

Kvittering på innsendt hørings svar på Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Høringens saksnummer: 21/3110

Høring: Høring - oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Levert: 05.11.2021 09:28:58

Svartype:

Jeg svarte som: Bruker- og interesseorganisasjon

Avsender: Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon

Kontaktperson: Torhild Kielland

Kontakt e-post: Kielland@rusfeltet.no

Høring om oppfølging av forslagene fra Tvangslovsutvalget

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon sitt hørings svar er avgrenset til å omhandle bestemmelsene knyttet til mennesker med rusproblemer.

Om tvungent tilbakehold

Vi støtter departementets løsning av revidert lovtekst § 5-3 om forhåndssamtykke til tvunget tilbakehold. Vi er glade for at våre innspill i forrige høringsrunde er inkludert i ny bestemmelse. Tvungent tilbakehold med forhåndssamtykke er viktig for å styrke brukerstyring og brukermedvirkning i egen recoveryprosess.

Om silotenkning

Vi er kritiske til at departementet legger til rette for silotenkning i sin argumentasjon (side 53, 2. avsnitt) der de fortsatt ser ut til å forvente en praksis der rusavhengighet og psykiske problemer skal behandles separat/i hver sin institusjon. Dette er i våre øyne foreldet praksis og i strid med faglige forventninger til dagens behandlingstilbud (Integrated Dual Disorder Treatment). Argumentasjonen har også en logisk brist i forhold til formålet med de nye bestemmelsene – som nettopp er å viske ut diagnosene som styrende for vurdering av tvang.

Om riktig bruk av tvang

Departementet skriver, om faren for økt tvangsbruk (side 53), at bruken av midlertidige vedtak overfor folk med rusproblemer «allerede er høy i dag». Dette stemmer ikke. Sammenlignet med eksempelvis tvangsvedtak innen psykisk helsevern er **midlertidige vedtak brukt i svært liten grad** (ref tall fra

FHI og Norsk Pasientregister).

Poenget er vel heller ikke nødvendigvis antallet, men målet om **riktig bruk** av tvang. Tvang må kvalitetssikres. Tvang kan redde liv og tvang kan ødelegge liv.

Innbyggere blir ofte ikke godt nok utredet og behandlet – mange avvises på grunn av vanskelig atferd, stigma og/eller marginalisering. Døgnplassene er færre enn før og oppholdtiden er redusert.

Departementet ber særlig om høringsinstansenes vurdering av:

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

- [Klart formål med tilhørende opplæring som sikrer felles oppfatning av prinsipper i nytt lovverk](#)
- Avklare målgruppe for opplæring og hvem som gjør hva knyttet til de nye bestemmelsene. Ikke naturlig å sammenligne eksempelvis personer med demens og unge med psykiske problemer. En pedagogisk utfordring å gjøre dette forståelig og nyttig.
- Avklare hvordan en skal innhente og kommunisere innbygger/bruker/pasienterfaringer
- Detaljert plan for implementering. Særlig viktig knyttet til forskjellen mellom små og store kommuner. Store kommuner har gjerne minst like høy kompetanse som spesialisthelsetjenesten blant sine ansatte. Viktig med en fleksibilitet slik at en unngår konflikter og dårlig samhandling.
- Departementet fastholder ny tjenestemodell slik utvalget foreslo. De velger med dette å gå motsatt vei av ansvarsplassering og vurderingskompetanse som de senere årene i stadig større grad er plassert i kommunen. **Det er i våre øyne underlig og ulogisk at fagkompetanse og relasjonskompetanse i kommunen ikke blir inkludert som relevant vurderingskompetanse.** Sosialfaglig kunnskap og kommunal kompetanse generelt, som er svært viktige elementer i en tverrfaglig tilnærming til rusmiddelproblemer, er satt helt på sidelinjen. Dette er forhold som kan utfordre en god gjennomføring av lovbestemmelsene og som svekker tverrfagligheten.
- Adressere sårbarheten i store regionale forskjeller i tilbud og befolkningstetthet. I mange av våre kommuner går innbyggertallet ned, mens innbyggertallet i byene øker.
- *Gjennomgå organisering av de ulike nivåene og arbeidsoppgaver som ligger til det enkelte TSB, DPS, sykehus, kommunale helse og*

omsorgstjenester, legevakt og fastlege, da uklarhet og overlappning av like tjenester på ulike nivå er uheldig og unødvendig.

- Operasjonalisere vilkår nr 7 i § 5-4. Hva innebærer det konkret at en institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet
- *Når lovverket blir diagnoseuavhengig, kan det medføre et økt behov for personell og økt behov for midler til tilpassede boliger. Dette ressursbehovet kan finansieres med overføring fra spesialisthelsetjenestens psykiatriske sengeposter til kommunene, da fremskrivingen viser det er behov for økt satsning innen ambulante og digitale tjenester.*

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

- Styrke tilgangen til musikkterapi og høyintensitetstrening som har god evidens og som understøtter recovery-orientert praksis
- Innhente erfaringer fra institusjoner som har klart å redusere tvangsbruk
- Styrke medisinfrie tilbud
- Gjennom bedre samhandling og integrerte tjenester, for eksempel FACT-team eller andre ambulante, recovery-orienterte samhandlingsteam
- Gjennom økt brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå

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

- Kartlegge om andre faggrupper trengs inn i tjenestene
- Ansatte må bli ivaretatt med kompetansetiltak og ferdighetstrening knyttet til alternative tilbud og intervensjoner.
- Det er en fare ved at nytt regelverk ikke tar på alvor de mest voldelige og utagerende innbyggerne, som vi allerede i dag strever med. Mange havner i fengselssystemet og avvises av psykiatrien på grunn av manglende ressurser, virkemidler og kompetanse.
- *Det er behov for en veileder som klargjør ansvarsforholdene og samarbeidsstrukturene i forhold til nytt regelverk. En kort og praktisk veileder må gjøres tilgjengelig for ansatte i de ulike tjenestene, slik at ansatte har mulighet til å sette seg inn i og forstå det nye regelverket.*

Hvilke av de foreslåtte lovendringene kan gjennomføres uten vesentlige

endringer i tjenestene?

- §§ 5-3 og 5-6

Hvordan sikre ivaretagelse av pårørendes situasjon ved økt selvbestemmelse for pasientene?

- Viktig å involvere og ivareta pårørende generelt under all type rus- og psykisk helsebehandling, jf Pårørendeveilederen (Hdir).
- Mange familier opplever vanskelige situasjoner over lang tid. *Dette er ofte svært belastende. Ved å endre tvangsbestemmelsene bør en i en overgangsperiode etablere eller koble seg på en eksisterende støttetelefon. Eksempelvis kan en styrke RUSinfo (tidligere RUSTelefonen) med et utvidet oppdrag, ansvarsområde og ressurser til å styrke sin kompetanse.*

Hvordan sikre nødvendig forankring av lovendringene i fagmiljøer, tjenester/enheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner på alle nivå?

Vi gjentar her noen av forutsetningene:

- Klart formål med tilhørende opplæring som sikrer felles oppfatning av prinsipper i nytt lovverk
- Avklare målgruppe for opplæring og hvem som gjør hva knyttet til de nye bestemmelsene. Ikke naturlig å sammenligne eksempelvis demente og unge med psykiske problemer. En pedagogisk utfordring å gjøre dette forståelig og nyttig.
- Detaljert plan for implementering. Særlig viktig knyttet til forskjellen mellom små og store kommuner. Store kommuner har gjerne minst like høy kompetanse som spesialisthelsetjenesten blant sine ansatte. Viktig med en fleksibilitet slik at en unngår konflikter og dårlig samhandling.

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

- Utgi en felles veileder som tydeliggjør ansvarsforhold, i tillegg til å stille krav til samhandling og informasjonsutveksling.
- Se nærmere på § 5-4, Vilkår nr. 8. Kompetansecforskjellen mellom de som jobber i spesialist og de som jobber i kommuner viskes ut – særlig gjelder dette i de større byene. At en vurderingskompetanse skal ligge til spesialisthelsetjenesten blir i beste fall byråkratisk og ulogisk i våre store og middels store byer. Det er de som er tettest på pasientene i hverdagen som bør sitte med vurderingskompetansen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som i dagens bistandsteam.
- Bistandsteam fungerer allerede godt flere steder. Her er det en modell som naturlig har spredt seg fordi den er nyttig for praksisfeltet og for

pasientene.

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

- **Som i forrige hørings svar mener vi at dette er en feil ansvarsoverføring som går mot all annen utvikling i tiden.**
Kommunene har gjennom retningslinjer og opptrappingsplanen for rusfeltet fått stadig større ansvar for å ivareta innbyggere med alvorlige, langvarige og sammensatte rus- og psykiske lidelser. Vi anerkjenner at det nye lovverket generelt kan gi kommunen bedre mulighet til å ivareta personer som åpenbart forsømmes eller er til fare for andre. Men lovforslaget utelater kommunens kompetanse i alle ledd av vurdering og gjennomføring av tvang og tilbakehold overfor folk med rusproblemer. **Dette undergraver kravet til tverrfaglighet, som er gjeldende i retningslinjer og andre lovbestemmelser.** Departementet støtter i sitt forslag en praksis som vil gi mennesker dårligere rettssikkerhet ved at én psykolog eller lege i spesialisthelsetjenesten skal treffe vedtak framfor dagens praksis som gir pasienten sterkere rettigheter og som sikrer en tverrfaglig og tverretattlig vurdering.
- Vårt forslag når Fylkesnemndene mister sin funksjon, er et minimum av fleksibilitet. At store og middels store kommuner må kunne beholde kompetansen til å treffe vedtak i likeverdige samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De vil da ha samme vurderingskompetanse, for å sikre et minimum av to fagpersoner vurderer situasjonen - sammen med pasienten.
- *Når rustvang flyttes til spesialisthelsetjenesten, medfører det et behov for endring i samhandlingen rundt innbyggerne det gjelder. Vi mener at det er behov for konkrete krav til informasjonsutveksling og samhandling.*
- Muligheten til å bruke tvang uavhengig av diagnose kan medføre behov for økte ressurser. Særlig om gjennomføringen legges til kommunen. Dette fordi det er mer krevende å gjennomføre tvang i kommunen sammenlignet med innleggelse i døgn på sykehus. I dag må innbyggere ha en pu diagnose eller somatisk sykdom om kommunene kan vurdere tvang. Når lovbestemmelsen blir diagnoseneøytral kan flere innbyggere få tvangsvedtak, i stedet for eller samtidig med sykehus/poliklinisk behandling. Viser her til behovet (vi tidligere har nevnt) for å operasjonalisere vilkår nr 7 i § 5-4. Hva innebærer det konkret at en institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby personen tjenester av tilfredsstillende kvalitet.

Rammer for legevakt og fastleges rolle etter forslag til nytt regelverk,

herunder også som kontaktpunkt for begge nivåene.

- *At fastlege er kontaktpunkt for kommunale helsetjenester, er i noen tilfeller utfordrende. Epikriser og annen viktig informasjon burde kunne settes med kopi til kommunale helsetjenester.*

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

- *Tilstrekkelig med relevant og tverrfaglig kompetanse som inkluderer recoveryverdier, Housing First modellen, aggresjonsmestring, klare retningslinjer og nødvendige ressurser. Virksom forebygging av tvang krever grunnleggende kunnskap og forståelse, hva vi vet virker av tiltak, og kvalifisert opplæring i slike.*
- *Mangfold og fleksibilitet i tjenestene. "Hva trenger innbyggeren" fremfor «hva kan vi tilby».*
- Det er en stor utfordring for kommunene at det er vanskelig å få spesialisthelsetjenesten på banen for å bistå kommunen - med å forebygge forverring og dermed også forebygge behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. God forebygging krever tverrfaglig og samordnet tilbud i kommunen – som også inkluderer bistand fra spesialisthelsetjenesten med langt lavere terskel enn det kommunene opplever i dag. Veiledningsplikten mellom tjenestenivåene går begge veier, og det må legges til rette for at spesialisthelsetjenesten har lav terskel for å bistå kommunen med råd og veiledning samtidig som det må legges til rette for at kommunens innsikt i pasientens liv og situasjon hensyntas i spesialisthelsetjenesten.

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på www.regjeringen.no.