

Psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PHBURA) – Hørings svar vedrørende Tvangsbegrensingsloven (NOU 2019:14)

Innspill til høringsutkast til Tvangsbegrensingsloven fra psykisk helsevern barn, unge og voksne.

Dette innspill er på vegne av representanter fra Helse Stavanger (PHBURA)

Utkastet er sammenfattet etter møter med:

Jan Skandsen, medisinsk faglig rådgiver

Lars Conrad Moe, klinikk sjef

Øystein Eskeland, Psykologspesialist, Engelsvoll

Kim Andre Sørum, Psykologspesialist, sengepost ungdom N1

Ine Margrethe Hansen, Seksjons overlege, sengepost ungdom M1

Generell bemerkning vedrørende uklart begrepsbruk i retningslinjene:

Lovforslaget legger opp til at flere vilkår skal vurderes med tanke på innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg, jf. § 5-4. Dette inkluderer vurderinger av hvorvidt personen uttrykker en «negativ holdning til tilbudet», om personen har et «sterkt behov» for behandling, hvorvidt det foreligger tilstrekkelig «beslutningskompetanse» samt «antatt samtykke». I vurderingen av disse vilkårene skal det blant annet tas utgangspunkt i hva som er «vanlig akseptert samhandling mellom mennesker», hvordan personer med beslutningskompetansen intakt «antas å ville stille seg» samt hva som er «alminnelig akseptert i klinisk praksis» ut ifra en «konservativ og tvangsrestriktiv tilnærming».

Vi ønsker her å stille spørsmål ved hvorvidt flere slike skjønsmessige vilkår, som hver for seg vil være vanskelige å vurdere gitt uklare/generelle retningslinjer, vil bidra til en *lavere* reliabilitet på tvers av vedtaksansvarlige (jf. «likhetsproblematikken» s. 60). Dette vil i så fall kunne medføre større regionale forskjeller i bruk av tvang, noe som i seg selv er mot lovforslaget sin intensjon. Denne problemstillingen tas også opp i den generelle dissensen til lovforslaget (s. 808). Vi vil derfor etterlyse langt tydeligere retningslinjer til hvordan ovennevnte momenter skal vurderes i klinisk praksis.

§ 2-3 Tilbud om veiledning av foreldre:

Dersom det på grunn av barnets motstand er uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp barnet har sterkt behov for, skal virksomheten tilby veiledning til foreldre eller andre med foreldreansvar.

Vi mener at dette må spesifiseres bedre. Det er i en del saker der foreldre ønsker langvarig kontakt med virksomheten, og der ungdommer over 16 år synes at dette blir plagsomt. Når ungdommen er vurdert å ha beslutningskompetanse mener vi det er grunn til å ta hensyn til ungdommens ønsker. Vår erfaring er at ungdommen i en del tilfeller ikke synes det er greit at foreldre snakker om dem uten at de selv vet hva som snakkes om, og vi kan se at dette kan øke konfliktnivået og skape vansker i forhold til senere kontakt / tillit til virksomheten. Videre mener vi at det bør også vurderes å

involvere ungdommer i alderen 12 – 16 år, da de i sterk grad skal bli hørt. Når undersøkelser viser at det er en betydelige andel barn og unge som er utsatt for trakassering, vold og seksuelle overgrep, bør en være spesielt varsom i disse saken, og der en pålegger virksomhetene å ha en slik veiledningsplikt.

Forslag: Da ungdommen er definert som primærpatient, må ungdommen involveres i om det er greit at det opprettes eller videreføres en kontakt mellom foreldrene/foresatte og PBU. Hvis ikke barnet ønsker kontakt mellom PBU og foreldre, avsluttes kontakten.

§ 6-12 Behandling av spiseforstyrrelse med ernæring:

Vår erfaring med behandling av personer som har en alvorlig spiseforstyrrelse er at kriteriet for beslutningskompetanse kan skape vansker med tanke på begrepet om vrangforestillinger om egen kropp i ord og handling. Hvis vrangforestillinger i denne sammenheng tilsier at en må vurdere om det er en underliggende kommunikasjon som understøtter en fortsatt forvrengt kroppsbilde og forvrengt matinntaksforståelse kan dette forstås som hensiktsmessig. Da spiseforstyrrelse med redusert vekt er definert som en psykisk lidelse bør det være kriterier for tvangs behandling av spiseforstyrrelsen som understøtter denne behandlingen. Erfaringen tilsier at når pasienten har en for lav vekt, er all atferd preget av ytterligere å unngå inntak av mat. Ved å avslutte tvangs behandlingen av spiseforstyrrelsen på et for tidlig tidspunkt, vil sannsynlighet for å oppnå en god prognose reduseres.

Hvis loven der imot legger opp til at det skal være fare for alvorlig helseskade og liv hvis en skal bruke tvang ved spiseforstyrrelse mener vi at dette kan føre til økte langvarige behandlingsforløp for denne gruppen pasienter. Det er har vært praksis at når en først starter et forløp med tvangs behandling at dette gjennomføres inntil vekten er normalisert BMI 18-19. Det ser ut som utvalget tenker at det skal være tvangs behandling inntil den somatiske faren er over – dvs. en lavere BMI enn 18-19 og at det ikke lenger er fare for elektrolyttforstyrrelse og/eller fare for livet.

Forslag: ønsker at det sies noe om når tvangs behandling avsluttes - utenfor livsfare eller ved normal BMI.

I **kap. 17** står det noe om at det som foreldre kan utføre og som er et ledd i vanlig oppdragelse, skal ikke regnes som tvang. «Det må ikke være mer inngripen enn hva foreldre kunne utført «- (side 350). Hva skal vi tenke da om sonde-nedleggelse på barn under 16 år. Dette praktiserer vi i dag med foreldres samtykke. Hvis dette ikke lar seg gjennomføre uten vedtak så vil de nye reglene medføre økt bruk av vedtak og dermed stigende tvangstall.

Kap. 4.6.2.2 - Behovet for innleggelse i psykisk helsevern når omsorgen i familien er brutt sammen

Vi synes dette ikke er i barnets interesser i mange sammenhenger. Det ivaretar mer den voksne enn barnet. Vår erfaring er at dette i de fleste tilfeller er aktuelt for barn over 12-13 år, og der det i mange tilfeller er konflikter mellom foreldre og barn. I de tilfellene der PBU er involvert er vår erfaring at foreldre forsøker å sette grenser for ungdommen – veldig ofte ved at de fjerner tilgang til TV – PC – IPAD – mobil ol. Dette medfører sterke reaksjoner hos barnet og medfører ofte at det blir konflikt som går utover inventar og fysisk mot foreldre. Ofte har disse familiene hatt vansker med foreldre-autoritet over tid eller pågående familiekonflikter.

Over 16 år vil disse ikke komme inn under lov om tvang da de selv ikke opplever de har en psykisk lidelse. De vil kunne oppfattes som å ha sterkt behov for tiltak og har nesten alltid beslutningskompetanse og derfor vil de ikke oppfylle kriterier for tvang. At utvalget foreslår at

ungdom skal ha tilbud innen psykisk helsevern når det ungdommen ikke har en definert alvorlig psykisk lidelse som tilsier at de skal ha innleggelse på en sengepost, fremstår som underlig. Når familien ikke kan ivareta sine omsorgsbetingelser og ungdommen har definerte atferdsproblemer, bør dette være et anliggende for barnevernstjenesten.

Vi synes derfor ikke at det skal være innleggelse i psykisk helsevern som skal løse disse akutte krisene (s. 35) da det anses for å være et alvorlig inngrep å bli lagt inn i psykisk helsevern mot egen vilje. Vi synes derfor ikke at vurdering i forhold til samtykke og beslutningskompetanse skal bortfalle.

En må også tenke på at samfunnet setter begrensinger i forhold til arbeidsliv – militæret ol. hvis de har vært i psykisk helsevern og setter ytterligere begrensninger hvis de har vært innlagt på tvang

Under 16 år legges de inn med foreldre samtykke, men der vi skal ta hensyn til alder og modenhet.

Vi synes ikke at vi skal øke tvangen mot disse barna når kanskje årsaken ligger vel så mye på foreldrene. Når vi i Norge har bestemt at det er barnevernstjenesten som skal tre inn når foreldreomsorgen svikter, så ser vi ikke at innleggelse i psykisk helsevern er en god løsning. Det er sjelden grunn til observasjon ved innleggelse. Vi mener derfor at barnevernstjenesten må inn i slike saker, eventuelt barnevernsvakten og at de burde ha tiltak som tar høyde for sviktende, men forbigående omsorgsvansker – enten ved veiledning eller at de tar avgjørelse om plassering i dertil hørende tiltak.

Dette har vi praktisert gjennom flere år og omlegging i denne retningen som utvalget foreslår vil øke tvang mot barn

Tvangsbegrensings nemd:

Vi er usikre på hvordan dette vil fungerer i praksis og om en vil klare å få bemannet disse nemdene i forhold til fagpersoner/likemenn som gjør at de vil kunne avgi gode og nyttige vedtak og at de får gjort dette innen de frister som blir aktuelt. Få personer vil måtte dekke 3 spesialiteter – voksen, TSB og BUP. i tillegg skal de ha kompetanse i forhold til problemstillinger i kommunen.

Opgavene for nemdene er store og mange og dermed kostbare og når en innfører slike ordninger så sier en samtidig at de som er satt til å forvalte dette i dag ikke er kompetente nok og tar for mange dårlige/ uriktige beslutninger. Vi skjønner at det er fornuftig å få noen utenfra – en nærpersion/ personlig «advokat» og at deres oppgave er å ivareta pasientens situasjon. Vi stiller oss skeptiske at en slik nemd vil kunne klare denne oppgaven.

Ved avslag for tvang, ønsker vi at det vurderes om tvangsnemda burde ha en veiledningsplikt til pårørende, som kan bli stående i situasjoner der de er bekymret, eller der de får utvidete omsorgsoppgaver.

Tvangsmidler i forhold til skade på inventar /skjerming

Utvalget skriver litt forskjellig – både at de vil ha det slik det er i dag og på s 474 at det ikke skal settes i verk tvangsmidler hvis det kun er skade på inventar - kun at pasienten kan skjermes

De har diskutert at vi må ta hensyn til at det samtidig kan bli skade på personer og da må vi gripe inn.

Særlige krav ved gjennomføring av skjermingstiltak

Dersom gjennomføring av tiltak etter §§ 4-5, 6-11, 6-19 og 7-5 skjer innendørs, må lokalet være innredet som et vanlig beboelsesrom. Så langt dette er forsvarlig ut fra hensynet til personens sikkerhet.

Forslaget diskuterer ikke nødvendigheten av at personalet må ha en nødretts mulighet for å passe på egen helse/skade ved å skjerme seg fra akutte «angrep» inntil nok personal kan komme til. Vi er bekymret for at personal blir definert som å drive ulovlig praksis når de er i behov for å beskytte seg selv.

§ 8-2 - utformingen av skjerming - - Det anbefales at det lages nasjonale retningslinjer for hvordan skjerminger skal se ut for å ivareta både pasienter og personal.

Hvis rommene skal være tilnærmet like vanlig beboelsesrom så tas det ikke hensyn til for eksempel blamering fra pasientens side i veldig dårlige perioder (når de jo faktisk er på skjerming).

Dette burde kanskje være en mulighet til å få noen mer nasjonale retningslinjer på hvordan skjermingsenheter skal utformes, som både ivaretar pasienten og personalet.

§ 5-4.9 innleggelse og tilbakehold

Er det en glipp at psykologspesialister ikke er nevnt som vedtaksansvarlig da flere blir vurdert og tatt imot av psykologspesialister - bare nevnt krav om 2 leger

§5-5.2 nærliggende - bør være klarere definert.

Innleggelse uten motstand

Lovforslaget legger opp til at personer uten beslutningskompetanse som har et behov for institusjonsinnleggelse og som ikke viser motstand, skal ha lett tilgang til slik hjelp. Det er i disse tilfellene ikke nødvendig med «sterkt behov», nærliggende/alvorlig fare eller vurdering av to leger. I vurderingen av hvorvidt det foreligger tvang, foreslås samtidig følgende: «En person som i utgangspunktet har stilt seg negativ, men som lar seg overtale, er ikke utsatt for tvang så fremt overtalelsen skjer på en vennlig og tilpasset måte» (s. 717).

Vi støtter intensjonen om lett tilgang til helsehjelp, men ønsker å problematisere formuleringene/retningslinjene som gis. Vi tenker eksempelvis at muligheten til «overtalelse» i realiteten kan bli utøvelse av «skjult tvang» og at personen dermed ikke får ivaretatt sine rettigheter. Personer som ikke har tilstrekkelig beslutningskompetanse kan videre antas å være i en sårbar tilstand, og vil kunne ha vansker med å utfordre en autoritetsperson som anbefaler/«overtaler» til innleggelse. Hva vil eksempelvis skje i situasjoner hvor personer gjenvinner sin beslutningskompetanse etter å ha blitt «overtalt» til behandling, men da er uenig i at de ikke viste motstand ved innleggelsestidspunktet? Retningslinjene er også uklare/generelle, med formuleringer som «hva som er vanlig akseptert samhandling mellom mennesker vil variere med type situasjon og hvilken arena det gjelder» samt at «enkelte personer er mer sårbare enn andre og kan oppleve det de fleste finner uproblematisk som truende». Vi vil også her etterlyse tydeligere retningslinjer slik at ovennevnte problemstillinger kan forebygges.

Opphør av behandlingskriteriet

Lovforslaget avviker «behandlingskriteriet» og innfører et innskjerpende «skadekriterium». Samtidig videreføres gjeldende rett når det gjelder fare for andre. Vi ønsker her å problematisere muligheten for at lovforslaget vil kunne medføre at flere personer vil bli vurdert iht. farekriteriet, da for å «legitimere» tvungen innleggelse/behandling overfor personer som har et «sterkt behov», men er beslutningskompetente. Vi etterlyser en drøfting av denne problematikken samt ev. retningslinjer som stiller tydeligere krav til vurderingen av fare, slik at ovennevnte kan forebygges.

Innspill til høringsutkast til Tvangsbegrensingsloven Tverrfaglig spesialisert rusbehandling på vegne av representanter fra Helse Stavanger og Helsefonna, Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (TSB)

Dette innspill er på vegne av representanter fra Helse Stavanger og Helsefonna, Rogaland A-senter, Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (TSB)

Utkastet er sammenfattet etter møter med:

Bistandsteamet representert med

Janne Strand § 10.2 koordinator Helse Stavanger

Reidar Stokke- avdelingsoverlege ved Rogaland A- senter

Natalia Nerheim- Overlege B3

Kari Rasmussen, psykologspesialist Helse Fonna

Hege Hammerø fra Lavterksel helse og rus, Haugesund kommune

Lisa Vold fra rusmestringsenheten fagteam rus, Sandnes kommune

Cathrine Myklebust Aardal, psykologspesialist IO teamet TSB

Fagrådet i Ara 17.10.19

Rusmedisinsk forum 22.10.19

Høringsutkastet er sendt til psykologgruppen i ARA for kommentarer og innspill. Det har ikke kommet tilbakemeldinger fra disse i skrivende stund.

En har valgt å ikke fokusere på lovutkastet som omhandler andre områder enn rusmiddelproblematikk og derav ikke vurdert innholdet for andre pasientgrupper.

En har ikke sett det nødvendig å adresserer endringer i nærværende bruk av § 10.4.

En har valgt å ikke sette fokus på bruk av tvangsmidler og det utelates derfor i dette utkastet. Følgende innspill til gjeldene lovforslag presenteres punktvis

Navnet

Tvangsbegrensingsloven

Navnet i seg selv indikerer formål med loven. Samtlige representanter er enig i at formålet med loven er viktig og noe som tilstrebes. Samtidig fremmer selve navnet på loven en evaluering av det arbeidet som allerede gjøres i vårt fagfelt. Å begrense bruk av tvang og jobbe for frivillighet har hatt stort fokus i fagfeltet og det tilstrebes i utstrakt grad allerede. En kan kjenne lovforslaget som en underkjenning av og med en viss grad av moralisme. Der brukes per i dag lite tvang i vårt felt, en kan fremstå restriktiv og tidvis må en vurdere om det allerede foreligger for sterke restriksjoner. Denne lovs formål er begrensning, men er også gjeldende for de ganger en må ta i bruk tvang. Det tenkes at lovens formål ikke nødvendigvis trenger å reflekteres i selve lovens navn, men kan ha en mer helhetlig/ nyansert tittel som også favner faktorer ved bruk av tvang og de retningslinjer som da foreligger.

Høringsutkastet og sakens forløp

Høringsutkastet er på over 800 sider. Bare dette i seg selv stiller spørsmål til rettssikkerhet. Dersom lengde og utforming av lovforslaget har til hensikt å begrense bruk av tvang vil en lykkes med dette da det å sette seg inn i høringsutkastet er så komplisert og tidkrevende at en lar være å ta dette i bruk. Omfanget tilsier at en må sette av mye tid til gjennomlesing. Bare utskrift av rapporten kan velte enhver miljø-fyrtårns-institusjon. Tid til overs er ikke et fenomen som forekommer for spesialister ansatt i respektive avdelinger. På grunn av dette har flere takket nei til å lese rapporten samt delta i arbeidsutvalg da det ikke finnes kapasitet for gjennomføring. Dette er uheldig da de med tydelige og mest erfarne stemmer ikke vil ha mulighet til å delta i prosessen og innspill til denne lov.

Høringsfristen er svært kort. Det foreligger undring omkring denne korte frist. Flere relevante aktører har ikke vært klar over arbeidet med ny lov om bruk av tvang i TSB og høringsutkastet har for flere viktige aktører kommet som en overraskelse og dermed ført til en begrensning i hva en får mulighet til å sette seg inn i og utale seg om.

Høringsutkastet fremstår noe prematurt. En rekke momenter er basert på antakelser. En vil tro at en lengre tidsperiode til å gjennomgå høringsutkastet ville ha sikret en mer grundig vurdering.

Dette gjelder især TSB der det blir store endringer ved en ny lov. Det hadde derfor vært ønskelig å tilrådelig med en lengre høringsrunde.

En ser i dette utkastet bort fra foreslått lovverk som omhandler tvangsmidler selv om det sees viktig at en for eksempel ser på rammer for rusmiddeltesting, rutineprosedyrer for kontroll, omgang med omgivelser og skjerming på vårt fagfelt. En har dog måtte velge dette fokuset bort grunnet for lite tid og ressurser

Mandat

Tvangsbegrensingsloven fremstår som et klart bestillingsverk fra helse og sosial departementet og ikke fra for eksempel justisdepartementet. Var høringen knyttet til justisdepartements holdning og bruk av tvang ville det tenkes at lovens navn være mer i retning av «tvangsforvaltningsloven» Helsedepartementets holdning til redusering av antall liggedøgn opp mot justisdepartementet ønske om lengre varig behandling og flere dommer under psykisk helsevern gjør seg gjeldende. De siste årene har antall dømte til behandling nærmest blitt fordoblet og det forventes ytterligere økning. Striden mellom forventning om begrensning av bruk av tvang opp mot oppbygging av tvungen behandling blir gjeldende

Begrepsavklaringer

Beslutningskompetanse. Mange av våre pasienter vil ha en rask tilfriskning etter avrusning både kognitivt, symptomtrykk og funksjon. Det vil kunne innebære at pasienten kan bli vurdert som beslutningskompetent etter kort tid i vedtaksperioden. Det betyr dog ikke at beslutningen de tar er bygget på kompetanse. Det vil være helt andre momenter for eksempel abstinens som vil være avgjørende for en hastig avgjørelse etter kort tid. Hva det vil sies å være beslutningskompetent tenkes å være et tema for diskusjon og som mer vil ha fokus på begrepets juridiske term fremfor den faglige vurdering som blir gjort.

Antatt å gå med på dersom beslutningskompetent.

Dersom pasienten har pågående rusmiddelavhengighet og ikke ønsker å benytte seg av tilbud om innleggelse på frivillig basis og uttrykker dette sterkt skal dette tas hensyn til? Når skulle en anta at pasienten var beslutningskompetent? Det er motstridende faktorer i disse vilkårene. Dette vilkåret må utdypes for å tilpasses våre pasienter og definisjon av beslutningskompetanse.

Sterkt behov for- Det viser til at det å ha sterkt behov for vil være gjeldene for de pasientene som allerede har rettighet og har tilbud i spesialisthelsetjenesten. Sterkt behov «etablerer en kobling mellom personens individuelle behov og det tjenestene har å tilby. For at tvangsvedtak kan fattes bør det «kreves det at tjenestene i høy grad er i stand til å imøtekomme personens individuelle hjelpebehov på en effektiv måte; ellers vil det ikke foreligge et sterkt behov» Begrepet sterkt behov vil da ikke defineres utfra pasientens funksjon og symptom men utfra hjelpeapparatets evne til å effektivt ivareta behovet. Har vi ikke passende tilbud finnes det altså ikke et sterkt behov for. Har vi ikke effektive rammer utgår sterkt behov. Dette er en rar definisjon. Det vil føre til skiller i forhold til hvilke tilbud som finnes i de ulike helseregionene og er i strid med gjeldende innføring av pakkeforløp og nasjonale retningslinjer for lik behandlingstilbud uavhengig av hvor en bor i landet.

Er felles lovverk hensiktsmessig?

Felles lovverk gjør det svært komplisert. Fordrer kompetanse på alle områder fremfor det området hvor en har sitt virke. Ny lovgivning tar år før dem forståes og samtlige utføres etter intensjon.

Blir det enklere å forholde seg til en lov? Vårt fagfelt har holdning til at dette ikke forenkler og at dersom en likevel går for en samlet lov sees det ønskelig at pasienter med avhengighetsproblematikk fikk et eget kapittel. I lovforslaget er det mange paragrafer hvor det vises til særskilte særrområder og en kan jo lure på hvordan dette skal forvaltes i praksis. Denne loven fremmer slik vi forstår det ikke en forenkling eller kvalitetssikring

Visjon

I vår populasjon vil tvang alltid forekomme. Dersom en på politisk nivå har en «nullvisjon» opp mot bruk av tvang er dette en svært naiv og urealistisk holdning. Helsevern handler like mye om vern av pasienten som «straff» samt vern om samfunnet. Tvang er først og fremst omsorg og ivaretagelse av den enkelte pasient. Som helsepersonell må vi i beskytte pasienter uten samtykke og forståelse / innsikt i egen sykdom og overgå deres autonomi for å hindre videre problemer for dem. Vi har plikt til å intervenser der det er fare for liv og helse. Å bruke tvang er ikke noe fagfolk ønsker å utføre, men har ansvar for å benytte dersom kriteriene tilsier at dette skal brukes. Det sees ikke grunnlag for å tro at det er fagfolk som bare venter på å få bruke tvang i sin hverdag. Tvert imot tilstrebes det på alle vis frivillige tiltak. En har dog plikt til å redde liv. Et viktig spørsmål vil være hvor lenge en må forgå før en kan intervensere og redusere skadeomfang og således bidra til livsforlengelse.

Pasienters autonomi står sterkt. En skal alltid tilstrebe medbestemmelse. Dette gjøres i stor grad. Samtidig må en sette lit til at det i enkelte saker må tas hensyn til fagfolks vurderinger, samt helseinstitusjoners autonomi i saker rundt bruk av tvang

Varighet av vedtaket

Tvang inntil 3 måneder. Kan vurderes etter 10 dager. For mange av våre pasienter vil en fremstå beslutningskompetent etter avrusning. Dersom vedtaket da opphører vil dette føre til stor risiko for overdose. Forskning viser at totalt fravær av opiater i 3-8 dager gir toleransereduksjon og dermed stor fare for overdose ved nye inntak av opiater. Dette igjen bør være et argument for iverksettelse av nytt tvangsvedtak men dersom en skal ta hensyn til pasientens tidligere erfaring med tvangsinnleggelse samt ens uttrykk tidligere for slik intervensjon vil det være vanskelig å iverksette ny prosess mot tvang og det vil igjen kanskje føre til nytt hastevedtak med påfølgende kort innleggelse når pasienten har fått beslutningskompetanse igjen. Det antas at det vil bli mer påtrykk fra legevakt/fastlege om akutt innleggelse på tvang. Det blir i mange tilfeller somatisk avdeling som vil få denne problemstilling da det ofte er inngangsporten til våre pasienter. Fagfeltet ser med stor bekymring på dette punkt og tenker at dette fører til større fare for liv og død. En vet av langvarig erfaring at overgang fra avrusning skal være sømløs med innleggelse påfølgende dag. Ved opphør av tvang vil det ikke være sikret en slik overgang. Det er en grunn til at det ble bestemt 3 måneder i utgangspunktet da en vet hvor lang tid det tar å komme i posisjon for å se behov for endring i eget liv. En kan dessverre se at det kan være tiltak med tvang for å hindre tap og død som rett og slett øker sannsynligheten for snarlig død fremfor å ikke intervensere. Denne ordningen vil redusere antall liggedøgn men det forventes flere hastevedtak.

Pårørendes rolle

Pårørende roper i fortvilede etter bruk av tvang på sine nærmeste. Dagen lovverk har strenge krav og nå vil det bli enda vanskeligere å benytte seg av dette tiltak. Det er et lovverk som er vanskelig å forstå. Som helsepersonell står en i skvis mellom pasienten selvbestemmelse og samtykke, opp mot pårørendes ønsker og behov. Taushetsplikt går igjen som ofte til hinder for å ivareta både pårørende og de tiltak en ønsker å igangsette for pasienten.

Inntaksmodellen

Rusfeltet får en betydelig endret inntaksmodell og kommunens ansvar for å drive frem saken reduseres. Samarbeidsavtale mellom spes og kommunene før, under og etter sees positiv og

ivaretagende men kan det settes som et ufravikelig krav? Det er ikke alltid bostedskommune samsvarer med der pasienten nå oppholder seg. Mange pasienter er uten fast bolig, har co adresser, er registrert med adresser underhørende andre helseforetak. Dette er momenter som kan skape vansker for en slik avtale. En ser også at pasienten velger bort bostedskommune etter innleggelse og det vil dermed være vanskelig å gjennomføre avtalen. Et annet moment er om pasienten selv ønsker et slik samarbeidsavtale.

Saksforberedelse vil i stor grad være avlastende for kommunal tjeneste. Samtidig setter det store krav til samarbeidsavtale som kan være vanskelig å få til. Ruskonsulenter sitter med den beste kompetanse omkring pasientenes funksjon og behov for mulige tvangsvedtak. Dog vil det bli større press på spesialisthelsetjenesten som nå skal fatte vedtaket. Det skal også vurderes av en uavhengig lege. Det vises til at det er lege eller klinisk psykolog med relevant erfaring som kan fatte vedtak. Det bør presiseres at det skal være psykologspesialist i klinisk voksen og ikke klinisk psykolog med relevant erfaring. Der fremmer også at vedtaksansvarlig skal treffe pasienten og undersøkt pasienten. Dette kan da være en vilkårlig avgjørelse over hvem som har legevakt pasienten skal vurderes og det tenkes særs sårbart etter stengetid hos fastlege.

Det vil kreve ressurser med innhenting av informasjon i forkant som tidligere ble utført av primærhelsetjenesten. Tjenestemodellen og samarbeid både før, under og etter kan føre til vansker med gjennomføring og kan være tidsforlengende. Mulig vil dette øke hastevedtak. Hastevedtak sees av samtlige parter som ugunstig og som en i stor grad per i dag arbeider med å få redusert.

Tvangsbegrensningsnemda

Flere nemder iverksettes. Sammensetning med jurist, lege og person med erfaring med tvang. Det legges opp til en generalistmodell. Hvordan kan dette være hensiktsmessig? Hvordan kan en generalist bli god på spesialiserte felt innen denne loven? Det skal lages en liste med sakkyndige i ulike saker. Dette understreker jo behovet for kompetanse spesifikt opp mot ett fagfelt. Hvorfor går en da for generalistprinsippet. Er det slik at det er kostnadsbesparende å ikke ha spesialister i nemda? En har allerede kuttet en part fra dagens ordning med 4 medlemmer i kontrollkommissjonen. Er det økonomi eller kompetanse som fordres med denne ordning?

Nemda fremstår ikke som en uavhengig eller habil instans når mandatet til nemda er å redusere tvang. En viser til " tvangsblindhet" i fylkesnemnda og normalisering av bruk av tvang. Vil ikke tvangsbegrensningsnemdas holdninger i denne modellen føre til at en også blir blindet for kriterier for tvang? Å utelukke Fylkesnemnden og erstatte med Tvangsbegrensningsnemd vil ikke nødvendigvis føre til sirkulasjon, det flyttes bare til et nytt organ. Skal medlemmer i denne nemden byttes ut med jevne mellomrom? Er 4 år tilstrekkelig? 54 nemder i landet. Dette betyr for vårt fagfelt en minimal antall saker per nemd og de vil da ikke utvikles erfaringskompetanse i nemdene. En etterlyser representant med sosialfaglig bakgrunn, samt psykologspesialist som medlemmer i nemda. En må også stille spørsmål til om disse stillinger søkes på eller oppnevnes.

Tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige

Lovforslaget endrer ikke stort på dagens praksis. Det blir mye på samme grunnlag av allerede dagens praksis der det skal være overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, at frivillige tiltak ikke er tilstrekkelig, og det kan brukes gjennomgående i hele svangerskapet.

Det foreligger bruk av begrepet «mors misbruk av rusmidler» og ikke mors bruk av rusmidler. Det kan her bli diskusjoner omkring bruk og misbruk og det vil også kunne bli diskusjon omkring forskningsmessig dokumentert skader på foster ved bruk av rusmidler.

Tilleggsmomentet om at en skal forsøke å bidra til at mor skal bli i bedre stand til å ta vare på barnet induserer bruk av behandlingstiltak som en i utgangspunktet ikke kan utføre under tvang. Det er ikke bare inntak av rusmidler som reduserer omsorgsevne. Det vil kreve ressurser og betydelig kompetanse på institusjoner som forvalter dette vedtaket. En må også se på etikken bak en slikt argument utfra forventning til den gravide kvinnen selv med forhåpning til utfall av tvangsvedtaket.

Kostnadseffektivitet og resurser

Gjennomgående i lovforslaget vises det til at felles lov vil være effektiviserende og kostnadseffektivt. Det angis flere steder i dokumentet tallmessig hvor innsparende en felles lov vil være per år.

En kan undre seg om det er slik at denne lov skal begrense tvang utfra at formålet egentlig er å redusere kostnader ved å for eksempel reduseres antall liggedøgn og at det her først og fremst omhandler økonomi og ikke helhetstenkning, pasientens selvbestemmelsesrett og autonomi. Det er påfallende at de ulike endringene konkluderes med på hvert avsnitt på om det blir kostnadsbesparende, likt som før eller vil øke utgifter på kort og lang sikt.

Hva blir kostnadsbesparelsen innen rusfeltet? Det er ikke konkretisert og antakelsen fremstår spekulativ. «reduert tvangsbruk vil få positive konsekvenser for enkeltindividet og samfunnet» Hvordan kan en vurdere denne eventuelle effekten? For mange av våre pasienter har tvangsinnleggelse vært livreddende.

Der står videre at «det ikke er mulig å tallfeste verdien av de samfunnsmessige gevinstene ved redusert tvangsbruk «men en legger til grunn at «det vil føre til besparelser i helse og omsorgstjenesten blant annet i reduserte skader og reduserte utgifter til helse og omsorgstjenester». En viser til lavere forekomst at tvangsvedtak vil føre til færre klager på tvangsvedtak og vil derfor være kostnadsbesparende. Er det igjen de økonomiske faktorer som er avgjørende men pakket inn i faglige termer og fine begrep?

En må stille spørsmål til hvordan ressurser og kostnader vurderes anvendt utfra denne lov. Det opprettes et ytterligere kontrollorgan. De vil i likhet med kontrollkomisjonen kontrollere spesialisters vurdering av bruk av tvang i psykisk helsevern/TSB. Således vil ressursene gå til byråkrati og kontroll fremfor til institusjonen som skal forvalte tvangen. Det kan spekuleres i hvordan dette kan ha innvirkning på spesialisters autonomi og deres beslutningskompetanse. Vil dette påvirke rekruttering av spesialister til TSB som i utgangspunktet har vansker med rekruttering fra før. En kan se en økende bekymring for å bruke tvang i redsel for formelle saksbehandlingsfeil.

En ny lov vil ta lang tid å implementere, det vil være resurskrevende og kostbart. En vil bruke mye tid og penger til kurs og begrepsopplæring. Dette i et fagfelt som i tillegg overveldes av nye retningslinjer/ prosedyrer og krav.

Oppsummering

- **Det bør være en lengre høringsprosess på en så omfattende lovendring.**
- **Lovforslaget er vanskelig å lese og forstå pga svært mange kryssreferanser. Dette er en lov som vil bli lest mye og ofte, av svært mange, og av personer med ulik fagkompetanse. Loven bør derfor være lettere å forstå.**
- **Lovforslaget er tydelig prega av at det er ulike fagområder som omfattes av samme lov. En bør vurdere å beholde ulike lover og heller harmonisere begrepsbruken på tvers av lovene.**
- **Vurderinger i forhold til faglige og økonomiske konsekvenser synes generelt sett overdrevent optimistiske.**
- **for TSB-pasienter betyr forslaget en klar svekkelse av rettsvernet. Per i dag er det kommunen som har «bevisbyrden», og terskelen for tvangsinnleggelse er høy, i og med den grundige saksbehandlingen i Fylkesnemnda**
- **det er uklart hvordan bistandsteam-arbeidet vil bli med ny lov.**
- **enklere rutiner for innleggelser vil sannsynligvis føre til en betydelig økning av tvangsinnleggelser i TSB av hastekarakter. Dette vil gi store kapasitetsmessige utfordringer**

når det gjelder sengekapasitet, og pasientene krever betydelig mer en gjennomsnittlige TSB-pasienter. Dette vil gi store utfordringer i et allerede sårbart system, og kan bli svært belastende for tjenestene.

- Dersom endringene blir vedtatt bør det følge midler med som dekker kostnadene som endringene genererer.
- Lovverket er nokså nylig revidert når det gjelder TSB-pasienter, og det har vært en stor prosess å implementere forrige endringer. Det er uheldig med stadige omfattende endringer i lovverket.