hva som er tilfellet under dagens regelverk. For å motvirke et overforbruk av tvang som følge av denne endringen, mener Bergen kommune at det er av stor betydning at det gjennomføres opplæring av personell som skal utføre beslutningskompetansevurderinger og fatte vedtak om behandling under tvang, både innen psykiatri og somatikk. Utvalget har påpekt at endringen knyttet til samtykkekompetanse i 2017 ikke ble foranlediget av tilstrekkelig opplæring og det var manglende kliniske verktøy tilgjengelig for oppgaven. Helsetjenesten kan ikke være tjent med at de samme feilstegene gjentas.

Endringen i beviskravet må operasjonaliseres gjennom nasjonale retningslinjer og/eller gjennom regelverket for å unngå uklarheter knyttet til dette sentrale begrepet i de foreslåtte lovendringene.

13.4.5 Presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen (rapportens side 270).

Utvalget anbefaler å

- presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen.
- endre forståelseskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd til «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen omfatter og konsekvensene av denne».

Bergen kommune støtter utvalgets anbefaling knyttet til at konsekvenser for en beslutning

skal vektlegges i større grad enn det som er mulig i dag. Pasienter som i dag underbehandles kan med denne endringen motta behandling under tvang. Samtidig kan den foreslåtte endringen gå på bekostning av pasientenes selvbestemmelsesrett, men hensyn til konsekvenser også for tredjeperson eller samfunnet ellers, vil bedre kunne ivaretas.

Bergen kommune opplever som nevnt i kommentaren til 13.2.6 et økende antall personer som har redusert evne til å ivareta de gjøremål som en nødvendig for å bo alene. Boligene til disse personene er forsøplet, el-tilsynet må noen ganger stenge av elektrisiteten grunnet brannfare og det er generelt store problemer med adgang til boligen for branntilsyn. Konflikter med naboer er hyppig forekommende, grunnet lukt og frykt for brann. Personene som havner i slike situasjoner vil ofte har redusert psykisk og fysiske helseplager, men ikke i en slik grad at de kan behandles med tvang innenfor rammene av pasient- og brukerrettighetsloven eller lov om psykisk helsevern.

Om diagnosekravet fjernes (jf. 13.2.6), konsekvensforståelse innføres som en del av kompetansevurderingen og beviskravet senkes, vil dette samlet medvirke til at kommunen kan gripe inn og gi nødvendig helsehjelp på et tidligere stadium enn det som er mulig i dag for denne gruppen.

Igjen vil Bergen kommune påpeke at en slik endring som dette må følges av retningslinjer, opplæring og kliniske verktøy som kan understøtte korrekt fortolkning og bruk av regelverket.

13.4.6 Endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3 (rapportens side 271)

Utvalget anbefaler å

- Endre psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3 slik at vilkåret bedre harmonerer med de øvrige vilkårene for tvungen observasjon i bestemmelsen.

Bergen kommune støtter denne anbefalingen, som er en naturlig konsekvens av at beslutningskompetanse erstatter dagens «samtykkekompetanse». Utvalget har påpekt at det kan være vanskelig å vurdere samtykkekompetanse i løpet av kun 24 timer, men med et redusert beviskrav vil denne problemstillingen bli mindre utfordrende, samtidig som det innebærer at flere pasienter kan risikere å bli underlagt tvungen observasjon.

13.4.7 Åpne for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern (rapportens side 272).

Utvalget anbefaler at

- undersøkelse og behandling av personer som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen kan skje frivillig etter pbrl. § 4-6 ved å oppheve pbrl. § 4-3 femte ledd og endre phvl. §§ 2-1 og 4-4.
- tvungent vern (phvl. §§ 3-2 og 3-3) defineres som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som pasienten motsetter seg etter phvl. §§ 1-2 andre og tredje ledd.
- undersøkelse og behandling uten eget samtykke endres til tvungen undersøkelse og behandling i phvl. § 4-4.
- kontrollkommisjonens leder underrettes og mottar kopi av underlagsdokumenter for avgjørelsen om helsehjelp etter pbrl. § 4-6 andre ledd dersom pasienten har eller antas å ha en alvorlig psykisk lidelse. Kontrollkommisjonens leder skal så snart som mulig forvise seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pbrl. § 4-6 andre ledd ved å endre phvl. § 3-8. Denne formelle kontrollen bør omfatte en selvstendig vurdering av om det er foretatt, begrunnet og gjort vurderinger av pasientens beslutningskompetanse og motstand. Avgjørelser om etablering av psykisk helsevern og oppstart eller videreføring av antipsykotisk legemiddelbehandling er av særlig betydning å kontrollere.
- helseforetakene får ansvar for å styrke helsepersonells kompetanse om hva motstand innebærer, hvordan pasienter kan uttrykke motstand på ulike måter, og hvordan helsepersonell skal kunne vurdere om det foreligger motstand som vil ha faktisk og rettslig relevans. Bruker- og pårørendeorganisasjoner bør bidra i utarbeidelsen av helseforetakets retningslinjer for helsepersonell om motstand.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefaling om at personer som mangler beslutningskompetanse som ikke yter motstand skal sikres helsehjelp gjennom endringene foreslått i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Det fremstår imidlertid uklart i rapporten hvordan denne pasientgruppen skal ivaretas dersom de under frivillig behandling motsetter seg helsehjelpen intermitterende eller ved enkelthendelser. Dette kan by på rettslige utfordringer som utvalget ikke tar stilling til i rapporten. Dette bør utredes ytterligere før endringer iverksettes.

Utvalget har foreslått endringer til psykisk helsevernloven § 2-1 ved tilføyelse av et tredje ledd hvor det fremgår at «Undersøkelse og behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen kan skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.»

Det er også foreslått endring av § 4-4 første ledd med følgende tilføyelse: «Dersom pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg undersøkelse og behandling etter denne bestemmelsen, kan slik undersøkelse og behandling gis etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 tredje ledd.» Hensikten er å gi pasienter uten beslutningskompetanse mulighet til frivillig behandling. Dagens regelverk oppstiller krav om tvangsvedtak, selv om pasienten ikke motsetter seg behandling. Tvangsvedtaket synes da å være en ren formalitet, og da brukes tvang i tilfeller

hvor det reelt sett ikke er nødvendig. Bergen kommune støtter derfor utvalgets anbefaling til dette, men foreslår likevel en endring utover utvalgets forslag. Dette for å bedre ivareta rettighetene til pasienter som har vansker med å uttrykke motstand.

Det er viktig å sikre dokumentasjon av reell tvang og at psykisk helsevernloven er samstemt med pasient- og brukerrettighetsloven. Vi vil bemerke at kommunehelsetjenestens medarbeidere vil ha behov for å kjenne på hva som menes med «motstand», siden de etter regelendringene nå vil ha flere pasienter uten tvang (som tidligere hadde tvang av formell karakter).

Det bør sikres datagrunnlag for å kunne overvåke konvertering direkte og via kommunehelsetjenesten for å kunne evaluere hvordan denne endringen i regelverket påvirker helsehjelpen til denne pasientgruppen og for å kunne registrere regionale forskjeller. Utvalget har lagt til grunn at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd skal også skal gjelde for pasienter med psykiske lidelser over 16 år. Utvalget vil dermed at «helsepersonell overtar foreldrenes rett til å samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse ved fylte 16 år i psykisk helsevern, jf. pbrl. § 4-5». Bergen kommune mener at det bør forankres i § 4-6 at bestemmelsen også gjelder for personer *mellom 16 og 18 år*. Bestemmelsen vil ellers være svært misvisende, da det i paragrafens overskrift står at bestemmelsen gjelder personer over 18 år. Alternativt må regelverket harmoniseres slik at helsepersonell kan overta beslutningskompetanse for barn over 16 år også innenfor rammene av pasient- og brukerrettighetsloven.

13.4.8 Presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare (rapportens side 275).

Utvalget anbefaler at

- behandlende helsepersonell skal vurdere om det skal innhentes informasjon fra nærmeste pårørende, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre instanser i forbindelse med vurdering av vilkårene om beslutningskompetanse og fare i psykisk helsevernloven §§ 3-3 a og 4-4 a.

Bergen kommune er positiv til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern som presiserer plikten til å innhente informasjon fra pårørende, kommunehelsetjeneste og andre instanser. Bergen kommune vurderer at spesialisthelsetjenesten i dag innhenter for sjelden informasjon fra kommunehelsetjenesten, og at det er behov for å presisere dette ytterligere i lovverket. I våre forslag til lovendringer kommer dette synet fram i vårt forslag til endring av § 3-3 a i psykisk helsevernloven.

Samtidig vil Bergen kommune foreslå at det skal innføres en plikt til å vurdere innhenting av informasjon fra pårørende i forbindelse med tvungen legeundersøkelse etter lov om psykisk helsevern § 3-1. Dette er spesielt for legevaktsleger, som ikke kjenner pasientene de møter. Denne plikten vil kunne bidra til et bedre beslutningsgrunnlag i forkant av henvisning til for psykisk helsevern. For pasienter med omsorg for barn, eller hvor farekriteriet er aktuelt, bør ikke pasienten kunne motsette seg en slik innhenting av opplysninger.

13.5.1 Styrke opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikovurdering, farevurdering og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tilsynsorganer (rapportens side 276).

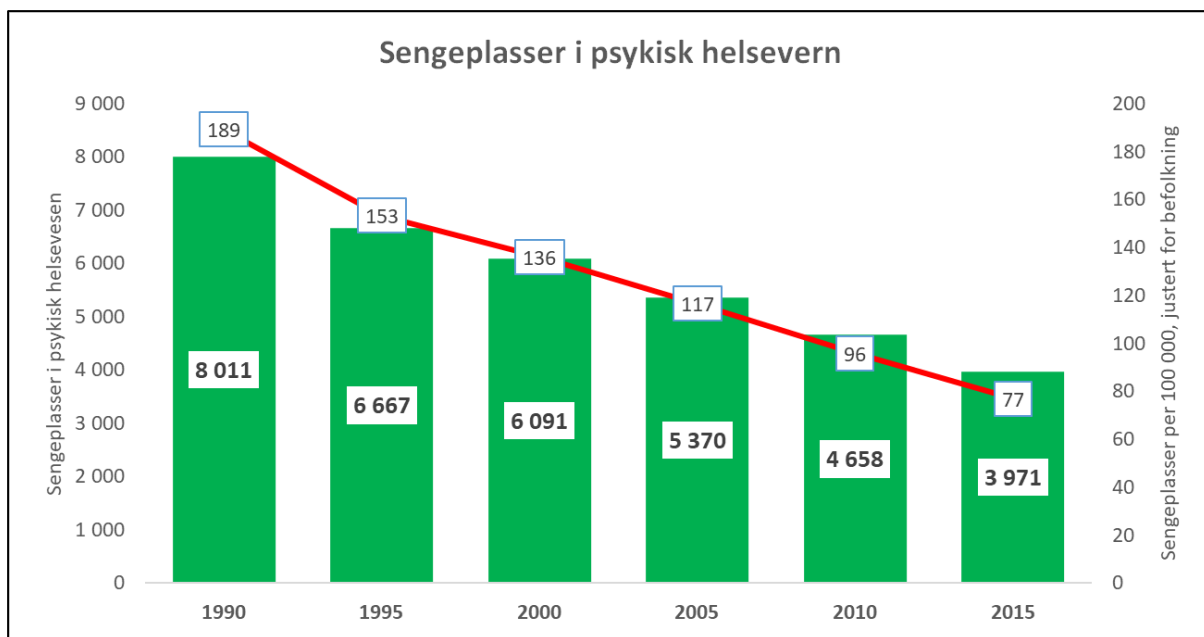
Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet styrker opplæring og kompetanse i voldsforebygging, voldsrisikoutredninger, vurdering av farevilkåret og risikohåndtering i spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom å sikre finansiering og gi oppdrag til relevante aktører.
- helseforetakene og kommunene får opplæringsansvaret med tjenestestøtte fra relevante fagmiljøer. SIFERs samfunnsoppdrag utvides til også å omfatte tjenestestøtte for kommunale helsetjenester.
- opplæringen om hvordan å forhindre og håndtere vold og aggresjon ved alvorlig psykisk lidelse rettes mot alle arenaer der dette er aktuell problematikk. Opplæring i risikohåndtering (blant annet i MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk)) bør derfor styrkes og implementeres i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Helsedirektoratet får ansvar for å sørge for at kontrollkomisjonene får opplæring i vurdering av farevilkåret.
- Helsedirektoratet får ansvar for å oppdatere og koordinere implementering av nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse i alle deler av helsetjenesten. Oppdateringen gjelder kapitler om vurdering av farevilkåret etter psykisk helsevernloven på bakgrunn av en voldsrisikovurdering og voldsforebygging, voldsrisikovurdering og risikohåndtering i kommunehelsetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet gir helseforetakene ansvar for å gjennomgå differensiering og dimensjonering av hvilket personale som arbeider hvor og å kartlegge ressursbruk i psykisk helsevern som del av kompetansehevingen innen voldsrisiko (blant annet FACT Sikkerhet). Tilsvarende bør kommunene kartlegge hvilket helsepersonell som har og bør ha kompetanse innen voldsrisikohåndtering. Kompleksiteten i samhandling over tid rundt disse pasientene må også ivaretas i en slik gjennomgang.

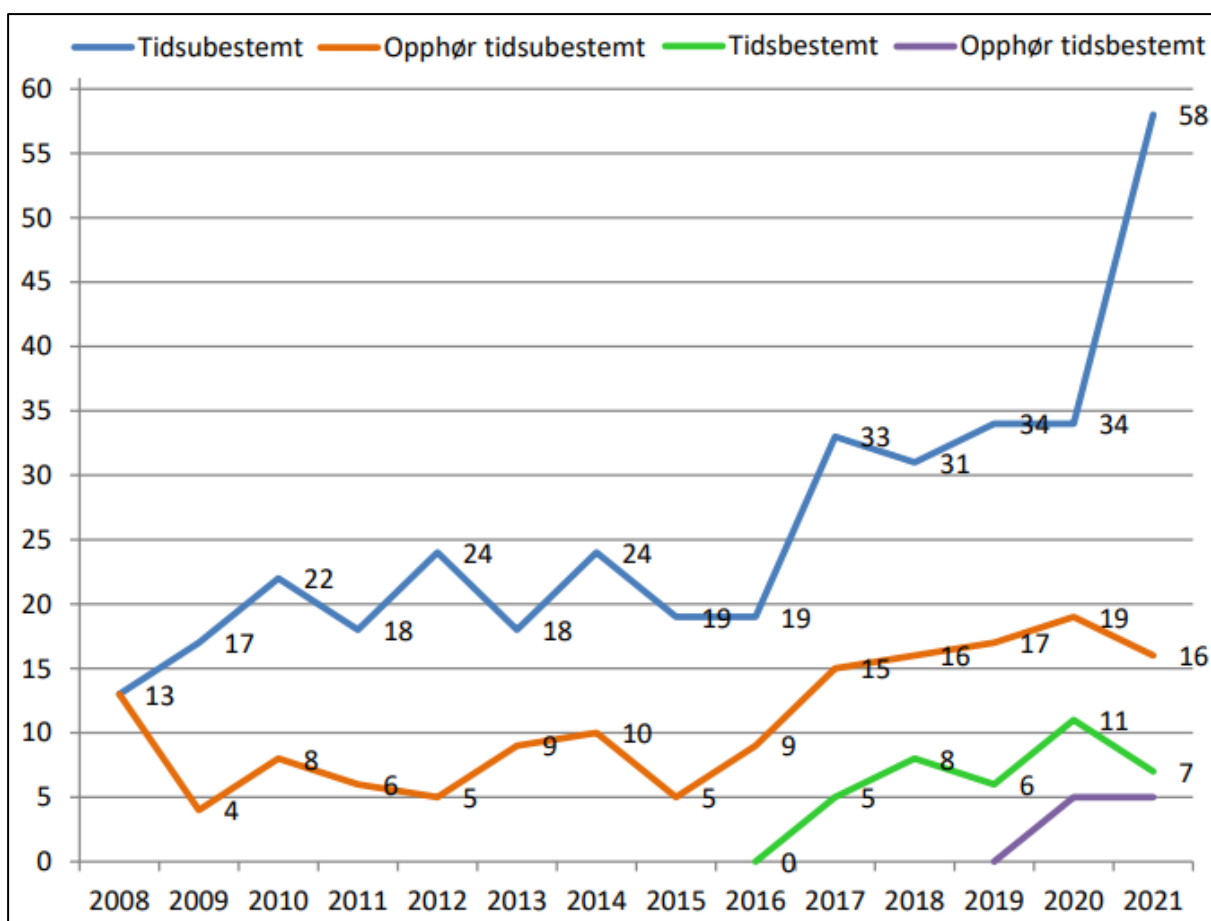
Bergen kommune opplever at det er en økning i antall personer med alvorlige psykisk lidelser og forhøyet voldspotensial, gjerne i kombinasjon med andre helseutfordringer som rusavhengighet og utviklingsforstyrrelser. Kommunen har store utfordringer med å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester til denne gruppen og andre tjenestemottakere i samme bomiljø. Samtidig er det økende uro knyttet til arbeidsmiljøet for kommunens ansatte. Det er Bergen kommune sitt syn at farekriteriet er for lite brukt i spesialisthelsetjenesten i dag, og plikten til å vurdere farevilkåret og innhente informasjon fra kommunehelsetjenesten må presiseres ytterligere i phvl. slik utvalget foreslår (13.5.4 og 13.4.8).

I dag er det etter Bergen kommune sitt syn en uklar ansvarsfordeling omkring personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial. Kommunen opplever å stå alene om svært syke og mulig farlige personer. Denne utviklingen har skjedd gradvis gjennom oppgaveforskyvning til kommunen.

Årsakene er mange, men Samhandlingsreformen, endring av psykisk helsevernloven i 2017, kraftig nedbygging av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten (figur 3) og økt bruk av dom til tvungent psykisk helsevern (figur 4) er alle medvirkende. At flere svært syke pasienter i dagens system fengsles i stedet for å få behandling i psykisk helsevern, medvirker trolig til å øke de helsemessige belastninger for dem det gjelder.



Figur 3) Utvikling i antall sengeplasser i psykisk helsevern (grønn) i perioden 1990 – 2015 og utvikling i antall sengeplasser per 100 000 innbygger, korrigert for befolkningsvekst (rød). Kilder: SSB tabellene 315166 og 07459.



Figur 4) Utvikling på antall nye dommer og opphør av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008-2021. Hentet fra: Årlig melding 2012, Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern s.8.

Kommunen støtter utvalgets anbefalinger og vil presisere viktigheten at det må gjennomføres et arbeid for å avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helsevesen og justissektor omkring denne pasientgruppen (jf. 13.5.2), utover rundskrivnet som ble oppdatert 3. juli i år.

13.5.2 Avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial (rapportens side 278).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet, avklarer ansvarsfordelingen mellom helse-, kommune- og justissektoren for personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial.

Departementene bør også fastslå hvilken sektor som skal ivareta hvilket ansvarsområde og hvordan uenighet i ansvars plassering skal avklares. Det må gå tydelig fram hvem som har det overordnede ansvaret for samfunnsvernet for personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldsrisiko.

- det bevilges midler til Politihøgskolen og relevante helsefagmiljøer for et felles forskningsprosjekt på samhandling mellom helse-, kommune- og justissektoren om denne pasientgruppen for å understøtte arbeidet til departementene. Et slikt forskningsprosjekt kan blant annet sammenstille data fra både politi og helsetjenesten for å få mer klarhet i samhandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldsrisiko, og hva som gjør at slik samhandling og oppfølging bedre kan ivareta samfunnsvernet.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefaling. Det haster å få en avklaring om ansvarsfordelingen. KS har påpekt ovenfor Helse- og omsorgsdepartementet flere ganger, senest ved innspill til utvalget som utarbeidet rapporten om tematisk organisering av psykisk helsevern, at ansvarsfordelingen om personer med forhøyet voldspotensial er uklar. KS viser til kommunene har fått ansvar for boliger og tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, omfattende rusmiddelproblemer og høy voldsrisiko. Ofte mangler kommunene egnede boliger og ressurser for tilstrekkelig oppfølging. Utfordringene KS påpeker er svært gjenkjennbar for Bergen kommune. Kommunen opplever nå ofte å stå alene om ansvaret for svært syke mennesker med forhøyet voldspotensial, og kommunen vurderer et slik at samfunnsvernet i noen tilfeller er truet.

13.5.3 Utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser (rapportens side 279).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet utreder reglene om taushetsplikt nærmere for å bedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og andre offentlige instanser. Utredningen bør særlig fokusere på unntaket fra taushetspliktsreglene ved fare, herunder grensene for unntaket fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 23 nr. 4. Informasjonsutveksling i forebyggende øyemed bør også inngå som del av utredningen.

- departementene utarbeider en implementeringsplan for å sikre at en omforent forståelse av reglene når ut til klinikere og relevante offentlige instanser.

Bergen kommune ønsker velkommen en klargjøring av reglene for taushetsplikt. En klargjøring av regelverket vil kunne gjøre det lettere for helsetjenester å utveksle viktige opplysninger med offentlige instanser, selv når pasienten motsetter seg det, og da også sikre pasienten bedre behandling. Men det bør også ses på taushetsplikten i andre offentlige instanser. At reglene for taushetsplikt som gjelder helsepersonell lempes på, medfører ikke i seg selv en tilsvarende lemping av taushetsplikten hos f.eks. NAV eller politiet.

Når det gjelder samarbeid og utveksling av opplysninger til politiet viser Bergen kommune til sitt høringssvar av 30. mai 2023 til «Revidert rundskriv om ansvar og samarbeid

helsetjenesten og politiet - psykisk syke» (vedlegg 1), hvor det bl.a. vises til det danske politiets samarbeid med helsetjenesten og de oppløftende resultater man kan vise til der. Bergen kommune støtter forslaget om økt bevissthet rundt offentlige myndigheters adgang til å fremme begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Adgangen til å begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern, benyttes særdeles sjelden og fratar dermed flere aktører innenfor feltet deres mulige rettigheter knyttet til innleggelse i psykisk helsevern. Årsaken er nok at regelverket er for komplisert og Bergen kommune mener at begjæringsmuligheten derfor også må klargjøres når lov om psykisk helsevern revideres som følge av utvalgets rapport.

13.5.4 Presisere plikten til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd og eventuelt vurdere farevilkåret (rapportens side 280).

Utvalget anbefaler

- å presisere at behandlende helsepersonell skal vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd hos pasienter med alvorlig sinnslidelse. Dersom det foreligger en slik historikk eller atferd, skal det gjøres en vurdering av farevilkåret. Utvalget anbefaler at dette tas inn i psykisk helsevernloven §§ 3-3 a og 4-4 a.

Bergen kommune er positiv til forslaget om å endre psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 4-4-a. Som rapporten påpeker unngår vedtaksansvarlige noen ganger å vurdere farevilkåret for å ikke stigmatisere pasienten. Med tanke på samfunnsvernet er det viktig at farevilkåret vurderes når det foreligger voldshistorikk eller voldelig adferd. At det lovfestes at farevilkåret skal vurderes, vil gjøre denne plikten mer tydelig for helsepersonell.

Det vil trolig være behov for å operasjonalisere lovforslaget noe. Det bør sikres at det ikke pålegges voldsriskovurderinger dersom for eksempel pasientens tilstand er slik at vold ikke er mulig grunnet fysisk svekkelse, eller den aktuelle volden ligger flere tiår tilbake i tid eller av annen årsak ikke er relevant for dagens situasjon.

13.5.5 Åpne for å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved vurdert fare (rapportens side 281).

Utvalget anbefaler at

- taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell i helsetjenesten (hpl. § 25) og helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten (hpl. § 45), når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, selv om pasienten motsetter seg dette.

- unntaket kun skal omfatte opplysninger som er nødvendige for at samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp skal kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienten, og må ses i sammenheng med blant annet forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4, pasientens rett til vern om egne helseopplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 og prinsippene bak taushetsplikten.

Bergen kommune er enig med utvalgets anbefaling. Taushetsplikt er etter eksisterende regelverk i noen tilfeller et hinder for god informasjonsflyt og god behandling. Det bør derfor lovfestes at nødvendige opplysninger kan deles til samarbeidende personell eller helsepersonell, til tross for pasientens motstand.

Dette gir forutsigbarhet både for helsepersonell og pasienten. Bestemmelsen kan innskrenke pasientens rettigheter, men den foreslåtte unntaksbestemmelsen er svært snever. Det stilles en høy terskel ved at det kreves at pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for

eget liv eller andres liv og helse. Hensynet til samfunnet og vernet av samarbeidende personell må her veie tungt. Pasienten selv har en grunnlovfestet rett til liv, og manglende informasjon om at pasienten er til en fare for seg selv, må her også veie tungt.

13.5.6 Utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres (rapportens side 282).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet utreder hvordan botilbud og behandlingstilbud som del av omsorgen for personer med alvorlig sinnslidelse og voldspotensial kan bedres på ulike nivå i helsetjenesten. Etter utvalgets mening må slike bo- og behandlingstilbud utredes organisatorisk, juridisk og klinisk.
- både «halvannenlinjetjenester» og «sikkerhetshjem» inngår som del av denne utredningen.
- det i tillegg til strukturert utredning av problematikken også må arbeides med implementering av gode kulturer og bevissthet både blant ledere og klinikere på alle nivå. Ressurssetting og dimensjonering mellom ulike tjenester må også revideres.

Bergen kommune er enig med utvalgets anbefalinger. Situasjonen i dag er at kapasiteten ved de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene er sprengt blant annet fordi det dømmes flere til tvungent psykisk helsevern enn tidligere. Dette gir et uhåndterbart press på kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bergen kommune mener at farekriteriet i dagens lovgivning er for lite brukt. Vi erfarer at pasienter skrives ut når de gjenvinner samtykkekompetansen, mens kommunen vurderer at pasientene har særlig forhøyet voldsrisiko og utgjør en fare for samfunnet og ansatte i de kommunale tjenestene.

Det haster med å få på plass et rammeverk som gjør helsetjenesten i stand til å gi nødvendig behandling, pleie og omsorg til denne pasientgruppen. Bergen kommune ønsker at helse- og omsorgsdepartementet straks starter et utredningsarbeid for hvordan botilbud og behandlingstilbud bør organiseres med nødvendige juridiske avklaringer. Bergen kommune har allerede igangsatt et arbeid, sammen med Helse Bergen, for å etablere en institusjon for denne målgruppen. Dette er tenkt å være en kommunal institusjon, men spesialisthelsetjenesten skal bistå med bemanning og drift av tilbudet. Dette arbeidet er avhengig av avklaringer som må gjennomføres nasjonalt.

13.6.1 Styrke kvalitet og kapasitet i behandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse (rapportens side 283).

Utvalget anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer behandlingstilbud rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse i fremtidige bevilgninger og at prioritering av denne gruppen fremgår tydelig av styringssignaler i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter både hva gjelder ressursfordeling og krav til kompetanse.
- spesialisthelsetjenestene sikres tilstrekkelig kapasitet til individuelt å kunne tilpasse behandlingsforløp sammen med pasienten og ivareta samarbeid med pårørende og kommunale tjenester, både gjennom polikliniske og oppsøkende tjenester og fra døgnavdelingene.
- det bygges ut frivillige behandlingstilbud rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse, inkludert brukerstyrte døgnplasser tilknyttet DPS-en.
- døgntilbud rettet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse styrkes, inkludert døgnplasser på akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern.

Bergen kommune er enig i utvalgets anbefalinger. Dette avsnittet omhandler i stor grad organisering av spesialisthelsetjenesten, men det er viktig å minne på at mange personer med alvorlige psykiske lidelser behandles utenfor sykehus og at «Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer behandlingstilbud rettet mot personer med alvorlig psykisk

lidelse i fremtidige bevilgninger» også må gjøres gyldig for kommunale helse- og omsorgstjenester.

13.6.2 Styrke og øke kapasiteten av oppsøkende samhandlingstjenester som ACT- og FACT-team (rapportens side 284).

Utvalget anbefaler

- fortsatt utbygging av lokalbaserte og oppsøkende tjenester som FACT-team i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, der det er rom for psykososial behandling, miljøterapi og arbeidsrettet rehabilitering.
- etablering av ACT-team og FACT-sikkerhet i områder med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag. I områder uten tilstrekkelig befolkningsmessig grunnlag må dette kompenseres ved tilstrekkelig kompetanse i FACT-teamene.
- å etablere forutsigbare finansieringsløsninger som understøtter samhandling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, for eksempel i tjenester som FACT. Samhandlingsbudsjetter foreslått av Sykehusutvalget i NOU 2023: 8 bør vurderes som en mulig tilnærming.
- å ta i bruk eksisterende rammeverk for samhandling slik at kommune- og spesialisthelsetjenesten som likeverdige parter inviteres inn på hverandres arena.
- å utrede hvordan journalsystemer i henholdsvis helseforetak og kommunehelsetjenesten bedre kan understøtte tværgående tjenester og ivareta nødvendig informasjonsutveksling.
- at FACT-teamene er tilgjengelige også på kveld og i helger og at de implementeres som en del av akuttjenestene.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger om å styrke de nevnte delene av behandlingstilbudet. Det er spesielt viktig at døgntilbudet styrkes. Vi støtter forslaget om å styrke kapasiteten i FACT team, men etterlyser at utvalget også trekker frem økt behov for heldøgns kommunale tjenester. Som følge av befolkningsvekst og stadig reduksjon av døgnplasser innen psykisk helsevern, er det en økning i antall innbyggere med alvorlige psykiske lidelser. Disse har ofte også andre lidelser og samlet sett et omfattende hjelpebehov. Det er ikke tilstrekkelig med ambulante tjenester som FACT, fordi mange har behov for bemannede og tilrettelagte botilbud.

For å kunne ivareta kommunens sørge-for-ansvar for helsetjenester, er det nødvendig å styrke dagens finansieringsordninger og vurdere nye innretninger, slik at kommunen klarer å sikre et forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Det er nok heller ikke mulig å etablere en døgnbemannet FACT-tjeneste uten at de økonomiske rammene styrkes.

13.6.3 Styrke opplæring av helsepersonell samt etablere arenaer for felles kompetansebygging og systematisk refleksjon rundt klinisk praksis på tvers av forvaltningsnivåene (rapportens side 285).

Utvalget anbefaler at

- kompetansekrav og opplæring gjennom helsefagutdanninger styrkes på følgende områder:
- vurdering av beslutningskompetanse
- klinisk etikk
- helselovgivningen
- helseforetakene, i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde, etablerer arenaer for systematisk refleksjon rundt samhandling og klinisk praksis i lokal kontekst.
- helseforetakene, i samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde, identifiserer kompetansebehov på tvers av forvaltningsnivåene og utarbeider felles kompetanse- og opplæringsplaner.
- det bør vurderes om helsefelleskapene, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), kan være en aktuell samhandlingsarena for slike formål.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger, men vil påpeke at alle helsefagutdanningene allerede lider av pensumoverlast og at det derfor er grunn til å være kritisk til ethvert tema som foreslås tatt inn i utdanningen av helsepersonell.

Samtidig er Bergen kommune åpen for at kompetansekrav innføres for utvalgte helsepersonellgrupper som regelmessig skal utføre eller bistå til utførelsen av beslutningskompetansevurderinger. Det vises til 13.4.3 og Bergen kommunes forslag om

13.6.4 Utrede om og eventuelt hvordan kjernejournal kan benyttes for å tilgjengeliggjøre informasjon om pasientens kriseplan og andre relevante planer (rapportens side 286).

Utvalget anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet utreder muligheten for å utvide innholdet i kjernejournal slik at helsepersonell på tvers av helsetjenesten lettere kan få tilgang til informasjon som er viktig i beslutninger om etablering av tvungent vern, herunder kriseplaner, andre relevante planer og pasientens erfaringer og behandlingsønsker.

kompetansekrav til leger som skal arbeide selvstendig i legevakt.

Bergen kommune støtter denne anbefalingen, men hadde ønsket at utvalget gikk lenger i å anbefale bruk av kjernejournal som et verktøy for å sikre at denne spesielt sårbare pasientgruppen ble ivaretatt på en best mulig måte det vises til kommunens forslag til 13.2.7, som viser en mulighet for å nyttiggjøre seg av kjernejournal (KJ).

Bergen kommune anbefaler at Nasjonalt e-helseråd¹ involveres i arbeidet med KJ. Nasjonalt e-helseråd er opprettet for å gi råd om strategiske valg og anbefale prioritering og gjennomføring av tiltak for en helhetlig e-helseutvikling.

13.6.5 Avklare og etablere rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) (rapportens side 287).

Utvalget anbefaler at

- Helsedirektoratet får ansvar for å avklare rammeverket for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om rolle- og ansvarsfordeling for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Formålet med avklaringen bør være å se nærmere på hvordan pasienter underlagt TUD kan ivaretas bedre, og å tydeliggjøre grenseflater mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i oppfølgingen av disse pasientene.

- en nasjonal retningslinje eller prosedyre som er spesielt tilpasset personer som følges opp på TUD bør vurderes som en mulig ramme for samhandling rundt og tjenesteinnhold for disse pasientene. Denne bør implementeres i de nasjonale pasientforløpene.

- det presiseres i phvl. § 3-5 tredje ledd at vurderingen av overgangen fra døgnbehandling til TUD skal gjøres i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester og at vurderingen tar tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende, og ikke bare til pårørende pasienten bor sammen med.

Bergen kommune er positiv til endringene som presiserer at spesialisthelsetjenesten har en samarbeidsplikt med kommunale helse- og omsorgstjenester når pasienter overføres fra døgnopphold til TUD. Dette vil trolig bidra til bedre behandling av pasientene. Samtidig vil Bergen kommune påpeke at kommunens plikt til samordning i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 ikke gjenfinnes i spesialisthelsetjenesteloven. Regelverket burde harmoniseres slik at det ikke var nødvendig med pålegg gjennom særlover, som det legges opp til her.

Forslaget om å avklare og etablere et rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) bør prioriteres fremover. Bergen kommune opplever en kontinuering oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I dagens

¹ <https://www.ehelse.no/råd-og-utvalg/>, besøkt 10.10.23

situasjon har spesialisthelsetjenesten urealistiske forventninger til kommunens rolle i oppfølgingen av pasienter underlagt TUD. I dag forventer spesialisthelsetjenesten kommunale tiltak, som minner om tvangstiltak, som f.eks. sikre at pasient ikke har tilgang på kniver. Dette har ikke kommunen lov hjemler til, og det følger av dagens lovverk og oppgavefordeling at enkelt pasienter kun kan ivaretas ved lengre opphold i psykisk helsevern.

Videre er det fra spesialisthelsetjenesten en forventning om at kommunen skal sikre heldøgns tjenester av et omfang langt utover kommunens mulighet til dette. Dagens rammeverk gir svært uklare føringer for ansvar og roller opp mot denne pasientgruppen. Vi er også kjent med at dette er en stor utfordring for andre kommuner.

Bergen kommune foreslår at man utvider kretsen det skal tas hensyn til å omfatte barn som pasienten faktisk bor sammen med, da alle barn har behov for særlig beskyttelse, og det er ikke automatikk i at det er tilknytning mellom nærmeste pårørende (som bla. kan tilhøre en annen husstand) og barn i pasientens husstand. Barn pasienten bor sammen med kan være søsken, stebarn og egne barn med en annen enn den nærmeste pårørende, og også andre barn i husstands fellesskap.

13.6.6 Prioritere videreutvikling og tilgjengeliggjøring av klinisk relevante registerdata og statistikk om bruk av tvang til styring og forskningsformål (rapportens side 288).

Utvalget anbefaler at

- Norsk pasientregister, sammen med de regionale helseforetakene, gis i oppdrag å utrede og iverksette nødvendige tiltak for å bedre kvaliteten på og tilgjengeligheten til eksisterende registerdata på tvangsområdet.
- Norsk pasientregister, sammen med relevante fagmiljø, utarbeider en løsning for publisering og tilbake-rapportering av relevante styringsdata og indikatorer til støtte for lokalt utviklingsarbeid.

Bergen kommune støtter utvalgets anbefalinger, men da saksområdet omhandler spesielt sårbare pasienter, er det Bergen kommunes syn at lovgiver må særskilt sikre at alle tjenestene som berøres av nye lovendringer settes i stand til å tilfredsstillende sine plikter iht. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Dersom ikke, vil helsetjenesten stå i fare for å gjenta feilene fra 2017.

Bergen kommune er derfor bekymret for at ikke Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) nevnes i denne sammenheng.

Det foreligger en stor kunnskapsmangel knyttet til bruk av tvang innen somatikk (sykehjem og andre institusjoner) og psykiatri (TUD) innenfor rammene av den kommunale helsetjenesten og kommunen vil på det sterkeste oppfordre til at det legges til rette for at verktøyet videreutvikles og tilgjengeliggjøres til styring og forskningsformål.

3. INNSPILL TIL FORESLÅTTE LOVENDRINGER

Utvalget foreslår endringer i psykisk helsevernloven og andre helselover. Kommunen gjengir her bare de forslagene kommunen har merknader eller alternative forslag til:

Utkast til lov om endringer i psykisk helsevernloven I lov 2. juli 1999 nr. 62

§ 1-1 første ledd, fjerde punktum skal etter utvalgets forslag lyde:

Det er et formål med reglene å forebygge, begrense og fremme en riktig bruk av tvang. Her har vi forslag til en rent språklig endring, da det i utkastet ser ut som om, *riktig bruk av tvang* skal begrenses og forbygges, ikke *bruk av tvang* i seg selv.

Bergen kommunen foreslår at § 1-1 første ledd, fjerde punktum skal lyde:

Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang, og *der det er nødvendig* fremme en riktig bruk av tvang.

◇

§ 2-1 tredje ledd skal etter utvalgets forslag lyde:

Undersøkelse og behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen kan skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Jamfør forslaget til første og andre ledd i phvl § 1-2, og § 3-2 andre ledd.

Bergen kommune er bekymret for den arketypiske spake og høflige pasienten, og ikke minst pasienter med store formidlingsvansker, som vi ikke synes får tilstrekkelig vern i pbrl § 4-6. Vi viser til Tvangslovutvalgets lovforslag § 1-3, fjerde ledd der det legges en grense ved store formidlingsvansker:

Uansett motstand kommer lovens bestemmelser om tvang tilsvarende til anvendelse når personen har store formidlingsvansker og tiltaket er objektivt betydelig inngripende, med mindre annet framgår av loven her.

I Bergens kommunes uttalelse til NOU 2019: 14 (tvangsbegrensingsloven), påpekte vi at den heller ikke beskytter den spake, høflige pasienten. Videre skrev vi om utviklingshemmede:

«En særlig risiko ved utviklingshemmede er at noen kan være så vant til tvang at de underkaster seg den uten motstand, uten at de kan sies å ha «store formidlingsvansker». Også overfor disse vil det være en klar risiko for å overkjøre pasienter med inngripende tiltak. Bergen kommune ber om at det ses nærmere på om grensen kan legges lavere enn det som følger av kravet «store formidlingsvansker».

◇

§ 3-3 a nytt femte ledd skal etter utvalgets forslag lyde:

Den faglige ansvarlige for vedtaket skal vurdere om det behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av vilkåret om manglende beslutningskompetanse og farevilkåret.

Bergen kommune mener behovet for at saken skal være godt nok opplyst før vedtak treffes, tilsier at forslaget ikke er kraftfullt nok til å sikre at den faglige ansvarlige innhenter opplysninger fra dem som har kjennskap til pasienten over tid.

Bergen kommune foreslår derfor at bestemmelsen skal lyde:

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal, med mindre det er åpenbart unødvendig eller det er særlige grunner for å la være, innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante kilder i forbindelse med vurderingen (...)

Dersom opplysninger ikke innhentes, skal dette begrunnes.

Med «særlige grunner» tenker vi først og fremst på at det helt unntaksvis kan være forhold i relasjonen til pårørende som kan tilsi at pårørende ikke involveres.

◇

§ 3-5 tredje ledd, første og andre punktum skal etter utvalgets forslag lyde:
Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende.

Bergen kommune foreslår at man utvider kretsen det skal tas hensyn til, slik at den omfatter barn som pasienten bor sammen med, da alle barn har behov for særlig beskyttelse, og det er ikke automatikk i at det er tilknytning mellom nærmeste pårørende (som kan tilhøre en annen husstand) og barn i pasientens husstand.

Kommunen foreslår at andre punktum i bestemmelsen skal lyde:

Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende, og barn som pasienten bor sammen med.



§ 4-4 a nytt tredje og fjerde ledd skal etter utvalgets forslag lyde:

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal vurdere om farevilkåret er oppfylt dersom pasienten utøver eller har utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd. Den faglige ansvarlige for vedtaket skal vurdere om det behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av vilkåret om manglende beslutningskompetanse og farevilkåret.

Kommunen ber om at det blir vurdert om det skal fremheves at det må innhentes opplysninger om dette i relasjon til barn som pasienten har foreldreansvar for, barn som pasienten har samvær med og barn som pasienten bor sammen med

Utkast til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

§ 3-1 tredje ledd skal etter utvalgets forslag lyde:

Dersom pasienten mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Nærmeste pårørende har uansett rett til medvirkning dersom en beslutningskompetent pasient har omsorgsansvar for barn, eller en pasient med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

§ 3-3 andre ledd skal etter utvalgets forslag lyde:

Dersom pasienten eller brukeren mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2. Nærmeste pårørende har uansett rett til informasjon dersom en beslutningskompetent pasient har omsorgsansvar for barn, eller en pasient med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Se ovenfor til § 3-5, tredje ledd om at det ikke alltid vil være tilstrekkelig tilknytning mellom nærmeste pårørende og barn som får livet sitt påvirket av pasientens sykdom og behandling/ikke-behandling til at hensynet til barna vil kunne ivaretas via nærmeste pårørende. Barn som pasienten bor sammen med, (mindre søsken, stebarn m.m.) har samvær med eller har foreldreansvar for må innlemmes i kretsen som loven ivaretar, i tillegg til nærmeste pårørende. Det må sees på hvordan dette kan gjøres i det videre arbeidet med lovendringene.