



Likestillings- og
diskrimineringsombudet

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.:
12/1945- 2- GHE

Deres ref.:

Dato:
13.12.2012

Høring - 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

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) viser til høringsbrev av 11. september 2012 om endringer i gjennomføring og opphør av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, adgang til nattelåsing av pasienten mv. LDO har merknader knyttet til forslaget om adgang til nattelåsing av pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og avdelinger med særlig høyt sikkerhetsnivå. Grunnlaget for LDOs merknader er at forslaget berører vårt mandat til å arbeide for likestilling og mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne – som også omfatter psykiske lidelser. Vi viser også til at ombudet etter forslag fra regjeringen skal få tilsynsansvaret for FNs konvensjon for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), og at denne er forventet ratifisert i løpet av 2013, jf. Prop. 105 L (2011-2012) og Prop. 106 S (2011-2012).

1. Pasientgrunnlaget ved regionale sikkerhetsavdelinger – innleggelse etter psykisk helsevernloven

Det fremgår av Prop. 108 L (2011-2012) at pasientgrunnlaget ved landets regionale sikkerhetsavdelinger omfatter innleggelser med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, domfelte etter straffeloven § 39 og personer overført fra varetekt, fengsel, politiarrest eller forvaring, klinisk observasjon etter straffeprosessloven § 167, og overføring fra varetektsfengsel etter

straffeprosessloven § 108, som straffedømte til dømmebehandling etter § 13 i straffegjennomføringsloven.

Det som særlig bekymrer ombudet er at de strenge sikkerhetsregimene, i dette tilfellet nattelåsing, vil ramme personer som er innlagt med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, som ikke har begått straffbare handlinger. Særlig bekymret er vi for at hjemmelsgrunnlaget for natteinlåsing også omfatter pasienter som ikke anses å være en fare for andre, men utelukkende en fare for seg selv.

I høringsnotat av 1. mars 2012 om forslag om særlige regler for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, fremgår det at det store flertallet av pasientene på disse sikkerhetsavdelingene er personer som er innlagt i henhold til psykisk helsevernloven, det vil si personer som er innlagt på grunnlag av antatt fare for andre eller seg selv, og ikke på grunnlag av utførte straffbare handlinger.

Som fremhevet i vårt hørings svar av 19. mars 2012, er LDO bekymret for at de særlige reglene for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, vil føre til at innstramminger i sikkerhetsregimene slår ut på samme måte overfor personer som er innlagt etter psykisk helsevernloven, uten å ha begått straffbare handlinger, som personer som er domfelt etter straffeloven. Dette blir særlig problematisk fordi forskning viser, som kjent, at koblingen mellom psykisk lidelse og økt fare for voldsrisiko er kompleks. Vi har merket oss at departementet også har omtalt dette i Prop. 108 L, under kapittel 2, punkt 2.3.2 om psykisk helse og risiko for vold. Ut ifra den svært komplekse koblingen mellom psykisk helse og risiko for vold, mener LDO departementet burde bestrebet seg på å innsnevre den pasientgruppen som kan risikere nattestengning i større grad, slik at tiltakene blir mer treffsikre. Dette synes særlig påkrevet i lys av at hjemmelsgrunnlaget også omfatter mulighet for nattestengning i de tilfeller hvor pasienten kun anses som en fare for seg selv. Samtidig presiserer ombudet at vi ikke ønsker en utvikling der muligheten for å bruke tvangsmidler kobles opp mot diagnoser.

2. Innelåsing av pasienter som anses å være til fare for seg selv – forholdet til menneskerettighetene

2.1. Kravet til nødvendighet

I punkt 5 i høringsnotatet av 11. oktober 2012, viser Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til at låsing av pasientrom må anses som bruk av tvang, og at bruk av tvangsmidler er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8, som gjelder både for pasienter som er frivillig innlagt, og for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Etter gjeldende rett, skal isolering maksimalt benyttes inntil to timer av gangen. Vi viser også til at vern av pasientens personlige integritet er regulert i psykisk helsevernloven § 4-2, hvor det fremgår at bruken av tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Et særlig sentralt spørsmål som vil være relevant etter både psykisk helsevernloven og menneskerettighetene, er om hjemmel til nattestengning av rom overfor personer som er innlagt etter psykisk helsevernloven på bakgrunn av alvorlig psykisk lidelse, vil oppfylle kravet til nødvendighet. Spørsmålet bør vurderes separat når det gjelder pasienter som er ansatt å være en fare for andre, og personer som utelukkende er ansett å være en fare for seg selv. LDO mener det er viktig å sondre her, fordi det er nærliggende å se for seg at nattestengning vil ha en særlig negativ innvirkning på personer som er ansett å være til fare for seg selv.

Vi har merket oss at departementet har vurdert forholdet til menneskerettighetene i punkt 6 i høringsnotatet av 11. oktober 2012. Imidlertid mener vi at drøftelsene under dette punktet blir lite treffende fordi det hele tiden tas utgangspunkt i praksis fra EMD som gjelder soningsforhold for innsatte fanger. Som det også er fremholdt i punkt 12 i høringsnotatet fra departementet, kan det anføres at terskelen for hva som anses for å være umenneskelig behandling etter EMK art. 3, vil være lavere for personer som er frihetsberøvet på grunnlag av psykisk lidelse, enn for straffedømte. Det uttrykkes i høringsbrevet på side 12 at hensynet til pasientens helsetilstand, og eventuelle negative effekter av isolasjon, eller de øvrige tiltakene trolig vil måtte tillegges større vekt. Disse merknadene i høringsbrevet side 12, er sitat fra Prop. 108 L (2011-2012) hvor det er foretatt en nærmere vurdering av EMDs praksis når det gjelder soningsforhold for innsatte. Som gjennomgangen i Prop. 108 L (2011-2012) viser, vil det etter EMDs praksis legges stor vekt på fire kriterier: formålet med isolasjonen, varigheten, hvor omfattende isolasjonen er, og de helsemessige konsekvensene. LDO savner at departementet foretar en konkret vurdering av disse fire kriteriene, med utgangspunkt i det forslaget gjelder, nemlig nattestengning av pasientrom, både for personer som er ansett å være til fare for andre og pasienter som er ansett å være til fare for seg selv.

LDO mener at drøftelsene til departementet blir upresise fordi de på side 12 kun foretar en kort drøftelse ut ifra at nattelåsing gjelder pasienter som er særlig farlige. Imidlertid foretas det ingen drøftelser som problematiserer hjemmelen

til å nattelåse pasienter som utelukkende er vurdert å være til fare for seg selv, og som eventuelt kan være suicidale og ha behov for fri tilgang til helsepersonell til enhver tid.

LDO har merket seg at departementet forutsetter at nattelåsing må vurderes ut ifra en individuell vurdering og av den enkelte pasients tilstand. Dette er selvsagt positivt og helt nødvendig. Imidlertid bør lovverket være slik at det ikke åpner for en praksis som i de konkrete tilfellene ikke vil oppfylle kravene til nødvendighet. LDO mener det burde vært foretatt drøftelser i høringsbrevet, som belyser hvorfor adgangen til nattelåsing er nødvendig også for personer som utelukkende er ansett å være en fare for seg selv. Vi savner at departementet vurderer alternativer, slik som bedre bemanning som gjør at slike pasienter eventuelt kunne hatt dørene åpne. Vi kan ikke se hvorfor personer som utelukkende er vurdert å være til fare for seg selv, skal måtte låses inne fra klokken 23.00 om kvelden til 06.00 om morgenen. Vi viser også til at dette kan gjelde meget unge pasienter, og at det oppstår en stor helserisiko for disse.

2.2. CRPD og krav til adekvat helsehjelp

I lys av at LDO også får tilsynsansvaret for CRPD innen kort tid, vil vi fremheve at CRPD medfører en rett til helsehjelp for personer med nedsatt funksjonsevne, herunder personer med alvorlige psykiske lidelser. Vi viser særlig til artikkel 25 i CRPD hvor det fremgår at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha helsehjelp som er knyttet til deres nedsatte funksjonsevne, og at helsehjelpen skal være egnet til å minimere og beskytte mot ytterligere funksjonshemming, særlig blant barn/mindreårige.

Vi stiller oss tvilende til om det er i samsvar med CRPD artikkel 25 å nattelåse en person som er 17 år, på grunn av fare for seg selv. Vi har merket oss at forholdet til CRPD så vidt er drøftet i punkt 6.6 om andre konvensjoner og menneskerettigheter, og at departementet legger til grunn at de foreslåtte sikkerhetsbestemmelsene i regionale sikkerhetsavdelinger, om blant annet nattelåsing, vil være i tråd med konvensjonen. Departementet viser til at det ikke er vedkommendes nedsatte funksjonsevne i seg selv som er avgjørende for om sikkerhetstiltakene kan benyttes, men risikoen for voldelig atferd mm. Referansen til CRPD her, er klippet fra Prop. 108 L (2011-2012).

På samme måte som departementets drøftelser når det gjelder EMK artikkel 3 og artikkel 8, ikke blir særlig treffsikre, er heller ikke drøftelsen etter CRPD

egnet til å kaste lys over de konkrete menneskerettslige utfordringer forslaget om nattelåsing vil kunne medføre. Vi fremhever særlig at CRPD skiller seg fra EMK ved at den nettopp er utformet med sikte på å hindre diskriminering på bakgrunn av nedsatt funksjonsevne. Vi har merket oss at en nedsatt funksjonsevne ikke vil være avgjørende. Imidlertid vil en nedsatt funksjonsevne i form av en alvorlig psykisk lidelse være et av de nødvendige vilkårene for at vedkommende oppholder seg på den regionale sikkerhetsavdelingen. Dette gjør at personer med alvorlige psykiske lidelser vil bli utsatt for en risiko for tvangsmidler som personer uten slik nedsatt funksjonsevne ikke vil oppleve. Vi presiserer igjen at pasientgrunnet ved regionale sikkerhetsavdelinger gjør at personer med alvorlige psykiske lidelser som ikke har begått straffbare handling, blir utsatt for samme risiko som personer som har begått slike straffbare handlinger. Vi mener departementet bør vurdere forslaget opp mot CRPD artikkel 25, og vurdere om ikke personer med alvorlige psykiske lidelsers rett til helsehjelp kan tilsa at forslaget om nattelåsing blir for inngripende og i for liten grad ivaretar deres rett til helsehjelp.

Vi har forståelse for at det som utgangspunkt ikke finnes noe regulært behandlingstilbud på natten, men på samme måte som personer med somatiske lidelser, må personer med psykiske lidelser ha en tilgang til adekvat legehjelp dersom det er behov for dette. Vi stiller spørsmål ved om en person som eventuelt må nattelåses fordi han er antatt å være til fare for seg selv, i realiteten vil ha en adekvat tilgang til slik helsehjelp. Vil det ikke kunne være en fare for at en person som eventuelt er så syk at han er til fare for seg selv, og blir innelåst, nettopp ikke vil evne å be om den hjelpen han trenger? Vi mener at departementets presisering av at det skal foretas en individuell vurdering, ikke er tilstrekkelig til å hindre at en lovhjemmel for nattelåsing vil kunne medføre en uforsvarlig praksis med nattelåsing av enkelte sårbare pasienter med nedsatt funksjonsevne.

3. Oppsummerende merknader

På denne bakgrunn mener LDO at HOD bør revurdere sitt forslag om adgang til nattelåsing av pasienter – særlig forslaget om hjemmel til å nattelåse pasienter fordi de anses å være til fare for seg selv. HOD bør foreta en grundig og konkret vurdering av om de foreslåtte, vide hjemlene for nattelåsing er nødvendige og forsvarlige, særlig med utgangspunkt i CRPD artikkel 25 om rett til adekvat helsehjelp til personer med nedsatt funksjonsevne – herunder personer med alvorlige psykiske lidelser, jf. artikkel 5 om forbudet mot diskriminering.

Vennlig hilsen

Björg Unstad
avdelingsleder

Guri Hestflått Gabrielsen
seniorrådgiver