

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.: 201203909  
Vår ref.: 12/8314-2  
Saksbehandler: Anne Solberg  
Dato: 03.01.2013

## **Høringssvar - Endringer i psykisk helsevernloven - Varsling av fornærmede og etterlatte ved endringer i gjennomføring og opphør av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, adgang til nattelåsing av pasientrom mv.**

Vi viser til brev av 11. oktober 2012 der Helse- og omsorgsdepartementet legger frem til høring forslag til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Høringsfristen er 3. januar 2013.

Endringsforslagene gjelder regler om:

- 1: Varsling av fornærmede eller dennes etterlatte ved endringer i gjennomføring og opphør av dom på tvungent psykisk helsevern.
- 2: Opplysningsplikt for faglig ansvarlig og unntak fra lovbestemt taushetsplikt knyttet til regler om besøksforbud i straffeprosessloven.
- 3: Nattelåsing av pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

### **Helsedirektoratets kommentarer til punktene i høringsbrevet:**

#### **Til pkt. 1: Varsling av fornærmede eller dennes etterlatte ved endringer i gjennomføring og opphør av dom på tvungent psykisk helsevern**

Helsedirektoratet støtter forslaget. Vi er enige i prinsippet om at psykisk helsevernloven skal ha tilsvarende regler for varsling av fornærmede eller dennes etterlatte som straffegjennomføringsloven og straffeloven. De samme hensyn som gjorde seg fremtredende da varslingsplikten ble inntatt i straffegjennomføringsloven vil også gjøre seg gjeldende når en person er domfelt til psykisk helsevern. Den fornærmede eller etterlatte til fornærmede vil ha det samme behovet for varsel uavhengig av om en person er dømt til fengselsstraff eller psykisk helsevern for alvorlige volds- eller seksualforbrytelser.

#### **Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester**

Avdeling psykisk helsevern og rus  
Anne Solberg, tlf.: 24163280

Postboks 7000 St. Olavs plass • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## **Til pkt. 2: Opplysningsplikt for faglig ansvarlig og unntak fra lovbestemt taushetsplikt knyttet til regler om besøksforbud i straffeprosessloven**

Helsedirektoratet støtter forslaget om at taushetsplikt ikke skal hindre faglig ansvarlig fra å gi påtalemyndigheten og retten relevante og nødvendige opplysninger når det skal vurderes om besøksforbud bør nedlegges.

Det fremgår av strpl. § 222 a at et besøksforbud kan ilegges av påtalemyndigheten hvis det er grunn til å tro at den forbudet rettes mot, ellers vil begå en straffbar handling overfor en annen person eller forfølge eller på annet vis krenke en annens fred. Formålet med et besøksforbud er å gi økt trygghet for ofre for vold, trusler og trakassering. Forbudet skal virke forebyggende og hindre framtidige lovbrudd. Besøksforbudet blir særlig ilagt i saker som gjelder vold, trusler og sjikane mot nærstående. Det blir også anvendt i sedelighetssaker, saker som gjelder ran/utpressing, ved rettsstridig tvang eller frihetsberøvelse, saker om skadeverk m.m. I dag lyder psykisk helsevernloven 5-6 a slik: «Uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal den faglig ansvarlige gi påtalemyndigheten og retten de opplysninger som er nødvendige for å vurdere om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, jf. straffeloven § 39 b.» Det foreslås en tilføyelse i denne slik at den faglige ansvarlige får en plikt, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, til å gi påtalemyndigheten og retten de opplysninger som er nødvendige for å vurdere om besøksforbud bør nedlegges etter strpl. § 222a.

Etter det vi forstår skal plikten for faglig ansvarlig til å gi opplysninger gjelde både etter pålegg fra påtalemyndigheten / retten og av eget tiltak. Vi ber departementet vurdere om dette bør presiseres i merknaden til § 5-6 a første ledd.

## **Til pkt. 3: Nattelåsing av pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå**

Nattelåsing innebærer at dør til pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå kan låses mellom kl. 23 og 06, etter en individuell vurdering av pasientens tilstand.

Som departementet skriver i høringsnotatet (s.9) må låsing av pasientrom anses som bruk av tvang, og bruk av isolasjon uten pleiepersonale til stede «vil kunne føles som et meget alvorlig inngrep for pasienten, og kan bare brukes som en ren nødsforanstaltning hvor personalet ikke kan oppnå kontroll over situasjonen på en annen hensiktsmessig måte», jf. forarbeidene til Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Hovedregelen om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd, presiserer at tvangsmidler bare skal brukes når det er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller «for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting». I lovens forarbeider fremgår det at «kravet om at det er uomgjengelig nødvendig å bruke tiltaket, er strengt og at tiltaket bare skal brukes når det ikke er noen vei utenom».

I henhold til psykisk helsevernforordningen § 26 skal bruk av tvangsmidler gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. I forordningen § 25 første ledd presiseres det at det ikke er tillatt å bruke tvang i behandlingsøyemed, men at ansvarshavende på avdelingen bl.a. kan fatte vedtak om bruk av isolering hvis en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig. Denne skal underrettes så snart som mulig, og ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler fortsatt skal opprettholdes dersom situasjonen krever det.

På denne bakgrunn mener Helsedirektoratet at innlåsing, dvs. isolasjon, 7 timer i strekk, av pasienter som er underlagt behandling må oppfattes som et meget sterkt og inngripende virkemiddel til tross for de forbehold og begrensninger som er tatt når det gjelder hvor disse reglene skal brukes, i hvilke situasjoner og overfor hvilke pasienter. I akutte nødssituasjoner er det også i dag anledning til å gjennomføre isolering, jf. psykisk helseforordningen § 25 annet ledd. Helsedirektoratet mener dette fortsatt bør være et tilstrekkelig virkemiddel.

Helsedirektoratet er uenig i forslaget, og ønsker å anføre følgende:

### **Målet er å redusere tvangsbruk**

I flere år har det vært et tverrfaglig helsepolitisk mål å redusere bruken av tvang og å bedre kvaliteten på tjenestene i psykisk helsevern. Til tross for mange års arbeid i feltet, og i samarbeid med helsetjenesten, holder omfanget av tvangsbruk seg stabilt. Som mange andre er Helsedirektoratet bekymret over denne situasjonen.

Den nye strategien *Bedre kvalitet og økt frivillighet (2012-15)*, legger stor vekt på alternative arbeidsmåter som kan redusere behovet for bruk av tvang. Slike arbeidsmåter kan i perioder være ressurskrevende når det gjelder bemanning. Det kan imidlertid også være ressurskrevende, om enn på et senere tidspunkt, ikke å arbeide mot dette målet.

Det argumenteres fra tid til annen med at å bruke tvang i enkelte situasjoner gjør at tvangsbruken i andre situasjoner blir mindre. Erfaringene viser imidlertid også at bruk av tvang i enkelte situasjoner også kan føre til at tvangsbruken øker i andre situasjoner.

Vi viser til artikkelen «Tvang i psykisk helsevern. Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger» (Erfaringskompetanse og Rådet for psykisk helse (2012:3)) som omhandler en litteraturstudie Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum gjennomførte (2011) for å kartlegge hvordan ansatte og (misfornøyde) brukere i mange sammenhenger vurderer nødvendigheten av tvangsbruk svært forskjellig. Vi skal gi noen eksempler:

Norvoll og Husum viser hvordan ansatte og brukere i mange tilfeller har et helt ulikt syn på nødvendigheten av tvangsbruk, og på om tvangsbruken reduserer volden og risikoen for skade, eller om den faktisk øker den. Brukere og ansatte tolker ofte ulikt det de ansatte mener er tegn på utagerende adferd hos brukerne. Studien viser at ansatte har størst aksept for å bruke tvang når det er snakk om aggresjon og fysisk vold, spesielt i situasjoner der ansatte har erfart eller frykter vold fra brukerne.

Litteraturen viste ingen klare grenser mellom avvikende atferd og generell uro, og det ble opp til de ansatte å vurdere om de mente at urolig atferd økte risikoen for vold. Forskerne trekker slutningen at tvangsmidler kan bli en måte for de ansatte å sikre seg på (s. 10), at begge parter kan komme inn i et mønster der de ser den andre partens atferd som årsak til sine egne handlinger, og at det kan være vanskelig å komme ut av slike negative samspill.

### **Ulike former for sikkerhet**

Helsedirektoratet viser også til at ved de regionale sikkerhetsavdelingene har det over tid vokst frem en kultur for at *dynamisk* sikkerhet, i motsetning *statisk* sikkerhet, er den helsefaglige beste måten å ivareta både pasienten, og sikkerheten gjennom behandlingsforløpet på avdelingen. Med dynamisk sikkerhet mener vi for eksempel nær menneskelig kontakt og dialog mens statisk sikkerhet innebærer fysiske tiltak som låsing av dører, videoovervåkning, inngjerding og lignende. Det fremheves gjerne at pasientene skal behandles på et sykehus og ikke i et fengsel.

Selv om man er avhengig av en viss statisk sikkerhet som ramme for de regionale sikkerhetsavdelingene, er Helsedirektoratets inntrykk at den dynamiske sikkerheten er det viktigste virkemiddelet for å ivareta personalets sikkerhet. Dynamisk sikkerhet legger også til rette for en mest mulig human behandling av pasienter underlagt tvang. Dette har for eksempel kommet til uttrykk gjennom at isolasjon nærmest ikke blir brukt som tvangsmiddel lenger. Natllåsing vil således være et brudd med denne kulturen og gi oppholdet på en regional sikkerhetsavdeling mer karakter av fengselslignende tvang.

Helsedirektoratet har ikke mottatt signaler om at natllåsing er en utviklingsretning som er etterspurt av de regionale sikkerhetsavdelingene.

### **Reduksjon av kostnader**

I omtalen av administrative og økonomiske konsekvenser av endringsforslaget, høringsnotatet kap. 10, står det følgende: «Adgang til natllåsing av dør til pasientrom kan innebære redusert behov for nattarbeidende personell, hvilket kan frigjøre ressurser og således gi reduserte kostnader».

Helsedirektoratet mener at innsparing ikke bør være et argument for natllåsing, og at redusert bemanningen i en avdeling faktisk kan det gjøre det nødvendig å praktisere innelåsing, selv om vilkårene egentlig ikke er oppfylt. Konsekvensen av innsparing vil dermed kunne øke behovet for natllåsing selv om dette ikke var hensikten.

### **Konklusjon**

Helsedirektoratet støtter endringsforslagene i pkt. 1 og 2.

Når det gjelder pkt. 3 har Helsedirektoratet forståelse for at det kan være mange krevende situasjoner både for personalet og for pasienter i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Vi mener likevel at isolasjon er et sterkt inngripende virkemiddel som kan bidra til at pasientene får en «bekreftelse» på sin egen farlighet, og at tilliten både til personalet og til behandlingsapparatet dermed vil kunne svekkes. Dette kan føre til negative

konsekvenser på lengre sikt. Helsedirektoratet støtter derfor ikke endringsforslaget som innebærer en mer utbredt praksis på dette området.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.  
divisjonsdirektør

Gitte Huus  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*