



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER

Sosial- og helseavdelingen

Helse - og omsorgsdepartementet
PB 8011 DEP

0030 OSLO

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
Sak nr. 2011/4170 / DLL

Dato
06.02.2012

HØRINGSUTTALELSE - NOU 2011:9 ØKT SELVBESTEMMELSE OG RETTSSIKKERHET - BALANSEGANGEN MELLOM SELVBESTEMMELSE RETT OG OMSORGSANSVAR I PSYKISK HELSEVERN

Fylkesmannen i Aust-Agder viser til brev av 25.08.11 hvor vi blir bedt om å komme med innspill til NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Nedenfor følger våre kommentarer til enkelte punkter.

Fylkesmannen mener det vil være viktig med en kompetansebasert modell. Dette styrker rettssikkerheten, spesielt for de som har delvis samtykkekompetanse, dvs. de som i perioder vil være samtykkekompetente. Videre er vi av den oppfatning at modellen bidrar til å styrke pasientens medvirkningsrett og gi den enkelte pasient økt verdighet inn i behandlingen.

Vi er enige i at begrepet "beslutningskompetanse" er et bedre dekkende begrep da det innebærer evnen til både å akseptere og avslå helsehjelp. Likevel mener vi det vil være praktisk vanskelig å endre terminologien. En endring av begrepet i lovteksten vil kunne oppleves forvirrende blant de som skal jobbe med loven og således være vanskelig å håndtere, selv om det innholdsmessig ikke innebærer endringer. Videre ser vi at det er mange juridiske begreper og vurderinger å bli kjent med i det nye lovforslaget. Nevnte endring i lovteksten vil vanskeliggjøre arbeidet for de som i hovedsak jobber med loven og som ikke er jurister. Samtykkekompetansebegrepet er i dag innarbeidet blant helsepersonell. Det er kjent at det omfatter evnen til å ta en beslutning, uavhengig om det er ja eller nei til helshjelpen. Vi mener derfor at det ikke er behov for en endring av terminologien.

Det er mange aktører som kan vite noe om pasientens eget ønske, eksempelvis fastlegen. I utgangspunktet mener vi derfor det er bra at det legges til grunn et antatt samtykke, men det betinger et godt samarbeid mellom første - og andre linje tjenestene. Spørsmålet er hvordan vurderingen av det antatte samtykket skal gjøres rent praktisk. For helsepersonell vil det også være vanskelig å vurdere hva som er overveiende sannsynlig contra sannsynlig i juridisk forstand. Vi mener også det kan bli vanskelig å finne tilbake til hva pasienten i utgangspunktet ville ønsket, da det i stor grad avhenger av hvilke bånd det er mellom pasienten og pårørende og forholdet til lege. Dette har blant annet vist seg å være en utfordring når det gjelder å vurdere hva pasienten ville ønsket hvis den hadde vært samtykkekompetent etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A. Dog sett i sammenheng med samhandlingsreformen, vil dette kunne være et steg mot et tettere og bedre samarbeid på tvers av linjene. Det må derfor legges til rette for at et slikt samarbeid skal kunne gli, uten at det rammer pasienten.

Vi er enige i at det i de tilfeller der det er tale om andres liv og helse og selvmordsfare, skal manglende samtykkeevne og antatt samtykke ikke gjelde. Dette vil frita helsepersonell for

vanskelige etiske spørsmål, som for eksempel når andre aktører, som lege og pårørende, vet at pasienten har uttrykt ønske om å ta livet sitt. Disse problemstillingene vil man da unngå ved å unnta disse områdene fra utgangspunktet. Det vil også på dette området være viktig med samhandling mellom 1 og 2 linjen og ha fokus på at kommunene blir hørt.

Fylkesmannen i Aust-Agder mener det vil gi pasienten større verdighet og bidra til et roligere utgangspunkt for behandlingen, når det fokuseres på en frivillig innleggelse. Dette betinger at spesialisthelsetjenesten ikke slipper pasienten, men evner å følge pasienten i like stor grad som når det er tale om tvungen innleggelse. Det må avklares hvordan helsepersonell skal stille seg i de tilfeller hvor motstanden kommer til uttrykk på et senere tidspunkt.

Fylkesmannen i Aust-Agder er av den oppfatning at hovedvilkåret om alvorlig psykisk lidelse skal viereføres, men ser at endringen av begrepet "avlorlig sinnslidelse" kan ha betydning for gruppen psykisk utviklingshemmede. De kan risikere å få en lavere rettssikkerhet ved bruk av begrepet "psykisk lidelse". Det tidligere begrepet var i stor grad knyttet til psykosetilstander. Vi mener det nye begrepet er mer dekkende, men ønsker en bedre avklaring av hvordan hovedvilkåret og begrepet avlorlig psykisk lidelse skal vurderes ift personer med psykisk utviklingshemming. Videre mener vi det er riktig at behandlingstvilkåret opprettholdes.

Vi er også enig i at tvang av hensyn til pasienten selv må reguleres adskilt fra tvangsbruk ved fare for andres liv og helse.

Det er i høringsforslaget lagt til grunn en plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern. Vi mener det ikke kommer klart nok frem hva som skal ligge i denne plikten. Spørsmålet er om det i alle situasjoner vil være tid og anledning til å innhente en annens uttalelse før tiltak iverksettes.

Når det gjelder fremtidige kontroll – og overprøvingsordninger, mener Fylkesmannen i Aust-Agder at tvangsmedisinering og tvangsbruk krever høygradig fagkompetanse i psykiatri. Vi mener ikke at nemda for barnevern og sosiale saker innehar slik kompetanse. Det er også viktig med nærhet til pasientene og god kjennskap til lokale forhold. Vi mener at det, ved slike vedtak, bør undergis en rask og reell ny vurdering av behandlende instans. Fylkesmannen fører tilsyn med denne praksis gjennom sin tilsynsvirksomhet. Kontrollkommisjonen har både juridisk og medisinsk faglig kompetanse, og kan alternativt også behandle vedtak om tvangsbehandling ved fortsatt ønske om behandling av klage av utenforstående.

Med hilsen

Anne Sofie Syvertsen
fylkeslege

Brevet er elektronisk godkjent og sendes uten underskrift.
Saksbehandler: Dignora Lise Løddesøl, 37017641