

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 11/4417

Dato: 15.12.2011

Hørings sak: NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Det vises til departementets høringsbrev av 25. august d.å. med oversendelse av NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.

Høringsdokumentet har vært sendt på høring til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen, og kommentarer fra disse er lagt til grunn ved utarbeidelsen av denne høringsuttalelsen, som også er behandlet av foreningens sentralstyre. Det bemerkes særskilt at Norsk Psykiatrisk Forening, som er oppført som en selvstendig høringsinstans på departementets liste, også har avgitt høringsuttalelse til Legeforeningen.

Generelle merknader

Høringsdokumentet og det tilhørende lovforslaget berører mange sentrale etiske, rettssikkerhetsmessige og helsemessige aspekter, og reiser vanskelige problemstillinger.

Paulsrudutvalget har i NOU 2011:9 foretatt en grundig gjennomgang av en del sentrale begreper og situasjoner der bruk av tvang må overveies. Legeforeningen anerkjenner at det er tatt initiativ for å redusere unødig tvang, bedre pasientenes rettssikkerhet og oppnå større likhet i praktisering av psykisk helsevernlov. Legeforeningen støtter noen av de forslagene som er fremsatt.

Legeforeningen har innvendinger til en del av forslagene. Legeforeningen mener at noen av tiltakene kan medføre at pasienter får behandling på et senere tidspunkt enn under det gjeldende regelverk. Dette kan medføre vesentlig forverring av sykdomsbildet og dårligere behandlingsutsikter.

Når det gjelder utvalgets forslag om at det ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsfare skal være adgang til tvungen observasjon i inntil tre dager (jf. Lovutkastet § 4-1 tredje ledd) så mener Legeforeningen dette bør utredes nærmere for å unngå at å åpne for bruk av tvang i forhold til personer uten alvorlig psykisk lidelse (alvorlig sinnslidelse), og som har beslutningskompetansen i behold, uten tilstrekkelig nytte. Utdypende kommentarer til dette lovforslaget er gitt nedenfor.

Legeforeningen anser også at enkelte av utvalgets forslag innebærer for vanskelig praktiserbare lovregler for helsetjenesten.

Legeforeningen ber departementet utrede nærmere oppfølgingen av barn og unge, rus og psykiatri, og medpasienter - og ansattes rettssikkerhet innen psykisk helsevern, sett hen til lovgivningen.

Det foreliggende forslaget innebærer at Norge fortsatt skal ha en særlov for psykiatri. Legeforeningen vil vise til at pasientrettighetsloven og helsepersonelloven også gjelder denne delen av helsetjenesten, noe mange ikke er klar over. Egen psykiatrilovgivning gir imidlertid et grunnlag for særskilte klagemuligheter knyttet til tvangsbruk, noe som styrker mulighetene for ivaretagelse av rettssikkerhet.

Legeforeningen ønsker å vise til de utfordringene som skapes med for hyppige revisjoner av lov om psykisk helsevern fordi det tar tid å implementere nye ordninger i praksis. Det er nødvendig av hensyn til ivaretagelse av rettssikkerheten at de som jobber med dette området virkelig kjenner regelverket. Legeforeningen mener det før ny lovrevisjoner bør foreligge tid til opplæring av fagpersonell, etablering av sentraliserte maler for vedtak m.v., og at det foreligger rutiner for pålitelig registrering og overvåkning av tvangsbruk - før loven trer i kraft.

Legeforeningen vil i sin høringsuttalelse kommentere en del av de lovendringsforslag som er fremsatt, og også ta opp enkelte temaer som ikke er berørt i utredningen.

Styrking av pasientens selvbestemmelse i psykisk helsevern

Innføring av begrepet "beslutningskompetanse" til erstatning for "samtykkekompetanse"

Begrepet "samtykkekompetanse" er foreslått erstattet med "beslutningskompetanse", og beskrivelsen i lovendringsforslaget i pasientrettighetsloven § 4-3 samsvarer med forståelsen av begrepet samtykkekompetanse. Begrunnelsen for endringsforslaget er at beslutningskompetanse skal være bedre dekkende for det forhold at pasienten ikke bare kan beslutte å ta mot helsehjelpen som tilbys, men også nekte å ta imot.

Samtykke og samtykkekompetanse må som hovedregel foreligge som grunnlag for helsehjelp, etter en informasjons- og refleksjonsprosess på samme måte som foreslås i forbindelse med beslutningskompetanse jf. lovendringsforslaget i pasientrettighetsloven § 4-3. Legeforeningen kan ikke se at begrepet "beslutningskompetanse" i seg selv tilfører noe nytt som ikke er dekket av dagens lovgivning. Navnendringen virker derfor unødvendig og kan forvirre.

Legeforeningen slutter seg ellers til det syn at samtykkekompetanse eller beslutningskompetanse er sentrale krav for å ivareta pasienters integritet og selvbestemmelsesrett.

Innføring av "beslutningskompetanse" som vilkår for tvungent psykisk helsevern

For å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett anbefaler utvalgets flertall å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern. Tvungent vern skal etter forslaget bare kunne gjennomføres dersom pasienten mangler beslutningskompetanse (jf. lovutkastet § 4-2 første ledd nr. 3 og § 5-4 første ledd nr. 1). Beslutningskompetanse gjøres med dette til et vilkår for tvungent psykisk helsevern, og endrer dagens rettstilstand. Dette etablerer en rett for personer som har beslutningskompetansen intakt til å nekte å ta imot tilbud fra psykisk

helsevern, selv om de har en alvorlig psykisk lidelse og vurderes å være i behov for behandling.

Legeforeningen er skeptisk til innføringen av manglende beslutningskompetanse som et formalisert vilkår for etablering av tvungent helsevern.

Det er vanskelig å forutse hvordan krav om beslutningskompetanse vil påvirke tvangsbruk i praksis. Muligheten for at forslaget vil føre til økt bruk av tvang er absolutt til stede. Beslutningskompetanse kan vise seg å svinge i løpet av et døgn, og ikke minst i akutte situasjoner kan forbigående og situasjonsutløst svekkelse av beslutningskompetansen kunne føre til uønsket etablering av tvang.

Legeforeningen vil her understreke at når det kommer til praktisk lovanvendelse i en klinisk hverdag så er det viktig å være oppmerksom på det aspektet at beslutningskompetanse hos den enkelte pasient ikke er konstant. Beslutningskompetansen vil kunne være intakt i forhold til enkle problemstillinger, men kan samtidig være sviktende når det gjelder mer omfattende og sammensatte spørsmål som krever abstraksjonsnivå og evne til å se sammenhenger. Også situasjonsavhengige forhold vil påvirke beslutningskompetanse. Dessuten vil pasientenes kliniske tilstand gjerne endre seg under et behandlingsforløp, slik at beslutningskompetanse vil kunne bedres eller forverres. Ikke sjelden fluktuerer tilstanden, og derved beslutningskompetansen, fra dag til dag.

Legeforeningen ser at det på den annen side kan tenkes at en forsiktig, snever fortolkning av begrepet beslutningskompetanse vil føre til at en del pasienter, særlig ved psykosesykdom under utvikling, vil bli innlagt senere enn under nåværende regelverk. Man kan tenke seg at sykdom må utvikle seg i alvorlig grad og at funksjonsnivået må falle betydelig før tvang kan anvendes.

Hvis utfallet av den foreslåtte lovendringen blir at færre psykotiske personer, og særlig ”nye syke”, blir tatt imot til tvungent psykisk helsevern, kan konsekvensen bli alvorlig for pasientene og deres pårørende. Langvarige, ubehandlede psykoser kan føre til helseskade på kort og lang sikt. Foruten å gi dårligere behandlingsutsikter så vil sen/ forsinket behandling også kunne medføre økt forekomst av alvorlig vold og alvorlig suicidaladferd. Det vil bli vanskelig for pårørende og etisk problematisk for helsepersonell å ikke kunne hjelpe psykotiske mennesker, mens de venter på at pasienten mister sin beslutningskompetanse eller opptrer truende eller voldelig, slik at de endelig kan tas hånd om på forsvarlig vis. Legeforeningen vil også bemerke at fordi vurdering av beslutningskompetanse fortsatt vil være basert på skjønn, så er det ikke gitt at lovforslaget vil løse problemet med geografiske ulikheter.

Legeforeningen vil også peke på det problem som oppstår når en pasient med manglende beslutningskompetanse er i bedring og man skal ta stilling til om beslutningskompetansen er gjenvunnet, slik at tvang skal oppheves. Dette er ikke diskutert inngående i utredningen, men temaet vil bli påtrengende for helsepersonell som skal forvalte tvang. Dette gjelder særlig der hvor beslutningskompetanse er fluktuerende og hvor pasienter er kjennetegnet av beslutningsambivalens.

Beslutningskompetanse skal altså vurderes av helsepersonell under dialog med pasienten, og eventuelt pårørende, om sykdom og behandlingsmuligheter, og deretter lede fram til en beslutning om helsehjelp. Å avklare beslutningskompetanse er noen ganger en kort og enkel prosess, både ved ukompliserte medisinske tilstander hos psykisk friske og også ved meget

alvorlig sykdom hvor fraværet av beslutningskompetanse kan være åpenbart. Men når sykdomstilstanden og helsetilbudet er mer komplisert og pasientens forståelsesmuligheter varierer, blir vurderingen en komplisert og langvarig prosess.

Vurdering vil kunne måtte foregå under flere samtaler og over flere dager med innhenting av delinformasjon og hvor det fattes delbeslutninger underveis. Ikke minst når pasienten har problemer med resonnering og oppfattelse av informasjon, kan prosessen være tidkrevende, og det vil være viktig at man ikke konkluderer for tidlig med fravær av beslutningskompetanse. I tillegg vil en del pasienter på grunn av sin tilstand være ambivalente og ha problemer med å ta valg, selv om de isolert sett forstår de relevante problemstillinger. Legeforeningen vil derfor understreke at utøvelse av klinisk skjønn derfor i mange sammenhenger vil kunne være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn det de aktuelle forslag synes å forutsette.

Krav om "antatt samtykke"

Utvalgets flertall anbefaler også at det innføres et krav om "antatt samtykke" når bakgrunnen for det tvungne vernet er pasientens behov for behandling, jf. lovutkastet § 4-2 nr. 9. Det skal gjøres en konkret vurdering av hva pasienten ville ha ment om helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse. Vurderingen kan bygge på tidligere uttrykte holdninger fra pasienten, for eksempel fra forhåndserklæringer, individuell plan, pasientens journal eller pasientens pårørende.

"Antatt samtykke" har klare likhetstrekk med presumert samtykke, men er i liten grad benyttet i psykisk helsevern. Legeforeningen mener det i denne forbindelse er viktig med større klargjøring av hvordan helsepersonell innen psykisk helsevern kan klare å ta stilling til de vurderingskriterier det legges opp til i lovutkastet § 4-2 nr. 9 og § 5-4 nr. 9, for eksempel i en akutt situasjon.

Legeforeningen vil understreke at det å ta stilling til antatt samtykke og forhåndserklæringer kan kreve kunnskap om personen og tilgang på bakgrunnsinformasjon om de forhold som førte til beslutningen, men mindre det er mer allmenngyldige forhold som kan legges til grunn. Det må antas at det er allmenngyldige forhold som må legges til grunn ved akutte situasjoner når man står overfor pasienter som er ukjente i behandlingsapparatet. Det samme gjelder hos unge pasienter som ikke kan forventes å ha reflektert over de aktuelle problemstillinger. Dersom lovgiver legger til grunn at det må innhentes informasjon, så kan dette ha betydning for ressursbruk og dreining fra arbeid med klinisk pasientrettet arbeid mot dokumentasjonsarbeid, noe Legeforeningen anser som uheldig.

Vilkår for tvungent psykisk helsevern

Hovedvilkåret for tvungent psykisk helsevern: "Alvorlig sinnslidelse" foreslås endret til "alvorlig psykisk lidelse"

Lovutvalget anbefaler å beholde hovedvilkåret om at pasienten må ha en "alvorlig sinnslidelse" for at det skal kunne etableres tvungent psykisk helsevern. Begrepet "alvorlig sinnslidelse" foreslås erstattet med det mer tidsmessige begrepet "alvorlig psykisk lidelse", uten at dette er ment å skulle endre begrepets innhold.

Legeforeningen støtter at man beholder hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern. Legeforeningen vil imidlertid bemerke at man her foreslår å erstatte et godt

innarbeidet juridisk begrep med et nytt begrep som antas å være mindre støtende. Etter Legeforeningens vurdering så vil en slik endring kunne danne grunnlag for en uklar forståelse ved at en innarbeidet og snevert definert benevnelse erstattes med en mer upresis medisinsk benevnelse, noe som kan føre til at hjemmelsgrunnlaget for tvang oppleves som utvidet. Fra det psykiatriske fagmiljøet har Legeforeningen også blitt gjort oppmerksom på at det utilsiktet vil kunne skje en sammenblanding med den svenske betegnelsen ”allvarlig psykisk störning”, som har et annet begrepsinnhold enn ”alvorlig sinnslidelse”.

Legeforeningen vil på denne bakgrunn anbefale at man beholder den nåværende betegnelsen ”alvorlig sinnslidelse”.

Farevilkåret: Ny § 4-3 – ”fare for andre”

Utvalget foreslår å videreføre dagens adgang til tvungent psykisk helsevern når pasienten utgjør en fare for andre, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Utvalget har foreslått å regulere bruk av tvang ved fare for andre i en egen bestemmelse i lovutkastet § 4-3.

Det er påpekt av utvalget at det ikke er meningen at de foreslåtte endringer skal medføre en realitetsforskjell, sammenlignet med gjeldende rett. Den foreslåtte lovtekst kan etter Legeforeningens oppfatning forstås annerledes, jf. siste punktum: ”I vurderingen av om tiltaket er forholdsmessig skal det legges vekt på graden av motstand og særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for pasienten.”

Det er lett å tenke seg at det nettopp hos de mest voldelige psykotiske pasienter vil foreligge minst forståelse for nødvendigheten av tvang og dermed mest motstand, og at disse pasientene vil påberope seg størst grad av subjektiv opplevd belastning. Legeforeningen kan ikke se at pårørendes og samfunnets behov for beskyttelse er tilstrekkelig utredet. Det foreslås at setningen i § 4-3 siste punktum sløyfes og at intensjonen dekkes gjennom den generelle passusen om krav til forholdsmessighet i § 4-3 (”og etablering av slikt vern er nødvendig og forholdsmessig”).

Legeforeningen støtter ellers at hovedkriteriet ”alvorlig psykisk lidelse” fortsatt skal gjelde for vedtak om tvungent psykisk helsevern på grunnlag av fare for andre.

Selvmondsfare – Tvungen observasjon i inntil tre dager

Utvalget har foreslått at det skal være adgang til bruk av tvungen observasjon i inntil tre dager ved alvorlig selvmondsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmondsfare, jf. lovutkastet § 4-1 tredje ledd. Utvalget ønsker å gjøre unntak fra hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse og kravene om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke. Dette forslaget åpner for tvungen observasjon av bl.a. personer med dyp depresjon, personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse og personer i akutte livskriser. Begrunnelsen for forslaget er at retten til liv vurderes som et rettssikkerhetsgode som må tillegges høyere vekt enn retten til selvbestemmelse.

Etter Legeforeningens syn vil dette forslaget kunne medføre økt bruk av tvungent psykisk helsevern fremfor å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang, og forslaget står i så måte i kontrast til siktemålet med utredningen og lovforslagene for øvrig.

Hensikten med tvungen observasjon er å raskest mulig finne ut om vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 i dagens psykisk helsevernlov er til stede. Legeforeningen mener spørsmålet må utredes nærmere før det åpnes for bruk av tvang uten at hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse er til stede (ref dagens lovkrav om at dette er ”overveiende sannsynlig”), kombinert med at man gjør unntak fra kravene om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke.

Forslaget etterlater også uklarhet, jf. kommentarene i bl.a. kapittel 14.3.4 hvor utvalget drøfter innleggelse ved suicidalfare opp mot pasientrettighetsloven § 4-9 om en døende pasients rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Etter Legeforeningens syn er det relevant å forfølge spørsmålet om tilbakeholdelse/ observasjon i situasjonen ved akutt suicidalfare hos en person uten alvorlig psykisk lidelse/ alvorlig sinnslidelse (og hvor det gjøres unntak fra kravene om manglende beslutningskompetanse og antatt samtykke) etter helsepersonelloven § 7.

Legeforeningen anser at forslaget har symptom som mål fremfor grunnlidelse. For å redusere antall gjennomførte selvmord er hovedmålet tradisjonelt å behandle grunnlidelsen som forårsaker symptomet (selvskadelig atferd / selvmordsforsøk). Lovverket bør stå i sammenheng med og understøtte god behandling av lidelse fremfor å undergrave og trekke fokus mot symptom.

I gruppen av personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse vil dette lovforslaget kunne være problematisk i forhold til internasjonale og nasjonale retningslinjer for god behandling. Det er viktig i forhold til grunnlidelsen å verne om og styrke personlig autonomi og selvbestemmelse.

Ansvarliggjøring og hjelp til å ta ansvar over eget liv og handlinger er sentralt for å kunne komme i behandlingsposisjon i forhold til denne gruppen. Bruk av tvang i disse situasjoner vil være total motsetning der man fratrar pasienten autonomi og fratrar dem deres beslutningskompetanse. Personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse kan ha kompetanse til å ta beslutning og denne er det viktig å ikke undergrave. Ett av hovedproblemene med denne pasientgruppen er at siden grunnlidelsen er av langvarig karakter og suicidale tanker og handlinger er et symptom som ledd i grunnlidelsen, vil man måtte over lang tid (år) leve med en økt risiko for suicid. En andel av denne pasientgruppen begår selvmord enten tilsiktet eller utilsiktet på grunn av deres selvskadelige og risikosøkende atferd. Dette er sterkt beklagelig. Innføring av mulighet for bruk av tvang i forhold til denne pasientgruppen vil medføre at flere spesialister vil ha problemer med å ikke ta imot denne gruppen på tvang.

Legeforeningen ser at det foreliggende forslag har en god etisk og klinisk begrunnelse, men er redd for at man ved å åpne for bruk av tvang i forhold til personer uten alvorlig psykisk lidelse (alvorlig sinnslidelse) og som har beslutningskompetansen i behold bidrar til økt feilbehandling, økende grad av unødvendig bruk av tvang og senker rettssikkerheten for de pasientgruppene dette gjelder.

Legeforeningen ber om at helsemyndighetene for situasjonen ved akutt suicidalfare eventuelt isteden vurderer adgang til tvangsinnleggelse av pasienter uten alvorlig psykisk lidelse (alvorlig sinnslidelse) som har beslutningskompetansen intakt. Bestemmelsen må da gjøres tilstrekkelig snever (overhengende og livstruende krisesituasjoner) for å unngå overforbruk av tvang.

Tvungent psykisk helsevern til eldre med aldersdemens

Utvalgets flertall anbefaler i § 4-7 fjerde ledd i lovutkastet en utvidelse av ordningen med tvungen vern uten døgnopphold slik at mennesker med aldersdemens skal kunne behandles med tvang for sine psykiske lidelser i kommunale sykehjem eller boformer med heldøgns omsorg og pleie.

Legeforeningen vil her først bemerke at eldre demente er en pasientgruppe som tåler dårlig å bli tatt ut fra sine daglige omgivelser, noe som gjør at man ofte venter i det lengste med å behandle disse pasientene for psykiske lidelser. Legeforeningen anser derfor at intensjonen med forslaget om at også undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos aldersdemente skal kunne skje med tvang i kommunale sykehjem (eller boform med boformer for heldøgns omsorg og pleie) er god.

Legeforeningen anser imidlertid at lovforslaget betinger en betydelig styrking av medisinsk og annen kompetanse i sykehjemmene enn hva vi har i dag. Regelverket i den daglige pleie vil måtte håndteres av kommunehelsetjenesten (for eksempel tilbakeholdelse i institusjon). Korrekt praktisering av et komplisert lovverk vil forutsette grundig opplæring og praksis, og dette kan ikke uten videre forventes utenfor psykiatrien. Legeforeningen anser ikke at utredningen tar høyde for disse forhold i sin vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser. Forutsatt at man får på plass en tilstrekkelig og kompetent bemanning, og hensyntar de økonomiske løft dette vil innebære, så anser Legeforeningen at forslaget om tvungen psykisk helsevern på sykehjem til eldre med aldersdemens vil kunne bidra til en mer verdig eldreomsorg.

Styrking av prosessuelle rettigheter ved etablering av tvungen psykisk helsevern

Krav om vedtak for alle legeundersøkelser som gjennomføres med henblikk på tvungen psykisk helsevern

Pr i dag følger det av lov om psykisk helsevern § 3-1 annet ledd at kommunelegen kan vedta tvungen legeundersøkelse dersom pasienten "unndrar seg" en legeundersøkelse med sikte på å avgjøre om vilkårene for tvungen psykisk helsevern er tilstede.

Utvalget har gjennom kontakt med flere Fylkeslegekontorer brakt i erfaring det fattes for få vedtak om tvungen legeundersøkelse og at det i for liten grad klages over de få vedtakene som fattes. Dette oppfattes slik at vilkåret "unndrar seg" i en del tilfeller omgås ved utilbørlig press eller trusler om tvang og at mange pasienter undersøkes og legges inn under tvang uten at vedtak om tvungen legeundersøkelse er gjort.

Det er i utkastet til § 3-1 annet ledd i lov om psykisk helsevern på denne bakgrunn foreslått at det skal stilles krav om vedtak for alle legeundersøkelser som gjennomføres med henblikk på tvungen psykisk helsevern, uavhengig av om pasienten unndrar seg slik undersøkelse eller ikke. Vedtak skal fattes av kommunelegen, jf. § 3-1 tredje ledd.

Legeforeningen oppfatter dette forslaget som et forsøk på å styrke den rettssikkerheten pasientene tapte ved fjerning av tutorinstituttet for noen år tilbake. Lovforslaget vil imidlertid innebære en betydelig økt byråkratisering som Legeforeningen anser som svært uheldig.

Forslaget vil blant annet medføre et betydelig merarbeid for blant annet kommuneoverlegene. Det følger dessuten allerede av helsepersonelloven § 4 at legen skal involvere annet helsepersonell dersom det er nødvendig for forsvarlig behandling.

Forslaget er særlig uhensiktsmessig og forsinkende i tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten under oppfølging av kjente pasienter blir oppmerksom på alvorlige tilbakefall som aktualiserer tvangsinnleggelse. At en kommuneoverlege som ofte ikke vil kjenne pasienten skal mobiliseres for å fatte vedtak synes unødvendig og kan ikke anses å bedre pasientens rettssikkerhet.

Selv om utvalget mener at tiltak må gjøres for å allokere flere innleggelse i psykisk helsevern til fastleger på dagtid i stedet for en for stor andel på legevakt som i dag, så vil dette bety en betydelig økt arbeidsmengde for kommuneoverlegene både på dagtid ukedager, kveld, natt og helg. Etter Legeforeningens syn så er disse utfordringene bagatellisert i kapittel 14.9.2 og ikke engang nevnt i kap. 17 om administrative og økonomiske konsekvenser.

Den delegasjonsmuligheten som det er referert til i kapittel 14.9.2 er knapt eksisterende noe sted, og vil uansett ikke løse behovet for slike vedtak utenom normal arbeidstid. Delegering til legevaktslegen er i praksis ensbetydende med å stille vedkommende inhabil i forhold til å gjennomføre selve innleggelsen. Innføring av et slikt rettssikkerhetstiltak uten etablering av en samfunnsmedisinsk beredskapsordning i kommunene er etter Legeforeningens syn en umulighet. Det vil være nødvendig at det er kompetanse og rutiner på legevakt til å vurdere pasienter for tvangsinnleggelse. Legeforeningen forutsetter at det blir lagt inn nødvendig økonomi slik at fastleger og legevaktsleger kan løse oppgaven på en grundig og forsvarlig måte.

Når det gjelder målsetningen om å redusere antall tvangsinnleggelse fra legevakt, og heller få flere tvangsinnleggelse over til fastlegene på dagtid, så vil Legeforeningen understreke at situasjoner som oppstår kveld og natt ofte må håndteres raskt og ikke kan utsettes til neste virkedag. Det vil derfor knytte seg ikke ubetydelige utfordringer også i forhold til dette aspektet.

Den faglig ansvarliges plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Utvalget har foreslått at den faglig ansvarlige skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. § 4-5 i lovutkastet.

Kravet om at vedtak treffes etter samråd med annet helsepersonell kan ikke anses nødvendig da dette er eksisterende praksis ved de fleste behandlingssteder, men Legeforeningen mener det ikke bør formaliseres som et eget saksbehandlingskrav. Det vises her både til at det bidrar til økt byråkratisering og til at den faglige ansvarliges behov og eventuelle plikt til å rådføre seg med annet helsepersonell ivaretas gjennom forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Klage på vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Forslaget om ny § 4-6 innebærer rett til å påklage en avgjørelse om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Kravet om fornyet vurdering av annet vedtakskompetent helsepersonell innen 24 timer innebærer imidlertid at institusjonene må ha dobbelt bakvakt i helger og høytider for å kunne utføre ny vurdering innen fristen. Dette framstår som tvilsom bruk av helsevesenets ressurser. Det burde være tilstrekkelig at ny vurdering skjer første virkedag etter at klage er framsatt, og Legeforeningen anmoder om at forslaget endres i tråd med dette.

Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern

Behandling uten eget samtykke, herunder tvangsmedisinering

Utvalget peker på at tvangsbehandling, særlig behandling med legemidler, er et alvorlig inngrep for pasienten. Til tross for den brede og begrunnede kritikken av langtidseffekten av antipsykotika har lovutvalgets flertall kommet til at det fortsatt bør være adgang til å behandle pasienter uten deres samtykke, herunder behandling med medikamenter, jf. § 5-4 i lovutkastet, under henvisning til at legemidler tross alt er den best dokumenterte og etterprøvde behandlingsmetoden for de alvorligste psykiske lidelsene.

Legeforeningen mener det kan være grunnlag for å utrede nærmere behovet for tvangsmedisinering, i særlig grad overfor unge mennesker sett hen til andre alternative behandlingsregimer. Særlig med henbikk på de alvorlige konsekvenser denne behandlingsformen kan gi. Legeforeningen finner grunn til å understreke at ikke-farmakologiske behandlingsformer er vesentlige i god psykosebehandling og ikke minst når det gjelder forebygging av tilbakefall.

Vi vil spesielt peke på fire forhold:

- Kontinuitet i behandlingen: Skifte av behandler og behandlingsmiljø representerer risiko for at pasienter faller ut av behandling. Derved risikerer man psykotiske tilbakefall som i mange tilfeller kan utløse tvangsbruk. Dessverre er det slik at moderne pasientlogistikk i liten grad tilgodeser behovet for kontinuitet.
- Behandlingsapparatets døgnkapasitet: Nedbygging av psykiatriske døgnplasser har ført til økende press på gjenværende plasser. Pasienter skrives raskt ut, og det er høy terskel for å ta inn pasienter. Bare de sykeste prioriteres. Det kan bety at pasienter som utvikler psykosesykdom eller gjennomgår forverring av slik sykdom, må vente til symptomene har blitt sterke før de tilgodeses med døgnplass. Økte psykotiske symptomer betyr i neste omgang økt risiko for tvangsbruk. Resultater ved institusjoner som har praktisert lav terskel for å ta inn pasienter, bl.a. ”brukerstyrte plasser”, tyder på at god kapasitet og tilgjengelighet reduserer risiko for tilbakefall.
- Bygningsmessig kvalitet: Fysisk utforming av døgninstitusjoner som behandler psykoselidelser er vesentlig for unngåelse av tvang. Når nye, nøyre planlagte, funksjonelle og romslige lokaler erstatter trange lokaler, reduseres forekomst av psykotisk uro og tvangsbruk. Dette er erfart flere steder i landet, bl.a. i Telemark og Vestfold.
- Sosialpsykiatriske behandlingstiltak: Bolig, økonomisk bistand og arbeid/aktivitetstilbud er avgjørende for oppnåelse av stabilitet over tid.

Forøvring deler Legeforeningen utvalgets syn på at behandling med farmakologiske midler kan god effekt for enkelte pasienter, herunder at vedlikeholdsbehandling kan virke forebyggende mot tilbakefall og at tidlig behandling kan gi bedre prognose og redusert risiko for kognitiv svikt, og at dette er en viktig premis for tenkning omkring moderne psykosebehandling.

Ifølge utvalgets forslag vil kravet om fravær av beslutningskompetanse og antatt samtykke også gjelde for vedtak om tvangsbehandling for pasienter som er underlagt tvungent vern på

behandlingsvilkåret, jf. lovutkastet § 5-4 første ledd nr. 1 og 9. Kravet om antatt samtykke i § 5-4 første ledd nr. 9 vil innebære at en rekke pasienter som aldri oppnår sykdomsinnsikt og som i dag tvangsbehandles, ikke vil kunne behandles i framtiden før sykdommen eventuelt forverres i slik grad at fare oppstår. Dette er uheldig for pasienter som kan lide av psykose over lengre tid og uten å få behandling.

Utvalget foreslår å skjerpe kravene til vedtak om tvangsbehandling ved at det også stilles krav om at faglig ansvarlig skal konferere med annet kvalifisert helsepersonell før slike vedtak treffes, jf. lovutkastet § 5-5 første ledd. Legeforeningen viser her til de kommentarer som er fremsatt i høringsuttalelsen i relasjon til § 4-5 i lovutkastet (om den faglig ansvarliges plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern) om behovet for å nærmere avgrenset hvilke krav som skal stilles til annet helsepersonells kompetanse og spørsmål om habilitet.

Kontroll- og overprøvningsordninger

Spørsmålet om endringer av eksisterende kontroll- og overprøvningsordninger bør belyses nærmere. Legeforeningen slutter seg til de mål lovutvalget har satt for denne kontrollinstansen. Ensartet praksis ihht loven er nødvendig for å kunne anslå at loven virker etter sin hensikt.

Legeforeningen støtter at riktige vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven lettere kan oppnås ved færre antall organer og mer geografisk likhet. Men vil også vektlegge at den pasientnære velferdskontrollen som viktig for rettssikkerheten. Legeforeningen deler den oppfatning at det er utfordringer med store variasjoner.

NOU 2011:9 og forholdet til barn og unge i psykisk helsevern

NOU 2011/9 omtaler i liten grad forhold knyttet til barn og unge under 18 år i psykisk helsevern. I utredningens kapittel 1 er det kommentert at: ”utvalget har manglet særskilt kompetanse når det gjelder barn og unge, og har derfor ikke kunnet gå inn i spørsmål knyttet til disse gruppene i særlig grad”. Det er videre spesifisert noen aktuelle problemstillinger som ikke er vurdert nærmere:

- forholdet mellom foreldresamtykke og tvang overfor barn og unge under 16 år.
- rettssikkerhet ved poliklinisk behandling.
- krav til døgnenheter som behandler unge mellom 12 og 16 mot deres vilje.
- rettssikkerheten ved anvendelse av bestemmelsene i barnevernloven som gir hjemmel for tvang rettet inn mot regulering av atferd.

Legeforeningen anser det som uheldig at de spesielle forholdene rundt barn/unge ikke er vurdert grundig i en offentlig utredning som foreslår endret lovgiving knyttet til tvang i psykisk helsevern. Lovendringsforslaget vil gjelde ungdom mellom 16 og 18 år. Denne gruppen er i en mellomstilling, og burde vært utredet nærmere både i forhold til beslutningsansvar og i forhold til enkelte behandlingstiltak.

Krav til ”antatt samtykke” vil være vanskeligere å praktisere overfor ungdom på 16-17 uten tidligere kontakt med helsetjenesten eller erfaringer/ utsagn. Forslaget om ”antatt samtykke” fremstår, etter Legeforeningens syn, som vanskelig gjennomførbart i forhold til de yngre pasientgruppene.

Fastholding er det vanligste tvangsmiddel i BUP-psykiatrien. Det konstateres at utvalget ikke har vurdert dette spesifikt, ut over at dagens strenge krav til regulering videreføres. I BUP-psykiatrien er det glidende overganger til grensesetting når man går ned i aldergruppene spesielt. Dette er et område som, etter Legeforeningens syn, trenger faglig og juridisk utredning.

Rus og psykiatri

Feltet rus og psykiatri bør utredes nærmere. Det er av stor betydning å få utredet i hvilken grad samtidig alvorlig rusmisbruk og alvorlig psykisk sykdom berettiger nye tiltak som loven bør omhandle. Ved en lovending er det blant annet behov for en gjennomgang av temaer knyttet til rus og psykiatri som blodprøver og andre prøver for rusmidler og grundige somatiske undersøkelser.

Medpasienter og ansattes rettssikkerhet innen psykisk helsevern

Medpasienters og ansattes rettssikkerhet bør utredes nærmere. Medpasienter og ansatte innen psykisk helsevern utsettes i stor utstrekning for vold og trakassering og det finnes kun få tiltak for vern etter gjeldende lovgivning. Legeforeningen ser behov for en vurdering av spørsmålet om utvidede rettigheter for medpasienter og ansatte innen psykisk helsevern med henblikk på vern. Legeforeningen ser at denne problematikken faller i grenseland mellom arbeidsmiljølovgivningen og lov om psykisk helsevern, men vil oppfordre myndighetene til å foreta en vurdering av de spørsmålene som her reises.

I forlengelsen av dette ønsker vi også å nevne episoden som fant sted på psykiatrisk institusjon i Oslo i høst hvor en pasient hadde brakt en kniv inn på avdelingen og drepte en medpasient. Kun rutinemessig ransaking ville kunne avdekket dette. Legeforeningen ser også behov for vurdering av spørsmålet om adgang til ransaking av selvskadende og aggressive pasienter som kommer inn på avdeling.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring
Direktør

Saksbehandler: Elisabeth Huitfeldt