

Fra:	KS	Dato:	31.01.2023
Til:	Samtykkeutvalget	Dokument nr.:	Dokumentnummer
Saksbehandler:	Frode Lauareid og Anne Gamme		

Innspill til Samtykkeutvalget fra KS

1. Lovverket

Da lov om psykisk helsevern trådte i kraft 1. januar 2001, lydde formålsbestemmelsen slik, se § 1-1:

«Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.»

Med virkning fra 1. september 2017 ble formålsbestemmelsen endret til dette, se § 1-1:

*«Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med **menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.»***

Endringene er uthevet. Endringene var ikke bare tillegg til den gjeldende formålsbestemmelsen, men endret vesentlige deler av formålet med loven. Formålet fra 2001 var forsvarlig helsehjelp i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, mens etter formålet fra 2017 skulle pasientens integritet, selvbestemmelsesrett og samtidig forebygge og begrense tvangsbruk vektlegges. Forarbeidene viser at hensikten med endringen var ikke bare å gjøre formålsbestemmelsen mer ordrik og utfyllende, men at formålet skulle endres.

Endringen av formålsbestemmelsen var lite påtalt i høringsrunden, se Prop. 147 L (2015-2016) kapittel 5.3 Høringsinstansenes syn:

«Bare én høringsinstans uttalte seg særskilt om forslaget til utdyping av formålsbestemmelsen. Kontrollkommisjonen for OUS Ullevål II anså det som:

«lovgivningspolitisk meget betenkelig at man i § 1-1 annet ledd har foreslått en bestemmelse hvor lovens formål beskrives til å begrense bruken av tvang. At man fra myndighetenes side må gjøre en betydelig innsats for å forebygge ... er noe helt annet ... selvsagt ingen uenighet om at redusert behov for og bruk av tvangshjemler er et mål. Imidlertid er det en forutsetning at de som er alvorlige syke ... , får den hjelp de har krav på. For dem er psykisk helsevernloven en rettighetslov. Det er derfor svært uheldig, for ikke å si direkte misvisende, å ha en slik formulering som utvalget foreslår i § 1-1, annet ledd.»

Denne høringsuttalelsen fra Kontrollkommisjonen for OUS Ullevål II inneholdt et element som er helt sentralt for KS og kommunesektoren. Det er at «*de som er alvorlig syke får den hjelp de har krav på*». Lovendringen i 2017 bidro til at rettssikkerheten ble bedre for så vidt gjelder den sykes muligheter til å få prøvd tvangsbruk, men rettssikkerheten er ikke bedret for så vidt gjelder at den alvorlig syke får den hjelp hen har krav på.

Når loven nå er til vurdering med tanke på revisjon av rettssikkerhetsgarantiene, må det etter KS's mening innføres flere rettssikkerhetsgarantier som kan bidra til at formålet fra 2001 kan bli oppfylt, slik «*at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper (...) [med] utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet*».

Forarbeidene til 2017 nevner ikke ordet samfunnsvern, og hensynene som begrunner samfunnsvern drøftes i liten grad. Under kapittel 3, der forholdet til menneskerettighetene vurderes, er det bare spørsmål knyttet til inngrep i pasientens integritet som drøftes. Perspektivet om å sikre pasientens integritet tas ikke opp.

Integritetsvernet har flere sider. En side er at en pasient ikke skal settes for uhjemlet tvang. En annen side er at andre ikke skal oppleve brudd på sin integritet i møte med en psykisk syk. En tredje side er at den psykisk syke har krav på å bli vernet mot å krenke sin egen integritet. Den Europeiske Menneskerettsdomstol har i en rekke saker uttalt at staten er forpliktet til både integritetsvern og samfunnsvern.

KS mener endringene i lov om psykisk helsevern i 2017 styrket pasientens rettsvern mot uhjemlet tvangsinnlegging, men det er en god del eksempler som tyder på at loven ikke etablerer tilstrekkelig rettsvern for samfunnet og heller ikke for at pasienten skal hindres i selvkrenkelse. Spesialisthelsetjenesten vil ofte ha rett i sine vurderinger av om pasienten trenger tvungen helsehjelp, men ikke alltid. Feilvurderinger fratrukker pasienten rett til forsvarlig helsehjelp og kan redusere samfunnsvernet. Mangelfullt samfunnsvern kan få store konsekvenser, jfr. for eksempel rapporten fra Statens undersøkelseskomisjon av Kongsberg-drapene¹.

Et viktig poeng i denne rapporten er:

«Både pårørende og politiet hadde viktige opplysninger om Ole som helsetjenesten ikke kjente til. Behandlere manglet informasjon om Oles tilstand, funksjonsnivå og tidligere utøvd vold. Det førte til at nødvendig informasjon manglet ved beslutninger om diagnose, voldsrisiko, vilkår for tvungent psykisk helsevern og behov for oppfølging. De involverte tjenestene samarbeidet ikke tilstrekkelig og delte ikke nødvendig informasjon med hverandre og de pårørende.»

Det er åpenbart at lov om psykisk helsevern ikke bidrar til å oppfylle forpliktelsen i forvaltningsloven § 17 om at «*[f]orvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes*».

Dersom kommunen mener en pasient har behov for psykisk helsevern, men denne pasienten ikke ønsker å la seg undersøke av lege, kan kommunelegen vedta at pasienten skal undersøkes, om nødvendig med tvang, jfr. lov om psykisk helsevern § 3-1.

Pasienten kan klage kommuneoverlegens vedtak til statsforvalteren. Dersom klagen tas til følge, inneholder lov om psykisk helsevern ikke noen regler om verken overprøving eller domstolprøving av statsforvalterens vedtak. Det er mulig å tenke seg en situasjon der kommunens vurdering om behov for tvungen legeundersøkelse er faglig riktig og at statsforvalterens vedtak er galt. Regelverket har ingen hensiktsmessig måte å håndtere en slik situasjon på. I slike tilfeller må det skje noe, før saken i realiteten kan tas opp til ny vurdering. Konsekvensene av å vente på at noe skal skje kan være store.

Dersom klagen ikke tas til følge skal spørsmålet om tvungen observasjon eller helsevern avgjøres av den faglig ansvarlige i den institusjonen som i tilfelle skal utøve tvangen. Dersom den faglig ansvarlige kommer til at vilkårene for tvang ikke er oppfylt, har kommunen klagerett til kontrollkomisjonen, jfr § 3-3 a fjerde ledd.

¹ <https://ukom.no/rapporter/helsehjelp-til-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-og-voldsrisiko-copy/sammendrag>

Kontrollkommisjonens vedtak kan bringes inn til domstolprøving etter reglene i § 7-1. Det er bare pasienten og pasientens nærmeste pårørende som har rett til å kreve domstolprøving. Loven tar ikke høyde for at kontrollkommisjonens vedtak kan være feil. Konsekvensene av denne manglende reguleringen kan være store.

Kommunene har ansvar og plikter etter annet regelverk som inneholder tvangsbestemmelser. Etter barnevernloven fremmer kommunen sak til barneverns- og helsenemnda og kan kreve domstolsprøving dersom kommunen ikke er enig i nemndas vedtak. Det samme gjelder for tvungen rusbehandling. Tilsvarende kan kommunen fremme sak for smittevernemnda. Kommunen kan derimot ikke kreve domstolsprøving, i motsetning til forskjellige statlige instanser. Det er ikke gitt noen begrunnelse for reguleringen i smittevernsaker.

2. Prosessuelle rettigheter

KS mener kommunene må få partsstatus i saker der kommuneoverlegen begjærer tvungen legeundersøkelse. Denne partsstatusen må gjelde på alle trinn i saksbehandlingen, overfor statsforvalter, kontrollkommisjon og domstoler. En slik partsstatus vil utelukkende bidra til bedre opplyste saker og riktige vedtak. De forskjellige kommunale tjenesters kunnskap og kompetanse vil bli gjort tilgjengelig umiddelbart overfor den besluttende instans. Dette vil bidra til bedre samfunnsvern og riktig ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det viktigste er at det også vil bidra til at pasienten får riktige helsetjenester.

3. Beskrivelse av hvordan kommunene oppfatter situasjonen

På bakgrunn av mange henvendelser fra kommuner har KS over tid advart mot nedbygging av døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten og bedt regjering og Storting om en styrking av døgnkapasiteten. Vi har pekt på at det kan avhjelpe kapasiteten i kommunesektoren og føre til mindre svingdørsproblematikk mellom nivåene, noe som i seg selv skaper utfordringer for kommunal sektor og for den enkelte bruker. Det dreier seg om betydelige kostnader, uforutsigbarhet utskrivning, og krav om boligtilbud, samt uklart lovverk med betydelige gråsoner. Flere kommuner peker på betydelige utfordringer med dagens bygningsmasse for å ivareta brukerne, og manglende juridiske klargjøring av hvordan teknologi kan understøtte tjenestene. Vi konstaterer at FOU-rapporten «I grenseland»² som vi gjengir noen resultater fra i resterende del av dette notatet, i stor grad bekrefter det bildet KS og kommunene har pekt på gjennom flere år.

4. Resultater fra FOU-rapporten «I grenseland»³.

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene fra prosjektet «Utfordringer med samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri fra et kommuneperspektiv», gjennomført på oppdrag fra KS. Prosjektet har følgende overordnede problemstilling:

Hvordan vurderer kommunene utfordringene knyttet til ivaretagelse av behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og en vurdert sikkerhetsrisiko?

I rapporten drøftes kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatrien for gjennomføring av tvunget psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern står sentralt. Målgruppen inkluderer både personer dømt og sivilrettslig

³ Inger Lise Skog Hansen, Tom E. Markussen og Ketil Bråthen: I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv, Fafu-rapport, 2023:06. Sammendrag. Publiseres 14. februar 2023.

vurdert til tvunget psykisk helsevern, og hvor det er en vurdert forhøyet voldsrisiko. I utlysningen av prosjektet hadde KS følgende fire problemstillinger:

- Hvor mange personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rus hvor samfunnsvern er en utfordring, har den enkelte kommune?
- Hvor i helse- og omsorgstjenestene vil det være hensiktsmessig at personene ivaretas?
- Hva er kostnadene for kommunene ved å ivareta brukere med voldsrisiko?
- Hva er kapasiteten i spesialisthelsetjenesten sett fra kommunenes ståsted for å gjøre vurderinger av voldsrisiko?

Det empiriske grunnlaget er innhentet gjennom casestudier i seks kommuner, og en spørreundersøkelse til et utvalg kommuner. Spørreundersøkelsen ble sendt til 69 kommuner og 10 bydeler i Oslo. Det kom inn svar fra 34 kommuner og 8 bydeler, det vil si en svarprosent på 53. I rapporten oppgis kommuner og bydeler samlet som «kommuner».

I grenseland

Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i oppfølging av målgruppa, og personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Lov om psykisk helsevern gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og forvalter tvangshjemler på området. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillige ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være krevende å agere i dette grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, i grenseland.

Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

Antall i målgruppen

29 av 42 kommuner oppgir at de har personer i kategorien dømt til tvunget psykisk helsevern, 10 har ikke og 3 vet ikke. Ingen av de minste kommunene i utvalget har brukere i denne kategorien. 36 av kommunene oppgir at de har personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD, 4 har ikke og 1 vet ikke. Nesten alle i denne gruppen oppgis å ha samtidige rusproblemer. Kartleggingen viser at det kommunale utfordringsbildet når det gjelder ivaretagelse av personer med psykisk lidelse, rus og forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko er betydelig mer omfattende enn de to definerte kategoriene det er særlig oppmerksomhet i prosjektet.

Totalt oppgir kommunene i utvalget 134 personer dømt til tvunget psykisk helsevern og 368 med forhøyet voldsrisiko utskrevet til TUD. Kartleggingen gir ikke grunnlag for å gi konkrete tall på hvor mange i målgruppen kommunene følger opp. Det er stor variasjon mellom kommunene. Kommunene oppgir at det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte problemer. Mange i målgruppen vurderes å ha samtidige rusproblemer. I tillegg er det brukere med samtidig lav kognitiv fungering, eller andre helserelaterte og sosiale problemer. Et særlig forhold er at det er flere brukere som ikke ønsker hjelp og unndrar seg tjenester og oppfølging.

Det kommunale bo- og tjenestetilbudet.

Muligheten for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud kan påvirkes både av kommunestørrelse og av hvor utviklet tilbudet er i kommunen. Det er store variasjoner i bo- og tjenestetilbudet mellom

kommunene. I mange kommuner er ordinære kommunale utleieboliger det som primært anvendes til målgruppen, mens andre også har samlokaliserte boliger og bofellesskap. Behovet for tett oppfølging er en driver for etablering av samlokaliserte boliger og bofellesskap. Mange oppgir å ha personale i døgnturnus i personalbaser tilknyttet bofellesskap eller samlokaliserte boliger.

Mange har ambulante oppfølgingsteam innen psykisk helse og rus, tilgjengelig innenfor ordinær arbeidstid. Det etterlyses mer ressurser til tett oppfølging og tjenester som er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid. For en liten gruppe brukere vurderes det å være behov for botilbud med heldøgnbemanning. Mange etterlyser bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Ulike hensyn skaper utfordringer når det gjelder botilbud for målgruppen. Det handler om lokalisering, hensyn til naboer og lokalsamfunn, tilgang til personale og tilpasning av bygg for å ivareta hensyn til sikkerhet og å forebygge ødeleggelser. 28 av 42 kommuner kjøper plasser i private bo-, behandlings-, eller omsorgstilbud til brukere målgruppen. 10 av 29 kommuner som har brukere dømt til tvunget psykisk helsevern kjøper eksterne plasser. Det er flere årsaker til dette, som at kommunen ikke kan følge opp spesialisthelsetjenestens beskrivelser av behov for boliger med heldøgnbemanning, tiltak for begrensninger i pasientens livsførsel, ruskontroll og overvåkning.

Voldsrisikovurdering- og håndtering

Det er variasjon i hvor stor oppmerksomhet det er om voldsrisikovurdering- og håndtering i kommunene. Det er utbredt med noen type tiltak, men det varierer i hvilken grad det er etablert systematiske tiltak for kompetanse hos ansatte i tjenestene. Det er også svært varierende tilgang til voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten når personer i målgruppen meldes utskrivningsklar. Over halvparten erfarer at det ikke innhentes informasjon om brukerens fungering i bo- og nærmiljø ved gjennomføring av voldsrisikovurderinger. De fleste kommunene sier at de foretar en eller annen form for strukturerte voldsrisikovurderinger, og det mest utbredte er ROS-analyser. 37 av 42, sier i spørreundersøkelsen at de har ansatte med kompetanse i voldsrisikohåndtering og møte med aggresjon og trusler. Halvparten av kommunene har ansatte med videreutdanning eller kurs i voldsrisikovurdering og håndtering. Kommunene har i svært begrenset grad fysiske hjelpemidler eller statiske tiltak for å ivareta hensyn til sikkerhet for ansatte, brukere og nabolag. Det tiltaket flest kommuner har er alarmer for ansatte i bofellesskap eller andre typer av botilbud. Om lag halvparten av kommunene har dette. Når det gjelder den spesifikke målgruppen for undersøkelsen, svarer 25 av 42 kommuner at de opplever god tilgang til bistand fra politiet under episoder med utagering og økt fare for vold.

Samarbeid spesialisthelsetjenesten

Behandlingstilbud, prioriteringer og praksis for samarbeid med kommunene varierer mellom ulike helseforetak. De fleste kommuner har tilgang til noen former for ambulante behandlingstilbud, men det er variasjon i kapasitet og tilgjengelighet til disse tilbudene. 3 av 42 kommuner oppgir tilgang til spesialiserte behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og sikkerhetsproblematikk. Det er generelt stor variasjon i kommunenes erfaring med samarbeidet ved utskrivelse. Litt mer enn en tredel av kommunene i utvalget vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt ved utskrivelse av personer i målgruppa.

De fleste kommunene oppgir at de har vært uenige i spesialisthelsetjenestens vurdering av hvorvidt en pasient i målgruppa er utskrivningsklar. Uenigheten går primært på vurdering av pasientens funksjonsnivå. Det gjelder spørsmål om pasienten er ferdig behandlet og utskrivningsklar når det beskrives behov for heldøgntjenester, begrensning i tilgang til rus, utgangskontroll og andre tiltak som i praksis innebærer bruk av tvang. Det er varierende praksis med gjennomføring av møter for planlegging av utskrivelse. 13 av 42 kommuner svarer at det alltid gjennomføres møter for å planlegge utskrivning av målgruppen, og like mange at dette skjer ofte. 28 av 42 kommuner oppgir at det er samarbeid om utvikling av planer før utskrivelse av målgruppa, mens 10 kommuner svarer at det ikke er det. Der hvor

det planer fungerer fint som grunnlag for samarbeid, er det ofte gjennomarbeide planer, med konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller og ansvar. Over halvparten av de kommunale respondentene oppgir at det er vanskelig å få tilgang til planlagte innleggelse dersom de vurderer forverring og behov for døgnbehandling hos personer i målgruppa. Det er bare seks kommuner som opplever at dette er lett. 18 av kommunene, oppgir at det i slike situasjoner er lett å få tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det 11 kommuner som opplever at også dette er vanskelig.

Undersøkelsen viser frustrasjon i kommunene over manglende inkludering av kommunal kontekst i spesialisthelsetjenestens vurdering av pasienters samtykkekompetanse. Det er få som erfarer at det blir tatt hensyn til brukers fungering i bo og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse i forbindelse med eventuelt vedtak i grenseland. 7 av 42 kommuner opplever at ansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar hensyn til dette. Det er flere som erfarer at det blir tatt hensyn til fare for brukers liv og helse ute i nærmiljøet og fare for andres liv og helse. Nesten alle kommunene i utvalget oppgir at det er brukere med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt samtidig rusproblemer, og en vurdert voldsrisiko som ikke får den behandlingen de har behov for. Manglende kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulant behandling i kommunene oppgis som de viktigste årsakene til dette.

Kostnadsanalyse

Rapporten viser at kommunene har betydelige kostnader som følge av å ivareta hensyn til en forhøyet voldsrisiko og samfunnsvern. Behov for forsterket bemanning er den mest sentrale kostnadsdriveren. Det andre er kostnader for kjøp av tilbud når kommunen ikke kan etablere tilpassede bo- og tjenestetilbud. Et modellert, men realistisk eksempel viser nettoutgifter for kommunen på over tre millioner kroner per år for kjøp av plass med døgnbemanning for en person i målgruppen. Ved forutsetninger om høyere bemanning kan utgiftene bli langt høyere.

Det er også kostnader knyttet til tilpasning av bygg, ulike sikkerhetstiltak og kompetanseheving. Sist er det betydelige administrasjonskostnader i forbindelse med planlegging, kontakt med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Beregninger av kostnader for fire tenkte kommuner illustrerer betydelige kostnadsforskjeller. Kommunestørrelse og innretning av kommunalt bo- og tjenestetilbud kan påvirke kostnadsnivået. Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og tilgang til ambulante behandlingsteam er forhold som kan bidra til kostnadseffektive løsninger. Utvikling av kompetanse og egne tilbud i kommunene kan bidra til kvalitet i tilbud til brukerne og redusere behovet for å kjøpe dyre tilbud til enkeltbrukere. De samfunnsøkonomiske kostnadene vil være betydelig høyere enn det vi har kartlagt i undersøkelsen. Det er blant annet betydelig ekstra ressursbruk for legevakt, politi, ambulanse og brannvesen.

Anbefalinger

I avslutningen av rapporten tas det opp en rekke forslag for å kunne tilrettelegge for bedre oppfølging av målgruppa og ivareta hensyn til samfunnsvern i kommunene. Forslagene gjelder faglig rammer for oppfølging av målgruppa og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det gjelder ordninger for finansiering av kommunal innsats på området. Det gjelder avklaring av det juridiske handlingsrommet og de ulike aktørenes ansvar. Sist gjelder det behov for utvikling av nye bo og behandlingstilbud for å imøtekomme målgruppens sammensatte behov på en bedre måte.

5. KS vurderinger om premisser for at kommunene kan ivareta sine oppgaver på feltet.

KS mener følgende premisser bør være på plass for at kommunene kan ivareta sitt ansvar på feltet:

- Det bør foretas en gjennomgang av sikkerhetspsykiatrien med tanke på kapasitet, kompetanse, ansvar og utviklingsbehov.
- Døgnkapasiteten i spesialisthelsetjenesten må gjennomgås og behov må vurderes og framskrives ut fra det totale bildet på psykisk helse-feltet.

- Det må prøves ut tiltak i en 1,5-linjetjeneste på områder hvor det ikke er hensiktsmessig eller mulig for kommunene å etablere tiltak alene.
- Det må komme incitamentersom fremmer gode modeller for samhandling og utprøving av behandlingstilbud og boligtilbud for brukere med særlig utfordrende adferd.
- Ordningen med refusjon til særlig resurskrevende tjenester, må ikke svekkes, men heller styrkes
- Ansvar for samfunnsvernet må klargjøres og tillegges det nivået som har myndighet og kompetanse til å ta det.
- Betalingsplikten for utskrivningsklare innen psykisk helsevern og TSB fjernes
- Kommunene ønsker ikke flere bestemmelser om tvang i kommunal regi.
- Det bør vurderes hvordan det kan inkluderes en sterkere vekt på brukerens fungering i den kommunale konteksten hvor de bor når det må vurderes samtykkekompetanse for iverksetting av tvunget psykisk helsevern.
- Kommunene må få partsstatus i saker der kommuneoverlegen begjærer tvungen legeundersøkelse.

Tor Allstrin
områdedirektør
KS Advokatene