

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

Sentralbord: 02770

0030 OSLO

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
	201203909/LIT	E. Ness	21.12.2012

Opgis ved all henvendelse

Høring – endringer i psykisk helsevernloven – varsling av fornærmede og etterlatte ved endringer i gjennomføring og opphør av dom på overføring til tvunget psykisk helsevern, adgang til nattelåsing av pasientrom mv

Vi viser til tilsendt høringsnotat og vedlegger høringsuttalelse fra Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet.

Vennlig hilsen

Marit Bjartveit
Klinikkleder
Klinikk psykisk helse og avhengighet

Vedlegg: Hørings svar



Høringsnotat – Forslag til endringer i psykisk helsevernloven – varsling av fornærmede og etterlatte ved endring av gjennomføring og opphør av dom på overføring m.v.

Klinikk Psykisk Helse og Avhengighet, Oslo universitetssykehus viser til utsendt høringsbrev datert 11.10.12. og har følgende hørings svar:

Ny § 4A- 6A: Om nattelåsing av pasientrom

Vi støtter at lovforslaget skal kunne gjelde de regionale sikkerhetsavdelingene og de eventuelt tilhørende enheter med særlig høyt sikkerhetsnivå som i fremtiden kan bli etablert der. Vi finner i likhet med HOD at en slik adgang ikke bryter med de alminnelige menneskerettigheter, slik de er utviklet og praktiseres her i landet, og slik de er formulert i ulike artikler i Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK).

Vi vil likevel problematisere at det kan være vanskelig å skille regionalt fra lokalt sikkerhetsnivå, av flere grunner:

1. Målgruppebeskrivelsene er ikke entydig avgrenset mellom de to nivåene, pasienter vil ofte relativt raskt bli overført til lokalt nivå pga RSAenes beredskapsansvar
 - a. Enkelt pasienter kan ha ved raske overføringer til lokalt sikkerhetsnivå ha uendret og fortsatt høy risiko for farlighet
 - b. Det vil være flere pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern på lokalt enn på regionalt nivå, Alvorligheten av voldshandlingene er de samme

Vi støtter videre at slik adgang *forutsetter tillatelse* fra departementet (eventuelt at myndighet til å gi tillatelse delegeres til Helsedirektoratet), idet dette sikrer best mulig at de aktuelle avdelingene/enhetene oppfyller minstekrav til faglig og materiell standard før adgang til vedtaksbasert nattelåsing av pasientrom kan gis.

Da vedtak om nattelåsing av pasientrom innebærer en vesentlig begrensning av psykisk lidendes personlige frihet, må de følgelig kunne kontrolleres både i ettertid ved kontrollkommisjonens (KK) behandling etter klage eller ved KKs eget initiativ, og i forkant ved at det stilles minstekrav til standardbetingelser (fysisk romutforming, overvåkingmulighet for ivaretaking av pasientens egen sikkerhet i stengningstiden, avdelingens generelle faglige standard, personelltilgang m.m.). Vi ser at nattelåsing av pasientrom, slik det er foreslått, innebærer isolat som tvangstiltak i 7 av døgnet 24 timer (kl 23:00 – 06:00). Disse hensynene tilsier at *HOD må gi prioritet til at forskrift foreligger* samtidig med at lovendringen iverksettes.

Vi støtter også høringsnotatets vektlegging av at det er individuelle og spesifikke forhold ved behandlingsutviklingen som skal begrunne slike vedtak. Det betyr at en enkeltstående pasient *ikke* skal ha vedtak om nattelåsing av pasientrom stående som et ”fast behandlingstiltak” over tid. Tvert imot skal nattelåsing vurderes som mulig nødvendig i de perioder da den aktuelle pasienten uten slikt tiltak vil representere urimelig høy risiko for å være til fare for seg selv eller andre, eller ved at det ellers foreligger høy risiko for betydelig skade på materiell og inventar.

Vi kan ikke se at det er drøftet muligheten av dør låses utelukkende utenfra, det vil si at pasienten kan åpne døren innenfra. Alternativt at døren ved automatikk åpnes innenfra, for eksempel ved

brannvarsel. Det at døren ikke kan åpnes innenfra innebærer at pasientsikkerheten må ivaretas ved nærhet mellom vaktrom og låsbart pasientrom, ekstra brannovervåkingsutstyr, inspeksjonsluke og mer.

Avdelingene bør ikke kunne anvende adgangen til nattelåsing til å sette opp lavere nattbemanning, idet vedtaket i sin natur er individualisert og knyttet til den enkeltstående pasientens behandlingsutvikling. Man er redd for at lovverket kan bli misbrukt på en måte der resultatet er lavere bemanning. Skjer det noe bak låste dører er personalet nødt til å intervensere (med lav bemanning) og man har kanskje en uhåndterbar situasjon.

Vi savner en utvidet drøfting av dagens forståelse av regional sikkerhetspsykiatri. Andre nordeuropeiske land (England og Sverige) har en fagdifferensiering mellom *regional sikkerhetsutredning* for pasienter med psykiske lidelser og *nasjonal sikkerhetsrehabilitering* (Maximum security departments) for pasienter med vedvarende lavt funksjonsnivå, høy psykotisk symptombelastning og samtidig høygradig risiko impulsdrevet utagering. I Ashworth, Manchester vektlegges langsiktig trening med kognitiv relasjonsbyggende terapi for disse pasientene.

Før en slik lovbestemt adgang til nattelåsing av pasientrom kan benyttes, må det i alle regionale sikkerhetsavdelinger i Norge gjøres helt nødvendige bygningsmessige endringer og tilpasninger. Da videoovervåking av pasientrom ikke er tillatt, må den sikringsmotiverte overvåkingen av pasient på nattelåst pasientrom ivaretas ved at samtlige pasientrom bør få inspeksjonsvindu/-luke. I tillegg må det installeres "intercom"-anlegg som sikrer alle pasienter umiddelbar adgang til talekontakt med personalet i låsningstiden. Etter en uforbindtlig anbudsinnhenting ved vår regionale sikkerhetsavdeling er de mekaniske ombygninger/endringer for ett enkeltstående rom prissatt til kr 120.000 uten merverdiavgift. I tillegg kommer intercom-anlegg for lydutveksling.

Endringsforslag i eksisterende §5-6a: Om opplysninger til påtalemyndigheten og retten

Vi støtter forslaget om at lovbestemt taushetsplikt kan måtte vike når formålet er å bistå påtalemyndigheten under dens vurdering av eventuelt behov for å nedlegge besøksforbud for pasienten, overfor enkeltperson eller offentlig/privat institusjon eller tiltak, på samme måte som i dag gjelder ved eventuelt spørsmål om opprettholdelse av TPH i medhold av strl. § 39.

Vi finner imidlertid at måten dette kan eller bør gjøres på i hovedsak vil måtte påvirkes av de hensyn avdelingen vektlegger i lovendringsforslaget om ny § 5-6 c, Varsel til fornærmede og etterlatte (se under).

Ny §5-6c: Om varsel til fornærmede og etterlatte

Vi støtter, med klare begrensninger, HODs lovendringsforslag på dette området og ser at dette er krav som under det seneste decennium er vokst frem i den offentlige opinion, og som allerede er gitt medhold gjennom straffeprosessloven, så langt gjelder personer som er straffedømt etter alvorlig voldsforbrytelse.

Begrensningen i støtten til lovendringsforslaget skyldes at en behandlingsavdeling med ansvar for domfelte etter strl § 39 vil ha svært komplekse og ulike relasjoner til de personer som under/etter den domfeltes forbrytelse er fornærmet, eller den fornærmedes etterlatte eller pårørende.

Noen av de berørte kan være i pasientens nære familie. De kan selv være rammet eller traumatisert av pasienten gjennom lang tid forut for den voldshandlingen som ledet til "behandlingsdommen", men kan likevel være i stand til å ønske å gjøre noe for sin nære pårørende (pasienten), for eksempel gjennom deltakelse i pårørendesamtaler eller annen type involvert oppfølging.

I andre sammenhenger vil en behandlingsavdeling måtte markere tydelige grenser overfor fornærmede/pårørende/etterlatte, ved at utvikling av en fungerende behandlingsallianse vil kunne forutsette en type "nøytralitet" som domfelte/pasienten må ha rett til å være med å definere.

Vi ønsker derfor å presisere at de hensyn som her er omtalt gjør det nødvendig at all informasjon til fornærmede/pårørende/etterlatte om de vedtak som fattes under phvl § 5-4, om eventuell beslutning om å la særreaksjonen opphøre, om rømninger og andre vilkårsbrudd o.a., *gis kun til* påtalemyndigheten direkte. Det er således bare påtalemyndigheten som skal orientere seg overfor de fornærmede/pårørende/etterlatte om hvilket behov og hvilken rettighet disse har for eller til å motta slik informasjon som lovendringsforslaget omtaler. Det er m.a.o. også påtalemyndigheten som i sin direkte kontakt med fornærmede/pårørende/etterlatte skal avgjøre om "det er av betydning" (jfr foreslått lovtekst) for dem å motta slik informasjon, og om de derved også er berettiget.

Marit Bjartveit

Marit Bjartveit
Klinikkleder