

HOD

Høring av NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten - fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

1.1 Kort om NAPHA

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for de deler av det kommunale psykisk helsearbeidet som er innrettet mot voksne med psykiske helseutfordringer. Det innebærer at vår høringsuttalelse primært vurderer lovforslaget ut fra et kommunalt perspektiv, og ut fra tilbudet til voksne med psykiske helseutfordringer.

1.2 Generelt om lovens ambisjoner og hovedinnretning

1.2.1 Vi støtter at en søker å tilpasse norsk lovgiving til CRPD

Utvalget underbygger i sin gjennomgang av internasjonal lovgiving på området betydningen av en ikke-diskriminerende tvangslovgiving. NAPHA støtter en slik tilnærming, samtidig som vi erkjenner at dette vil være krevende både samfunnsmessig, faglig og lovteknisk.

1.2.2 Vi støtter også ambisjonen om å redusere bruken av tvang overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser, men er usikre på om dette vil bli konsekvensen av lovforslaget.

Det er sterkt ønskelig at tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser i størst mulig grad tilbys og gjennomføres i tråd med den enkelte persons ønske og vilje. Det er mye kunnskap om pasienters til dels svært negative erfaringer med tvangsbruk, og bruk av tvang er også en negativ merkelapp som særlig henger ved det psykiske helsevernet. I den grad endringer i lovgiving kan understøtte en utvikling i retning mindre bruk av tvang støtter NAPHA dette.

At man med innføringen av en mer begrenset tvangsdefinisjon ved at tilbud som en ikke yter motstand mot, selv om man mangler beslutningskompetanse, ikke lenger skal forstås som tvang vil etter all sannsynlighet bidra til dette. Samtidig er dette på mange måter en formalitetsendring med liten substansendring for den enkelte bruker.

Vi er mer usikker på om øvrige forslag i lovforslaget vil bidra til den ønskede reduksjon i bruk av tvang. Vi er særlig bekymret for en potensiell økning i bruk av tvang i det kommunale tilbudet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

1.2.3 Vi er usikre på om en lov på tvers av målgrupper og tjeneste-/forvaltningsnivå er en god ide: vi tror forslaget slik det foreligger ikke vil bidra til intensjonen.

NAPHA er i utgangspunktet positiv til en ambisjon om forenkling av regelverket for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenestene, som vil være til hjelp i arbeidet med å få mindre og riktigere bruk av tvang.

Vi påpekte i vårt innspill underveis i utvalgets arbeid at det er betydelige substansforskjeller mellom de ulike tjeneste-(substans)områdene, og at vi så en fare for at en overførte større tvangsfullmakter til det kommunale rus- og psykisk helsetilbudet gjennom en slik felles lovgiving. Vi ønsket i stedet at en skulle etablere mer langvarige botilbud i kommunene, men drevet regi av spesialisthelsetjenesten som kunne håndtere de gråsoneutfordringene mht rettighetsinngripende tiltak vi avdekket i vår rapport om dette (rapporten er utdypende presentert av utvalget).

Slik lovutkastet nå fremstår, kan vi ikke se at en oppnår en forenkling av lovverket. Teksten i lovutkastet fremstår som mer komplekst og med større muligheter for utøvelse av skjønnsmessige vurderinger som åpner for en uensartet praksis. Samlet sett kan vi heller ikke tydelig se at lovutkastet vil medføre mindre bruk av tvang overfor personer med alvorlige psykiske lidelser, ut over den formelle endringen av tvangsbegrepet. Vi er særlig bekymret for forskyvning i arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på dette området.

1.2.4 Om koplingen mellom sterkt behov og tilbudets utforming.

NAPHA støtter utvalgets ønske om at bruk av tvang må sees i relasjon til tjenestenes utforming: Vilkåret (sterkt hjelpebehov) etablerer en kobling mellom personens individuelle behov og det tjenestene har å tilby. For at tvangsinnleggelse eller tvungent tilbakehold kan komme på tale, kreves det at tjenestene i høy grad er i stand til imøtekomme personens individuelle hjelpebehov på en effektiv måte: ellers vil det ikke foreligge et sterkt behov. Vi ser derimot ikke at denne koplingen er avhengig av begrepet sterkt hjelpebehov.

1.2.5 Om innsnevring av tvangsbegrepet

NAPHA støtter forslaget om at tvangsbegrepet snevres inn, slik at tjenestenes vurdering av behovet for tvangstiltak konsentreres til forhold hvor brukeren uttrykker motstand. Samtidig er dette ett av områdene hvor de skjønnsmessige vurderingene vil bli krevende (utdypes senere).

1.2.6 Vi mener at lovforslaget ikke kan fremmes i sin nåværende form.

Dette begrunnes i to hovedpunkt:

Lovutkastet er i sin utforming både svært komplekst og krevende å overskue konsekvensene av. Som vi påpeker under er det på en lang rekke områder vanskelig å se hva som blir

konsekvensene for tjenesteapparatet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og hva som blir konsekvensene for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Dette må derfor tydeliggjøres, slik at høringsinstansene i en senere versjon kan ta stilling til om dette er en ønskelig utvikling.

En har ikke inkludert «fare for andre»-tematikken i utredningen, og viderefører alvorlig sinnslidelse som vilkår for innleggelse og tilbakeholdelse i psykisk helsevern ved fare for andre. Vi kan ikke se at dette er i tråd med CRPD, vi frykter at en slik videreføring vil bidra til diskriminering og stigmatisering av personer med psykisk lidelse og at det kan føre til økt innleggelse i psykisk helsevern med dette som begrunnelse. Vi imøteser i et nytt lovarbeid en vurdering av CRPDs vektlegging av individets autonomi opp mot eksisterende lovgivings ditto vektlegging også av samfunnsvernet.

1.3 Om utvalgets sammensetning

Utvalgets manglende bredde i kommunal kompetanse er en åpenbar svakhet. En mangler sentrale aktører i nåværende – og høyst sannsynlig framtidige - prosesser rundt beslutninger om bruk av tvang i kommunale tjenester. Her vil vi særlig framheve kommuneoverlege, fastlege og ledere i utøvende tjenester som det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet.

1.4 Å etterleve CRPD har gjort både loven – og utdyping av/begrunnelse for lovteksten – omfattende og komplisert

NAPHA mener det er to hovedutfordringer med dette; en demokratiutfordring og en etterlevelsesutfordring.

1.4.1 En demokratiutfordring – det er svært krevende å forstå de praktiske implikasjonene av teksten

Loven har som ambisjon å harmonisere lovverket på tvers av flere lov(substans)områder og forvaltningsnivå. Dette har med nødvendighet gjort framstillingen lang. Samtidig er det utfordrende å følge logikken i lovforslaget mht det som har vært ett av NAPHAs hovedpoeng med å gå inn i dette; hvilke konsekvenser vil dette få for det kommunale psykiske helse- og rusarbeidet? Eksempelvis er Kapittel 4 og kapittel 6 i sin tilnærming arenanøytralt – det skal derfor regulere både kommunale tjenester og spesialisttjenester. Samtidig er det en meget krevende øvelse å identifisere hvilke faktiske konsekvenser dette vil ha for det kommunale tilbudet, eksempelvis skjerming som skadeavvergende tiltak. Her må en både lese lovteksten (kapittel 31), merknadene til lovteksten (kapittel 30) og kapittel 23, hvor nødssituasjoner drøftes.

Dette må så gjøres for hvert enkelt «tiltak» - uten at vi kan se at det er en overordnet drøfting av hvilke konsekvenser lovforslaget vil ha for endring av dagens praksis på de ulike tjenesteområdene/arenaene.

1.4.2 Å realisere loven vil stille det kliniske felt overfor store etterlevelseshetfordringer

At lovforslaget i en overgangsfase vil stille de berørte fagfeltene overfor kompetanseutfordringer erkjennes av utvalget. Samtidig hevder utvalget at dette bare vil gjelde i en overgangsfase, og at en omforent lovverk på sikt vil lette håndtering av dette kompliserte feltet. Etter vår vurdering overvurderer utvalget behovet for og effektivitetsgevinstene av en gjennomgående lovgiving på tvers av fagområdene. Samtidig undervurderer utvalget kostnadene forbundet med avlæring av gammel og ikke minst innlæring av ny lovgiving. Det er brukt mye tid og ressurser på å lære opp personalet i eksisterende lovverk.

For det kommunale tjenesteapparatet vil de mange unntak, særbestemmelser for enkelte personkretser og skjønnsmessige vurderinger sannsynligvis øke faren for misforståelser i gjennomføringen.

1.5 Om arenanøytralitet – klare negative konsekvenser for det kommunale tilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser

Vi støtter utvalgets ambisjon om å lovregulere områder hvor det skjer rettighetsinngripende tiltak, særlig i kommunen, og hvor en tidligere har manglet lovhjemmel.

Vi mener samtidig at de løsninger lovutkastet introduserer styrker kommunens adgang til å bruke tvang, og hvor vi ser at en åpner for overføring av «tvangsoppgaver» fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Dette er etter vår vurdering problematisk.

Vi hadde heller ønsket at man gikk videre med dagens lovgiving, og i denne regulerte hvordan det psykiske helsevernet og kommunalt rus- og psykisk helsearbeid i fellesskap kunne utvikle tilbud som innen rammene av Psykisk helsevernloven regulerte adgang til nødvendige tvangstiltak.

1.5.1 Forventningen om klarere grenseoppganger i ansvar mellom det kommunale tilbudet og spesialisthelsetilbudet innfris ikke.

Fra kommuner kom det i innspillsfasen til utredningen forventninger om at lovutkastet tydeliggjorde ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er vanskelig å se at dette vil bli en konsekvens av lovforslaget. På noen områder innfører en ordninger som heller kan bidra i motsatt retning. I utvalgets sammendrag berøres konsekvensene av arenanøytralitet nesten ikke, men slik vi vurderer forslaget er enkelte av utslagene mht. grenseoppganger mellom tjenestene høyst problematisk:

Med innføring av beslutningskompetanse oppstår et nytt potensielt konfliktområde for oppgavegjennomføring knyttet til tvangsinnleggelse. Henvisninger til tvangsinnleggelse kan underkjennes med denne begrunnelsen, selv om den reelt er knyttet til ressurser og kapasitet, og hvor så langt mye av definisjonsmakten til begrepet ligger i spesialisthelsetjenesten (se her også vår påpekning av den manglende

kunnskapsinnhentingene knyttet til lovrevisjonen av 2017). Slik sett bidrar lovforslaget til å videreføre mye av grunnlaget for kommunal kritikk av spesialisthelsetjenestens avvisning av det kommunen ser som nødvendige innleggelse.

Et annet eksempel på dette er at behandling med antipsykotiske legemidler (når personen ikke motsetter seg) kan gjøres utenfor psykisk helsevern (§6-4), og at vedtak kan fattes av kommunalt vedtaksansvarlig (under veiledning). Ved kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten er det lett å se for seg at dette vil medføre et press på det kommunale tjenesteapparatet om å ivareta dette, med pro forma veiledning fra spesialisthelsetjenesten). Tilsvarende vil dette også kunne få tilsvarende konsekvenser for terskelen for innleggelse og utskriving i det psykiske helsevernet.

Tilsvarende åpnes det i §6-17 opp for undersøkelse av og gjennomføring av enkelte nye tvangstiltak i regi av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. At dette for noen pasientgrupper kan være en fordel trekkes fram av utvalget, men samtidig vil det vil trolig forsterke forventninger i spesialisthelsetjenesten om at personer med alvorlige psykiske lidelser i større grad skal håndteres i kommunen (overta tidligere spesialisthelsetjenesteoppgaver), og da uten innleggelse i spesialisthelsetjenesten. At en her bruker sterke faglige grunner som et kriterium for en slik løsning åpner man opp et stor diskusjon om hvem sine sterke faglige grunner – ev. hvilke sterke faglige grunner - som skal gjelde. At faktorer som kapasitet og økonomi vil bli innvevd i disse diskusjonene har vi lang erfaring for, jfr Samhandlingsreformen. Og mens kommunal veiledningsplikt er en ny plikt har spesialisthelsetjenestens ditto eksistert i lang tid. Det vil derfor være en definisjonsmessig tyngelighet mellom de to aktørgruppene. Vi kan ikke se at lovforslaget vurderer dette, og heller ikke at man etablerer beskravninger for å forhindre en slik uønsket oppgaveoverføring.

For NAPHA er det ikke mulig ut fra lesing av lovtekst, merknader til lovtekst (hvor en også må lese merknad til §9-6) og aktuelt kapittel i utredningen (28.7.4.4) å avgjøre om uavhengig legeundersøkelse i §6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler nr. 7 Undersøkelse av lege uavhengig av den vedtaksansvarlige, å identifisere om dette vil være en lege i kommunen eller en lege i spesialisthelsetjenesten. For arbeidsmengde i det kommunale tjenesteapparatet vil dette være sentralt.

1.5.2 Tvang i institusjon – kommunale institusjoner får økt tvangsadgang

NAPHA ser det som ønskelig at en i større grad enten lovregulerer de kommunale rettighetsinngripende tiltakene, eller er tydelig på at dette er et spesialisthelsetjenesteansvar som må ivaretas der. Vi ser samtidig at den måten utvalget foreslår å lovregulere dette på, jfr §7-2 (rutinekontroll), §7-3 (Kontroll for å hindre innførsel av farlige gjenstander) og §7-4 (beslag av farlige gjenstander), åpner for en uheldig glidning i ansvaret mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Eksempelvis foreslås i § 7-3 at institusjon kan treffes vedtak om og gjennomføres undersøkelse av rom, eiendeler, post eller pakker, samt kroppsvisitasjon, uten personens samtykke. Bestemmelsene i § 7-3 viderefører i stor grad psykisk helsevernloven § 4-6 og forskrift om er generell, men er arenanøytral (jfr merknad til §7-3).

Disse paragrafene har som begrunnelse for tiltakene «Dersom det er nødvendig for forsvarlig drift av institusjonen». NAPHA mener at dersom det er et generelt risikobilde (jfr §7-2), mistanke (§7-3) eller nødvendig med beslag (§7-4) bør de personer dette gjelder ikke regnes som utskrivningsklar fra psykisk helsevern. Å åpne opp for at dette er tematikk det skal være mulig å håndtere i det kommunale tjenesteapparatet vil medføre en høyst uheldig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjeneste til det kommunale tilbudet.

1.6 Lov som sentralt virkemiddel i å redusere tvang har svak kunnskapsstøtte

Slik vi kjenner litteraturen på området er det liten kunnskapsstøtte for at lovendringer i seg selv har stor betydning for reduksjon av tvang. Dette gjenspeiles også i kapittel 11, hvor kunnskapsgrunlaget gjennomgås. Her underbygges konsekvenser av lovendringer kun gjennom en mindre irsk studie. Tilsvarende gjør de mange forbehold en tar i Jacob et al. (2019) ang. konsekvensene av lovendringen av 2017 at en ikke med sikkerhet kan si at lovendringen har vært årsak til praksisendringen. At en i nylig sammenligning i bruk av tvungent psykisk helsevern mellom 22 land, publisert etter at utvalget avga sin innstilling, ikke finner noen effekt av lovgiving reiser berettiget tvil om utvalgets påstand er riktig (Rains et al. 2019 Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study, *The Lancet Psychiatry*, Vol. 6, Issue 5, p 403-417).

Vi kan heller ikke se at man i kapittel 8, hvor lovgivingen i enkelte andre land gjennomgås, viser til eksempler på land som har erfaringer med en lovgiving som i hovedtrekk ligner på den som utvalget foreslår. Gjennomgangen preges av lovgiving som på psykisk helseområdet i store trekk ligner på nåværende lovgiving i Norge. En kunne forventet at man identifiserte og beskrev lovgiving fra land i tråd med den utvalget foreslår. En burde så trukket på erfaringene fra disse landene i oppbyggingen av forslaget, og vist til disse erfaringene for hvorfor det i så fall skulle redusere bruke av tvang.

1.7 Vi mangler kunnskap om effekt av tidligere lovrevisjoner

Beslutningskompetanse er sentralt i lovutkastet, og en bærende begrunnelse for hvorfor lovutkastet vil føre til mindre bruk av tvang. I 2017-revisjonen av Psykisk helsevernloven ble samtykkekompetanse innført som begrep med den samme begrunnelsen. Vi ser det som problematisk at en ikke har studert effekten av 2017-revisjonen før en gjør en ytterligere endring (se ellers pkt 1.4 her).

I en slik studie tenker vi det er behov for et langt bredere sett av utfallsmål enn faktisk tvangsbruk (det en i evalueringsforskningen kaller å fange opp ikke-intenderte konsekvenser), men selvfølgelig også det. Er det eksempelvis slik at lovendringen førte til:

- endringer i tjenestesøkningsatferd, jfr at Jacob et al. (2019) finner at for de fleste pasienter hvor TUD ble opphevet fortsatte å bruke det polikliniske tilbudet

- endringer i sykdomsbilde, dvs. at det for en del pasienter ble betydelig forverring i tilstand før en ny tvangsinnleggelse

1.8 Essensielt at lovendringen understøttes med massiv satsing på forebygging av tvang, nasjonalt koordinert og ledet

NAPHA støtter utvalgets forutsetning om at «lovendringene blir fulgt opp av tunge nasjonale, faglige initiativ for å redusere tvangsbruk» (s. 709). Her viser vi blant annet til utvalgets kunnskapsgjennomgang i kapittel 11, samt til internasjonale initiativ i tråd med denne (Six core strategies og Restraint reduction network), som begge understøtter betydningen av en slik innsats.

Det har tidligere vært gjennomført to satsinger for å bidra til mindre tvangsbruk i psykisk helsevern (Tiltaksplanen og Nasjonal strategi). Hvis et slikt tungt nasjonalt initiativ skal ha mulighet til å lykkes forutsetter NAPHA en helt annen nasjonal koordinering og ledelse av dette arbeidet enn det som ble iverksatt i forbindelse med de to tidligere satsingene. At tvangsbruken i det psykiske helsevernet Norge i liten grad har gått ned tross disse to initiativene skyldes etter vår vurdering i stor grad mangelen på nasjonal styringsvilje i oppfølgingen av disse initiativene.

1.9 Grunnleggende utfordring ved lovforslaget at «fare for andre» er utelatt

Utvalget skriver i sin gjennomgang av mandatet (kapittel 2.3) at de ikke har gått inn i «fare for andre»-tematikken (jfr eksempelvis fare for andre som ett av to tilleggsvilkår i nåværende psykisk helsevernlov) som begrunnelse for bruk av tvang. Dette begrunnes i at dette direkte eller indirekte kunne påvirke forholdet til straffelovgivningen, et område hvor utvalget mener de ikke har hatt kompetanse. Begrunnelsen virker konstruert; hvis dette fra utvalget ble definert som svært uheldig burde en ha sikret tidlig tilleggsoppnevning for å ivareta dette perspektivet.

Det er tre utfordringer med at en viderefører en diagnosebasert håndtering av «fare for andre», jfr §5-5 Innleggelse og tilbakehold i psykisk helsevern ved fare for andre:

For det første kan vi ikke se at lovforslaget for denne gruppen er i tråd med CRPD (diagnosenøytral lovgiving), og dermed underminerer en det som er en av bærebjelkene i lovforslaget. At en så sentral utelatelse begrunnes med feil sammensetning av utvalget framstår dermed som uforståelig.

For det andre frykter vi at dette vil underminere noe av hovedhensikten med CRPD, dvs å unngå diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Når alvorlig sinnslidelse koplet mot fare for andre er et sentralt grunnlag for å tvangsinnlegge personer i det psykiske helsevernet frykter vi at dette vil bidra til å underbygge en oppfatning i befolkningen om at

personer med alvorlig psykisk lidelse er farlige. Slik sett mener vi lovforslaget paradoksalt nok bidrar til å underbygge diskriminering og stigmatisering av personer med psykisk lidelse.

For det tredje har vi over lang tid sett glidninger i bruk av tilleggskriteriene i psykisk helsevernloven, hvor en av faglige og kulturelle grunner har hatt ulik lokal preferanse for bruk av hhv behandlings- og farekriteriet. At en ikke observerte en betydelig reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern da man i 1999-lovrevisjonen fjernet overlastkriteriet (det ble sannsynligvis erstattet av både behandlings- og farekriteriet) underbygger dette. Når fare for andre blir stående som et vilkår for å tvangsinnlegge personer med alvorlig sinnslidelse frykter vi derfor at antallet personer som blir tvangsinnlagt med dette som begrunnelse vil øke.

Og under dette ligger en manglende vurdering i utvalget av CRPDs vektlegging av individets autonomi opp mot eksisterende lovgivings ditto vektlegging også av samfunnsvernet.

1.10 Lovendringene vil medføre et svært omfattende opplæringsarbeid

Delvis er det videreføring av tidligere lovverk, men hvor nye tjenestenivåer må ha kompetanse – og delvis vil det være nye elementer; Vurdering av samtykkekompetanse, Vurdering av fare for seg selv og/eller andre, motstand mot innleggelse, sterkt behov for behandling, tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang er prøvd, antatt samtykke mv.

Et eksempel på dette presenteres av utvalget under pkt 24.8.2.7.2; vurderingen av sterkt behov for hjelp «skal ta utgangspunkt i hva som er allment akseptert i klinisk praksis. I den anledning skal det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer» (s. 510). I dette ligger to svært krevende elementer:

- Det skal utarbeides nasjonale faglige retningslinjer – som med kunnskapsgrunnlaget på feltet vil være en kompleks og tidskrevende prosess (gitt at denne tematikken overhodet lar seg innpasse i måten Helsedirektoratet nå tenker rundt nasjonale faglige retningslinjer
- Disse nasjonale faglige retningslinjene skal implementeres i – og på tvers av - en lang rekke fagfelt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Med de erfaringer NAPHA har fra øvrig implementeringsarbeid i de kommunale rus- og psykisk helsearbeidstjenestene vil et slikt utviklingsarbeid ta tid, og ressursbehovet knyttet til slikt implementeringsarbeid erkjennes ikke.

1.10.1 Områder med betydelig innslag av skjønnsvurderinger – som må dekkes via kompetanseheving

Et helt sentralt begrep i lovforslaget er beslutningskompetanse, og hvor dette er et sentralt begrep både i de kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. I innspillsfasen ble det fra flere kommuner reist spørsmål om fastlegenes kompetanse til å vurdere samtykkekompetanse, blant annet begrunnet i at de gjør det sjelden. Med de utvidelser som

beslutningskompetansebegrepet har fått på flere områder, og som vil involvere også andre aktører enn fastleger, vil disse utfordringene vokse betydelig. Dette identifiseres også i utvalgets kapittel 6.2.1. Tilsvarende er antatt samtykke sentralt for den hjelpen en kan gi, også i de kommunale tjenestene. Samlet er dette med på å understøtte behovet for massiv kompetanseheving overfor et stort antall yrkesutøvere i mange ulike tjenester på tvers av forvaltningsnivå. Vi kan ikke se at dette er erkjent i utredningens kapittel 29.7.8.

1.11 Økonomiske og administrative konsekvenser er underkommunisert og ikke empirisk underbygget

Hele kapittel 29 bærer preg av å være en må-aktivitet, men hvor utredningen samtidig er tilnærmet fraværende mht. empirisk underbygging av vurderingene. Gjennomgående viser man til at man ikke har grunnlag for å tallfeste konsekvensene av forslagene, mens man i neste setning skriver at man samlet sett antar at konsekvensene blir om lag kostnadsnøytrale.

Det er mulig dette er nødvendige formuleringer for å unngå at forslaget blir stoppet av Finansdepartementet grunnet kostnadene, men for tjenestene som skal realisere forventningene i lovutkastet er dette lite betryggende. Både det psykiske helsevernet og de kommunale rus- og psykisk helsearbeidstjenestene rapporterer om kapasitetsutfordringer og innsparinger.

Dette kan belyses med opplæringskostnader, slik det berøres i 29.7.8, men gjelder dessverre hele kapitlet. Utvalget har her ikke en gang gjort et forsøk på et enkelt estimat over antall fagpersoner som læres opp, og i hvilket omfang. De har heller ikke antydnet hvem som i så fall skal bære disse kostnadene. Fra et tjenesteperspektiv vil svaret på disse to spørsmålene være helt sentrale mht. mulighetene for en faglig og administrativt forsvarlig realisering av lovforslaget.