

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 201102469
Saksbehandler: VHE
Vår ref.: 11/5368
Dato: 31.01.2012

Helsedirektoratets hørings svar - NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Helsedirektoratet viser til departementets høringsbrev av 28.8.2011 knyttet til NOU 2011:9 "økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern", med frist for hørings svar fastsatt til 6. februar.

Psykisk helsevernloven skal ivareta og vekte ulike verdier og hensyn: Individets rett til selvbestemmelse og integritetsvernet på den ene siden, og samfunnets plikt til å minske og forebygge lidelser hos personer med psykiske lidelser på den andre. Samfunnet og helsetjenestene er stilt overfor vanskelige etiske og faglige vurderinger og valg i avveiningen mellom disse hensynene. Vektingen av de ulike hensynene vil kunne skifte over tid, i takt med generelle samfunnsstrømninger. I et åpent og demokratisk samfunn er det derfor viktig at tvangsbestemmelsene blir gjennomgått og diskutert med jevne mellomrom.

Utvalget kommer med konkrete lovforslag som tar sikte på å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser en reell økt selvbestemmelsesrett og styrket rettssikkerhet. Som utvalget peker på er det imidlertid også en rekke andre virkemidler enn lovgivning som har stor betydning for hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser blir møtt av helsetjenesten.

Vi har i dag mye kunnskap om risikofaktorene knyttet til utvikling av psykiske lidelser. 75 % av alle psykiske lidelser "debuterer" før fylte 25 år. Ved å kunne identifisere både risikofaktorer og psykiske helseproblemer tidlig, kan det intervenseres før de utvikler seg til mer alvorlige lidelser. God tilgjengelighet til helsetjenester og kunnskap om psykiske lidelser hos sentrale tjenesteytere som fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste, er derfor viktig for å kunne oppdage symptomer på alvorlige psykiske lidelser, og igangsette behandling tidlig i sykdomsforløpet. Ved å komme tidlig til kan muligheten til å bli frisk eller mestre symptomene på en god måte være større, og det kan legges til rette for gode relasjoner mellom behandlings-/tiltaksapparat og pasient og pårørende, basert på tillit og frivillighet.

Oppfylging av grunnleggende materielle betingelser som bolig, arbeid/fritidsaktiviteter og utdanning, sosial tilhørighet og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan

Helsedirektoratet • Divisjon spesialisthelsetjenester

Avd. psykisk helsevern og rus
Vårin Hellevik, tlf.: 24 16 33 43

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

ivaretas, er sentrale faktorer i arbeidet med å forebygge og behandle psykiske lidelser. Dette er en forutsetning for en vellykket rehabilitering og for at den enkelte skal kunne mestre eget liv. Mangler i det kommunale tilbudet kan øke risikoen for forverring og tilbakefall. På samme måte vil et mangelfullt utbygd tilbud ved de distriktpspsykiatriske sentrene og mangelfullt samarbeid mellom DPS/BUP og kommunene i opptaksområdet, få konsekvenser for tilbudet til befolkningen og for samspillet rundt den enkelte pasient.

Kommunene står i dag overfor betydelige utfordringer når det gjelder å yte et tilfredsstillende tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser. I NOU 2011:15 "Rom for alle", beskrives til dels store kapasitetsutfordringer i kommunene. Det anslås at det er et udekket behov for ca 2700 tilrettelagte boliger for personer med psykiske lidelser og behov for omfattende tjenester. 76 pst av kommunene rapporterer at de har for få boliger til denne gruppen. Det å ha en egen bolig er et grunnleggende velferdsgode, og det vil ofte være en forutsetning for kunne nyttiggjøre seg annen behandling. Utfordringene knyttet til bostedsløshet er størst i de fire største byene.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) legges det opp til at DPSene skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå. Flere rapporter viser imidlertid at det fortsatt er store geografiske forskjeller i tilbudet ved DPSene både når det gjelder ressurser, tjenestetilbud, faglig innhold og kvalitet. Helsedirektoratet har de siste årene publisert driftsindikatorer for de distriktpspsykiatriske sentrene. Det er avdekket betydelige forskjeller både i totalvolum og i fordelingen av tjenestetilbudet mellom ulike institusjonstyper, både i helseregionene, helseforetaksområdene og i DPS-områdene (IS-1926).

Undersøkelser har vist at de fleste øyeblikkelig-hjelp-innleggelsene går direkte fra kommunal legevakt til de psykiatriske akuttavdelingene, uten at alternative intervensjoner har vært vurdert. Samtidig viser rapporter fra Helsetilsynet^{1 2} at kommunene ikke alltid har de nødvendige ressursene og systemene for å ivareta sine brukere. Flere kommuner mangler rutiner som sikrer at de ansatte i hjemmetjenesten har tilstrekkelig kunnskap og erfaring i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det er også avdekket en mangelfull beredskap i kommuner for håndtering av kriser i forbindelse med symptomforverring hos tjenestemottakerne, og andre uforutsette situasjoner. Dette kan være medvirkende årsaker til tvangsinnleggelse for en del pasienter.

Med samhandlingsreformen tas det viktige grep for å fremme et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Det er et sentralt mål i Samhandlingsreformen å redusere behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og

¹ Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007. Oslo: Helsetilsynet; 2007.

² Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 3/2008. Oslo: Helsetilsynet; 2008.

spesialisthelsetjenesten skal få en tydeligere rolle i å understøtte kommunene. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) legges det opp til at DPSene, blant annet gjennom de ambulante akutteamene, skal utvikle gode akuttfunksjoner og innta en tydelig plass i den akuttmedisinske kjeden.

Personer med alvorlige psykiske lidelser vil ofte ha behov for koordinerte tjenester og stabil kontakt og oppfølging over tid. Det er av grunnleggende betydning å oppnå en god allianse med den enkelte. Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene må sammen legge til rette for gode og frivillige pasientforløp, som kan forebygge behovet og risikoen for tvangsinnleggelse. Direktoratet viser i den forbindelse til sitt forslag til ny nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene, hvor det pekes på en rekke viktige faktorer i det tvangsreducerende arbeidet:

- Forebyggende helsearbeid og tidlig oppdagelse av psykiske lidelser.
- Forebygging av alvorlige sykdomsforløp gjennom utbygging av tilgjengelige og sammenhengende helsetjenester.
- Forebygging av tilbakefall gjennom en systematisk oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse og gode tilrettelagte tilbud i kommunene.
- Forebygging og kvalitetssikring av tvangsinnleggelse gjennom aktiv involvering av brukere og pårørende ved hjelp av kriseplaner, rettighetskontrakter og brukerstyrte plasser.
- Forebygging av unødvendige tvangsinnleggelse gjennom god beredskap, kompetente og tilgjengelige akuttjenester i kommunen og ved DPS.

1. Helseinspektoratets vurdering av utvalgets forslag om manglende samtykke-/beslutningskompetanse som vilkår for tvungen observasjon/ tvungent vern, på behandlingsindikasjon

Utvalget anbefaler en overgang til en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven. Det foreslås å innføre som vilkår for tvungent vern på behandlingsindikasjon, at pasienten mangler beslutningskompetanse, jf. forslaget til ny § 4-2 første ledd nr. 3. Det vil dermed ikke være mulig å anvende tvungent psykisk helsevern mot personer med beslutningskompetanse. Utvalget har i sin vurdering lagt særlig vekt på retten til selvbestemmelse og ikke-diskriminering.

Helseinspektoratet ser både mulige positive og negative sider ved forslaget om en overgang til en kompetansebasert modell. På den ene siden er det som utvalget påpeker, vanskelig å legitimere tvungent vern og behandling overfor mennesker som har beslutningskompetanse. At pasienten har en alvorlig psykisk lidelse er i seg selv ikke tilstrekkelig grunnlag for å overprøve pasientens vurderinger. Dette kan tale for en kompetansebasert modell slik utvalget foreslår.

Som utvalget påpeker kan en innføring av en kompetansebasert modell føre til at spesialisthelsetjenesten anstrenger seg ytterligere for å stimulere pasientene til å motta frivillig hjelp. Ved å vektlegge beslutningskompetanse vil det kunne gi tjenestene et sterkere insentiv til å nå frem med hjelpen på en annen måte, basert på pasientens preferanser, ønsker og behov. Dette vil kunne bidra til en mer brukerorientert

behandlingsideologi med økt fokus på hva som fremmer bedring og mestring for den enkelte.

På den andre siden ser Helsedirektoratet en del mulige negative virkninger av forslaget, særlig når det gjelder velferd. Dette erkjennes også av utvalget selv. En sterkere vektlegging av beslutningskompetanse vil kunne få velferdsmessige konsekvenser for personer med en alvorlig psykisk lidelse som vil kunne unndra seg helsehjelp i større grad enn i dag. Det kan være svært utfordrende og krevende for tjenesteytere i kommunen og det psykiske helsevernet å skulle ivareta alvorlig psykisk syke, som ikke ønsker behandling, og som kan befinne seg i grenseland for tvangsinnleggelse i sykehus. Mange vil ha tilleggsproblemer i form av rusmiddelmissbruk, utfordrende og utagerende atferd m.v.

I følge utvalget vil en innføring av et vilkår om fravær av beslutningskompetanse for tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon, trolig få størst konsekvenser for pasienter som i dag er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det kan stilles spørsmålsteget ved om det er etisk riktig å opprettholde et tvungent vern for personer som har gjenvunnet sin beslutningskompetanse gjennom medikamentell behandling.

En innsnevring i adgangen til å iverksette tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, vil kunne medføre økte sosiale og helsemessige belastninger både for pasient og pårørende. Det vil også kunne medføre et økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester og forlenge varigheten av en del tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet. Vi har i dag ikke en god nok oversikt over hvor mange pasienter som årlig underlegges tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og for hvor lenge. Vi har også lite kunnskap om begrunnelsen for og innholdet i vernet, samt hvordan pasienter og eventuelt pårørende opplever dette. Dette gjør det vanskelig å vurdere de reelle konsekvensene av den omleggingen som foreslås.

Vurdering av beslutningskompetanse ved spørsmål om psykisk helsehjelp kan være særlig utfordrende, fordi symptombildet ved psykiske lidelser i mindre grad er objektivt registrerbart sammenliknet med somatiske lidelser. For en del pasienter vil det kunne være vanskelig å avgjøre om pasienten har beslutningskompetanse eller ikke, og mange vil kunne fluktuere mellom å ha kompetanse og ikke å ha kompetanse. Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse vil dette kunne være særlig vanskelig å vurdere. Selv om det er grunn til å tro at dette vil reise særskilte spørsmål og utfordringer for helsepersonell som skal forvalte regelverket, har utvalget ikke gjort en vurdering av hvordan en kompetansebasert modell vil kunne slå ut for pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse/ rusmiddelproblemer. På dette punktet er utredningen derfor mangelfull. Dette er bekymringsfullt når vi vet at personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelser. I departementets videre arbeid med lovutkastet vil det derfor bli viktig å se nærmere på dette.

Etter en samlet vurdering velger Helsedirektoratet å støtte forslaget om en overgang til en kompetansebasert modell. Det økende fokus på ikke-diskriminering, og på at psykiske lidelser skal møtes på samme måte som andre lidelser, taler for en slik samkjøring med pasientrettighetsloven.

Helsedirektoratet vil imidlertid påpeke at utvalget har hatt svært kort tid til å jobbe med et stort og komplekst mandat. Det gjenstår derfor mye arbeid før en eventuell lovreform kan iverksettes. Et vilkår om manglende beslutningskompetanse vil kunne oppfattes som vagt, upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell. Direktoratet ser derfor at det ved en eventuell overgang til en kompetansebasert modell, vil være nødvendig med presiseringer i regelverk og opplæring av helsepersonell og klageinstanser.

De konkrete konsekvensene av å innføre et krav om fravær av beslutningskompetanse, vil avhenge av vurderingskriteriene for tap av beslutningskompetanse og terskelen for at beviskravet er oppfylt. Det vurderes derfor å være behov for å presisere hvilke grupper man tenker skal omfattes av denne nye bestemmelsen. Ofte vil pasienter som legges inn med et vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold oppfylle behandlingstilbudets positive side (forbedringsalternativet), mens det etter en tids behandling er behandlingstilbudets negative side som er aktuelt (forverringsalternativet). Direktoratet antar at dersom regelen skal få ønsket betydning i form av mindre tvangsbruk overfor denne gruppen pasienter, må det gis konkrete eksempler på hvilke pasientgrupper og når i behandlingsforløpet man tenker seg at vedkommende er beslutningskompetent. Det bør også beskrives i hvilken grad pasienten kan ha "restsymptomer" (som varige vrangforestillinger knyttet til et bestemt område) og/eller manglende funksjonsevne, men likevel sies å være beslutningskompetent.

Som beskrevet ovenfor vil en kompetansebasert modell i større grad forutsette tilstrekkelige tjenester i kommunene og i psykisk helsevern, og at de nødvendige samarbeidsavtaler er på plass. Det er ikke tilfellet alle steder i dag, jf ovenfor. Samhandlingsreformen vil kunne bidra til en slik utvikling, men reformen er per i dag i en startfase og det vil kunne ta tid før endringene får en ønsket effekt. En overgang til en kompetansebasert modell forutsetter derfor en fortsatt satsing på gode og tilgjengelige psykiske helsetjenester, og etablering av frivillige og brukerorienterte tilbud og tiltak for å sikre at mennesker med behov for bistand og behandling for sine alvorlige psykiske lidelser, får nødvendig helsehjelp.

2. Kommentarer til foreslåtte endringer i pasientrettighetsloven (Pasl.)

Pasl. Nytt § 4-3 første ledd

Forslag til nytt første ledd innebærer i det store og det hele en videreføring av gjeldende første ledd, men avgrensningen mot umyndige videreføres ikke. Utvalget påpeker at også for umyndige må spørsmålet om samtykkekompetanse i forhold til helsehjelp bero på individuelle vurderinger. Det argumenteres også for at gjeldende pasl. § 4-7 allerede tillegger umyndige rett til å samtykke i så stor utstrekning som mulig, dvs. at gjeldende pasl. § 4-3 første ledd og § 4-7 er i en viss konflikt med hverandre. I tillegg foreslår utvalget å omtale pasientens rett til å nekte ved siden av retten til å samtykke for å markere at dette er likeverdige alternativer.

Helsedirektoratet har ikke innvendinger til utvalgets forslag til endringer i pasl. § 4-3 første ledd.

Pasl. nytt § 4-3 andre ledd

I dette leddet foreslår utvalget endringer på vesentlige punkter. Bestemmelsen omhandler vilkårene for helt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse. Vesentlige forslag til endringer knytter seg for det første til utskifting av begrepet "samtykkekompetanse" med begrepet "beslutningskompetanse". For det andre foreslår utvalget at tap av samtykkekompetanse ikke skal knyttes til diagnosene senil demens, psykisk utviklingshemning eller fysiske og psykiske forstyrrelser, men derimot være diagnoseuavhengig. For det tredje foreslår utvalget begrepet "helt eller delvis" erstattet med "i relasjon til den konkrete helsehjelpen". For det fjerde foreslås gjeldende vurderingstema om at pasienten "åpenbart ikke er i stand til å forstå hva helsehjelpen går ut på" erstattet med lovfesting av fem kriterier som skal legges til grunn for helsepersonellens vurdering av pasientens beslutningskompetanse. For det femte foreslås gjeldende fjerde og femte ledd opphevet.

Utskifting av begrepet "samtykkekompetanse" med "beslutningskompetanse"

Utvalget foreslår utskifting av begrepet "samtykkekompetanse" med "beslutningskompetanse", og foreslår som følge av dette endringer i pasl. §§ 3-1, 3-3, 4-3 – 4-7 og 4 A-2 – 4 A-3.

Utvalget argumenterer for at begrepet "samtykkekompetanse" språklig sett ikke er fullt ut dekkende for det reelle innholdet, som er både evnen til å samtykke til helsehjelp, så vel som evnen til å nekte helsehjelp. Utvalget ønsker å markere at nekting er et likeverdig alternativ til samtykke, dette mener utvalget altså best gjøres ved å anvende begrepet "beslutningskompetanse".

Helsedirektoratet ser utvalgets poeng om at den språklige fornemmelsen av begrepene "samtykke" og "samtykkekompetanse" ikke omfatter det å nekte/nektingskompetanse. På den annen side innebærer ikke forslaget om begrepsendring noen innholdsmessig endring, og det synes derfor både litt overflødig og pedagogisk uheldig å endre et innarbeidet begrep som "samtykkekompetanse". Dersom utvalget, slik det dels argumenteres for, mener det er en forskjell på samtykkekompetanse og nektingskompetanse, burde man heller tenke i retning av å lovfeste begge begrep og tydeliggjøre forskjellen i lovverket.

Dersom departementet ønsker å følge utvalgets forslag om å skifte ut begrepet "samtykkekompetanse" med "beslutningskompetanse", vil vi anbefale at begrepet også skiftes ut i annet helserettlig lovverk som anvender begrepet. Da flere av disse lovverkene henviser direkte til samtykkereglene i pasl. § 4-3, vil det antakelig virke forvirrende om ikke en gjennomgående utskifting finner sted. Så vidt vi kan se vil det være nødvendig å skifte ut begrepet i følgende bestemmelser i helserettlig lovverk:

- Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 7-2 (i tillegg til de bestemmelsene som omtales i NOU 2011: 9)
- Helsepersonelloven § 55
- Behandlingsbiobankloven § 11
- Lov om alternativ behandling § 7
- Helseforskningsloven §§ 17-19
- Bioteknologiloven § 2-16
- Helse- og omsorgstjenesteloven

Diagnoseuavhengighet

Gjeldende § 4-3 andre ledd avgrensner gruppen som kan miste samtykkekompetansen til personer med "fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning". Utvalget foreslår at tap av samtykkekompetansen ikke lenger skal knyttes til diagnose, men til funksjonstap. Utvalget mener dette er problematisk ut fra et diskrimineringsperspektiv, samt at det er usikkerhet knyttet til avgrensning av begrepet "fysiske forstyrrelser".

Helsedirektoratet ser at det kan være hensiktsmessig at vurderingen av samtykkekompetanse ikke skal være avhengig av diagnose i de tilfellene der det i første omgang ikke er mulig å sette en diagnose. Vi er likevel skeptisk til at diagnosekriteriet fjernes. Slik vi ser det innebærer diagnosekriteriet i gjeldende pasl. § 4-3 en sikkerhets- eller kontrollmekanisme: For å miste samtykkekompetanse er det ikke tilstrekkelig at man etter helsepersonellens vurdering ikke forstår egen tilstand eller helsehjelpens innhold, man må i tillegg lide av en fysisk eller psykisk forstyrrelse, demens eller psykisk utviklingshemning. Dersom diagnosekriteriet fjernes, avhenger resultatet fullt ut av den skjønnsmessige kompetansevurderingen som helsepersonellet foretar. Sammenholdt med at utvalget også foreslår at kriteriet om at pasienten "åpenbart ikke forstår" erstattes med det noe svakere "overveiende sannsynlighet" for at pasienten ikke forstår (se pkt. 2.4 nedenfor), mener vi at terskelen senkes for når man kan erklæres for ikke-samtykkekompetent.

Når terskelen senkes, innebærer det i praksis en maktforskyvning fra pasienten selv til helsepersonell, for eksempel i relasjon til beslutninger om tvungen helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A der det er et grunnvilkår at pasienten ikke er samtykkekompetent.

"Helt eller delvis" erstattes med "i relasjon til den konkrete helsehjelpen"
Utvalget foreslår at formuleringen "kan bortfalle helt eller delvis" erstattes av at samtykkekompetansen "kan bortfalle i relasjon til den konkrete helsehjelpen".

Helsedirektoratet ser at denne endringen innebærer en tydeliggjøring av at samtykkekompetansen må vurderes konkret, og har ikke innvendinger til endret formulering.

Forslag om fem vurderingskriterier for beslutningskompetanse

Utvalget foreslår å erstatte kriteriet "åpenbart ikke forstår hva helsehjelpen går ut på" med krav om at det er "overveiende sannsynlighet for at vedkommende ikke er i stand til å enten

- (a) forstå nødvendig informasjon relevant for beslutningen,
- (b) fastholde informasjon inntil beslutningen er tatt,
- (c) anerkjenne aktualiteten av informasjonen for sin egen situasjon
- (d) resonnerer på bakgrunn av informasjonen med tanke på å treffe et valg, herunder bruke og veie informasjonen i sin egen situasjon, eller
- (e) uttrykke et valg."

Helsedirektoratet har notert seg at "åpenbart ikke forstår" foreslås erstattet med "overveiende sannsynlighet" for at vedkommende ikke forstår osv. Det går fram av de generelle merknadene at intensjonen er at terskelen for å mangle samtykkekompetanse skal bli lavere, eller sagt med andre ord: Det skal mindre til for å

bli bedømt som ikke-samtykkekompetent". Begrunnelsen er en bedre balanse mellom ivaretagelse av pasientens selvbestemmelsesrett og ivaretagelsen av pasientens velferd.

Vi er enig i at "åpenbart" er et strengt krav, men vi er som nevnt ovenfor under pkt 2.2. skeptiske til å svekke beviskravet fra det strenge "åpenbart" til det mildere "overveiende sannsynlighet", samtidig som man også fjerner kontrollmekanismen som ligger i diagnosekravet i gjeldende pasl. § 4-3 andre ledd.

Helsedirektoratet har videre notert seg forslaget om lovfesting av fem konkrete vurderingsvilkår. Erfaringene fra tilsyn og evaluering av tilsyn (Rapport Statens helsetilsyn Internserien 3/2011) med pasl. kapittel 4 A, som oppstiller manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang i somatisk helsehjelp, har vist at vurdering av samtykkekompetanse er utfordrende for helsepersonell. Det kommer frem usikkerhet både om vurderingskriterier, fremgangsmåte og dokumentasjonskrav. Det vises også til drøftelsene i vedlegg 3 til utvalgets innstilling. Det er derfor et allerede godt dokumentert behov for å tydeliggjøre kriteriene, noe som på et overordnet nivå hensiktsmessig kan gjøres i lov. Forslaget til utvalget er i så måte et riktig skritt på veien, og rettsikkerhetsmessig helt nødvendig dersom manglende samtykkekompetanse skal bli et kriterium for tvungent psykisk helsevern.

Helsedirektoratet mener man kan vurdere enkelte forenklinger av kriteriene; for eksempel vil vi foreslå at kriterium (b) utdypes nærmere. Dette kriteriet, i motsetning til de fire andre, er ikke omtalt i de generelle merknadene eller i vedlegg 4 "Vurdering av beslutningskompetanse". Det kan være vanskelig å se for seg at noen kan forstå eller resonnerer med informasjon dersom de ikke kan fastholde informasjon. På den annen side vil det være en realitet når fungeringen er svingende og ambivalensen stor.

Språklig forenkling kan også tenkes i punkt (c) og (d), som kan lyde som følger:

(c) anerkjenne informasjonens betydning i egen situasjon

(d) trekke slutninger fra informasjonen og bruke den til å treffe et valg i egen situasjon

Gjeldende pasl. § 4-3 fjerde ledd må beholdes

Helsedirektoratet noterer at gjeldende fjerde ledd i pasl. § 4-3 ikke er tatt med i utvalgets forslag til endret paragraf. Gjeldende fjerde ledd inneholder visse saksbehandlingsregler og lyder:

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert personell.

Vi kan ikke se at utvalget har begrunnet hvorfor gjeldende pasl. § 4-3 fjerde ledd ikke foreslås videreført, og lurer på om det har falt ut ved en inkurie.

Helsedirektoratet mener at innholdet i gjeldende fjerde ledd må videreføres. Beslutning om manglende samtykkekompetanse er et alvorlig inngrep i den personlige integritet, og det må settes klare og absolutte krav til dokumentasjon av beslutningen, herunder til de vurderingene som ligger til grunn for konklusjonen. Likeledes bør det være tydelig at beslutningen skal kommuniseres til pasienten selv og til de pårørende.

Kommunikasjon med pårørende er sentralt i lys av at disse får en annen rolle i helsehjelpen når pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. for eksempel at nærmeste pårørendes etter pasl. § 3-1 andre ledd får rett til medvirkning til helsehjelp når pasienten ikke har samtykkekompetanse.

Gjeldende pasl. § 4-3 femte ledd

Lovvalsregelen i gjeldende pasl. § 4-3 forslås opphevet. Bestemmelsen sier at psykisk helsehjelp til personer som mangler samtykkekompetanse og som har/antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, skal skje etter reglene i psykisk helsevernloven.

Bestemmelsen foreslås erstattet av en ny § 2-3 i psykisk helsevernloven. Ny § 2-3 innebærer at pasienter uten beslutningskompetanse som heller ikke motsetter seg psykisk helsevern ikke lenger skal "sluses" inn under reglene om tvunget psykisk helsevern. Derimot skal denne pasientgruppen defineres som frivillig innlagt, men underlegges samme rettsikkerhetsmekanismer som gjelder for tvungent psykisk helsevern.

Helsedirektoratet har ingen innvendinger til at lovvalsregler for pasienter som trenger psykisk helsevern flyttes over i psykisk helsevernloven, dette virker ryddigere og mindre forvirrende enn nåværende plassering. Forslaget om at disse pasientene likevel gis tilgang til samme rettsikkerhetsmekanismer som pasienter som er lagt inn i tvungent helsevern støttes.

Pasl. § 4-7 – beslutninger om helsehjelp til umyndige

Utvalget foreslår en presisering i første ledd som tydeliggjør at umyndiggjorte har rett til å ta beslutning om helsehjelp på egne vegne, dersom de er i stand til det. Hvis de ikke er i stand til dette, foreslår utvalget videreført dagens regel om at vergen tar beslutning på vegne av den umyndiggjorte.

Utvalget foreslår videre å tilføye et nytt andre ledd om at helsehjelp til umyndiggjorte som motsetter seg helsehjelpen, skal skje etter reglene i pasl. kapittel 4 A. Utvalget påpeker at det antakelig er en forglemmelse at en slik bestemmelse ikke ble vedtatt samtidig som man vedtok kapittel 4 A.

Helsedirektoratet slutter seg til en tydeliggjøring av umyndiges rett til å ta beslutning om helsehjelp på egne vegne som forslått i første ledd. Vi ønsker imidlertid å stille spørsmål ved utvalgets forslag om å videreføre regelen om at vergen skal ta beslutning på vegne av den umyndiggjorte i de tilfeller han/hun ikke er i stand til dette selv. Vi mener det må vurderes om denne gruppen bør omfattes av den samme regelen som andre personer over 18 år som ikke kan ta beslutning selv og som ikke motsetter seg helsehjelpen, dvs. at de skal omfattes av reglene i pasl. § 4-6. Slik situasjonen er i dag, er det en ubegrunnet ulikhet i beslutningskompetansen på vegne av hhv. myndige pasienter som ikke kan samtykke og umyndige pasienter (over 18 år) som ikke kan samtykke. Man kan i stedet tenke seg at det gjøres til et vilkår at vergen skal få *uttale* seg om helsehjelpen – i likhet med pårørendes rett til å uttale seg etter pasl. § 4-6.

3. Kommentarer til foreslåtte endringer i psykisk helsevernloven

Egne prosedyrer for de som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelp

Det foreslås i ny § 2-3 at det skal treffes vedtak om " frivillig psykisk helsevern", for pasienter over 16 år som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg psykisk helsevern. Det er ikke noe vilkår for å etablere slikt vern at hovedvilkår og tilleggsvilkår er oppfylt. De andre vilkårene for tvungent vern er gjeldene (krav til institusjon, helhetsvurdering, antatt samtykke). Videre foreslås rettssikkerhets- og kontrollordningene som ved tvungent vern, gitt tilsvarende anvendelse.

Helsedirektoratet er i utgangspunktet positiv til dette forslaget. Antakelig er en del av denne pasientgruppen i dag under tvungent vern, hvor dette egentlig er et for sterkt inngrep i forhold til det som reelt sett vil være nødvendig. Samtidig vil en del av de frivillig innlagte, antakelig ikke være samtykkekompetente. Denne nye bestemmelsen vil kunne fange opp begge disse situasjonene.

Vi har imidlertid noen innsigelser til forslaget. For det første vil et slikt forslag kunne virke kompliserende og ressurskrevende for tjenesten. Vi er bekymret for at for mange innleggelsesformaliteter vil virke forvirrende, både for pasienter og personale. Dette vil kunne gå ut over kvaliteten på vedtakene, der rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier at behovet for gode begrunnede vedtak er stort.

Det vises i ny § 2-3 til at etterprøvingreglene i ny § 4-9 skal gjelde. Det fremgår derimot ikke av § 4-9 at kontrollkommisjonens kontroll skal gjelde for denne gruppen. I § 4-9 vises bare til at kontrollkommisjonen har kontrolloppgaver knyttet til pasienter under tvungent vern, ikke pasienter på frivillig vedtak. Dette gjør det vanskelig å lese loven, og å se hvilke krav som pålegges institusjon og kommisjon etter ny § 4-9. Det er også uklart hva som blir vurderingstema for kommisjonen ved prøving etter 4 uker, og deretter hver tredje måned. Kommisjonen skal prøve om vernet "reelt sett er frivillig". Dette kan være vanskelig, da aktuelle pasientgruppe ofte kan være ambivalent til behandling.

Bestemmelsen bør derfor utredes nærmere og konkretiseres i det videre lovarbeidet.

Krav om antatt samtykke, ny § 4-2 første ledd nr. 9

I ny § 4-2 første ledd nr. 9 fremgår det som et vilkår for tvungent vern at det skal være sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse. Bestemmelsen fremstår uklar slik den nå er formulert, fordi den lett kan leses som om slikt antatt samtykke er et absolutt vilkår for tvungent vern. Direktoratet tenker at spørsmålet om antatt samtykke heller burde tas inn som en del av helhetsvurderingen i samme bestemmelse pkt. 8. Her står det at grad av motstand hos pasienten skal vektlegges. Det vil være naturlig å knytte vurderingen av antatt samtykke opp mot vurderingen av grad av motstand. Spørsmålet om antatt samtykke bør av pedagogiske grunner ikke stå som et eget punkt 9, fordi det da lett kan misoppfattes til å være et absolutt vilkår.

Antatt samtykke er også foreslått som et moment i vurderingen av grunnlaget for behandling uten eget samtykke i § 5-4 første ledd nr 9. De samme problemstillinger som nevnt i avsnittet ovenfor er aktuelle også for denne bestemmelsen. Direktoratet

støtter at det mer eksplisitt i lovteksten fremgår at det skal legges vekt på pasientens tidligere uttrykt mening om behandling.

Vi kan imidlertid ikke se at det er problematisert hva som blir konsekvensene dersom det er grunnlag for innleggelse, men ikke for behandling uten pasientens samtykke. I slike tilfeller vil det kunne reises tvil om behandlingsvilkåret er oppfylt.

Vilkårene for tvungent psykisk helsevern

Se også overfor under pkt. 1.

Helsedirektoratet støtter forslaget om å gå over fra å bruke begrepet "alvorlig sinnslidelse" til det noe mer tidsmessige "alvorlig psykisk lidelse".

I ny § 4-2 første ledd nr. 8 fremkommer om helhetsvurderingen at det skal vektlegges "...om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin beslutningskompetanse". Direktoratet synes at ordlyden her er uklar. Det er uklart det at beslutningskompetansen raskt kan gjenvinnes, taler for å etablere vern eller for å vente med å etablere tvungent vern. Helsedirektoratet antar (og støtter i så tilfelle) at det er det siste som menes, men dette bør komme klarere frem.

Behandlingsvilkåret er i ny § 4-2 første ledd nr. 5 foreslått endret for bedre å samsvare bl.a. med pasientrettighetsloven kapittel 4A om tvungen somatisk helsehjelp ved å ta utgangspunkt i et skadeprinsipp som også tar opp i seg fare for eget liv og helse. Det har ikke vært meningen å endre innholdet i bestemmelsene, det er bare ordlyden som er endret. Direktoratet er av den mening at når man ikke ønsker endring i innholdet i bestemmelsen, bør ikke ordlyden endres. Det har en verdi i seg selv at ordlyden er godt kjent for behandlerne, og at man ikke må sette seg inn i nytt regelverk hyppigere enn nødvendig. I tillegg fremstår alternativ a og c i forslaget som overlappende. Det er heller ikke nødvendig å ta vekk ordlyden "helbredelse" fra behandlingsvilkårets positive alternativ, en del personer med alvorlig psykisk lidelse blir helt friske, og det kan gjerne gjenspeiles i lovens ordlyd.

Forslaget til nye bestemmelser i psykisk helsevernloven fremstår som noe uferdig lovteknisk. I dagens lovgivning er vilkårene for tvungent vern pedagogisk og lett tilgjengelig oppstilt i lovens § 3-3. Vi frykter at for mye krysshenvisninger, og spredning av vilkårene over flere bestemmelser, kan gjøre tilgjengeligheten vanskelig og dermed gå utover rettssikkerheten til pasientene.

Beviskrav i § 4-2 og § 5-4 – "Overveiende sannsynlig"

Helsedirektoratet støtter forslaget om å skjerpe beviskravet knyttet til behandlingsvilkårets positive side (forbedringsalternativet). Vi støtter ikke forslaget om å svekke beviskravet for behandlingsvilkårets negative side (forverringsalternativet).

Vi støtter derimot at beviskravene harmoniseres. Vi er imidlertid av den oppfatning at innholdet i det foreslåtte begrepet "overveiende sannsynlig" er uklart og derfor uansett ikke representerer en tilstrekkelig avklaring av rettstilstanden.

Helsedirektoratet viser for det første til at begrepet "overveiende sannsynlig" ikke har en entydig juridisk betydning. Enkelte steder benyttes overveiende sannsynlig synonymt med ordinær, simpel sannsynlighetsovervekt, mens det andre steder

benyttes som et skjerpet beviskrav. I dagens psykisk helsevernlov § 3-2 første ledd nr. 3 benyttes beviskravet "overveiende sannsynlig" som krav om simpel sannsynlighetsovervekt. Barnevernloven § 4-12 første ledd bokstav d og § 4-8 andre ledd benytter beviskravet "overveiende sannsynlig" som skjerpet beviskrav. Videre har begrepet ulik betydning i eksempelvis juridisk og medisinsk fagterminologi. I juridisk terminologi anses begrepet primært å angi ordinær, simpel sannsynlighetsovervekt. I medisinsk terminologi benyttets begrepet om forhold som vurderes som bortimot 100 % sannsynlig, se blant annet NOU 2007:7 punkt 13.4.7.4.

På denne bakgrunn støtter Helsedirektoratet den foreslåtte endringen av beviskravet, men anbefaler at det benyttes et begrep som innholdsmessig har en mer presis avgrensning.

Til ny § 4-1 –Vilkårene for tvungen observasjon – Tvungen observasjon ved selvmordsrisiko uten alvorlig psykisk lidelse

Helsedirektoratet støtter forslaget som åpner for tvungen observasjon i inntil tre dager av bl.a. personer med dyp depresjon, personer med alvorlig personlighetsforstyrrelser og personer i akutte livskriser, som har bak seg alvorlige selvmordsforsøk eller er i nærliggende og alvorlig selvmordsfare.

Realistisk sett klarer vi ikke å forebygge alle selvmord, men innenfor de grupper som det refereres til i NOUen vil tre dager kunne være livreddende. Tiden er en særs vesentlig faktor både når det gjelder demping av lidelsestrykk, egen bearbeiding og ikke minst organisering av ytterligere støtte og hjelpetiltak for de som er suicidale. Forslaget om tvungen observasjon i inntil tre dager kan ha samme effekt som kontraintuitive tiltak. Dette er tiltak som kommer sent i den suicidale prosessen – like før selvmordet skjer. Eksempler på slike tiltak er lavere giftnivå i eksos og legemidler, sikring av broer (slik det for eksempel er gjort med Tromsøbroen), begrensninger i tilgangen til skytevåpen og økt sikring av disse. Grunnen til at slike tiltak som nevnt her virker er fordi selvmordsimpulsen ofte er både temporær og ambivalent. Fellestrekket til disse tiltakene er at de "kjøper tid", og trekker ut selvmordshandlingen slik at selvmordsimpulsen forandrer seg. Tilsvarende kan tvungen observasjon i inntil tre dager ha samme effekt som disse tiltakene. Disse personene kan ha gode prognoser dersom han/hun overlever en temporær krisesituasjon.

En slik endring i lovverket vil kunne bidra til økt rettsikkerhet og forutsigbarhet for mennesker som er selvmordstruet. Det er kjent at det i dag praktiseres tvungent psykisk helsevern der suicidalfarens vurderes som overhengende uten at det er hjemlet i loven. Det fremkommer også en del tilfeller der begrensningene i lovverket er anvendt som argumentasjon for å unnlate å beskytte mennesker i selvmordskriser, og der dette har endt i selvmord nesten umiddelbart etter utskrivning. Det er viktig at lovverket gjenspeiler praksis og tydeliggjør hva som er tillatt både for pasientene og de som skal behandle mennesker som vurderes å være i en akutt selvmordsfare. Vi anser at det er viktig at tvungen observasjon tidsbegrenses, da det kan være viktig for opplevelsen av hvor inngripende en slik tvungen observasjon vil være. Vi vurderer at tre dager bør være tilstrekkelig for å hindre akutt selvmordsfare.

Det bør imidlertid presiseres i kommentarer til loven hvorvidt disse tre dagene kan forlenges med ytterligere tre dager eller ei.

Vi stiller oss bak utvalgets vurdering av de etiske vurderingene som alltid vil være tilstede der tvang blir benyttet. Frivillige tiltak skal alltid være førstevalget. I de tilfellene der tvungen observasjon i inntil tre dager blir benyttet er det påkrevd at gode og funksjonelle hjelpetiltak kommer på plass i løpet av disse tre dagene.

Direktoratet vil understreke behovet for at en eventuell lovendring på dette området følges opp med evaluering av effekten.

Forslag om utvide anvendelsen av tvungent vern uten døgnopphold for aldersdemente på sykehjem, jf. ny § 4-7 fjerde ledd

Utvalget foreslår å åpne for at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos aldersdemente skal kunne skje med tvang i kommunale sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie ved å bygge ut ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. utvalgets forslag til ny § 4-7 fjerde ledd. Forutsetning er for det første at pasienten er diagnostisert aldersdement. I tillegg må denne formen for vern være i pasientens "klare interesse". Dette kan være tilfelle der personen er så psykisk og/eller fysisk svekket at transport til institusjon i det psykiske helsevernet for undersøkelse og behandling fremstår som en uforholdsmessig belastning. Videre kan ordningen bare benyttes der det er "nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp". Dette må vurderes konkret, men et sentralt spørsmål vil være hva konsekvensene trolig vil bli dersom personen ikke får nødvendig helsehjelp.

Helsedirektoratet mener at forslaget kan fylle et tomrom i lovgivningen som bl.a. ble påpekt av Alderspsykiatrisk utvalg da pasl. kapittel 4 A var under utarbeidelse. Aldersdemente med psykiatriske diagnoser er ikke sjelden plassert i kommunale sykehjem. Der pasientene motsetter seg behandling for sine psykiatriske diagnoser, finnes ikke hjemmel for tvungen behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienten kan ende opp som "kasteball" mellom to grener av helsetjenesten, der psykiatrien ikke har ressurser til å ta seg av demente langtidspasienter, mens den kommunale helsetjenesten ikke har hjemmel til behandling av de psykiatriske lidelsene. Hensynet til pasientens helse og velferd påkaller en løsning med tydelig lovhjemling, noe utvalgets forslag legger opp til. Det er imidlertid viktig å etablere klare ansvarsforhold og retningslinjer for hvem som kan vurdere og ta avgjørelser, så vel som iverksette vedtakene. Tilstrekkelig veiledning og opplæring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å etablere betryggende praktisering av tvungent psykisk helsevern i kommunale sykehjem.

Helsedirektoratet vil videre påpeke at flere sykdommer kan føre til kognitiv svikt, og etter hvert demens, til eksempel Parkinson sykdom. Det er viktig for behandling at retten til å medvirke og bestemme over eget liv også gjelder for personer som har en kognitiv svikt. Bestemmelsen bør derfor omfatte personer med demens og kognitiv svikt, uavhengig av alder.

Krav om vedtak for alle legeundersøkelser i § 3-1 annet ledd

Helsedirektoratet er usikker på om dette vil bedre rettssikkerheten til personer som vurderes å være i behov av tvungent psykisk helsevern. Selv om det kan stilles spørsmålstegn ved frivilligheten ved legeundersøkelse der personen ikke aktivt nekter, mener vi forslaget om vedtak ved alle legeundersøkelser er både unødvendig og byråkratisk, så lenge vedtak om tvungent vern skal overprøves av spesialist. Skal en

slik bestemmelse ha rettssikkerhetsmessig verdi vil den også kreve en uavhengig organisering fra dagens ordinære tjeneste. Praksis i dag er ofte at kommunelegens ansvar delegeres til legevakt, som også forestår innleggelsen.

Rett til bistand fra advokat ved etablering av tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern, jf. endring i lov om fri rettshjelp § 11 første ledd nytt nr. 8

Det foreslås en rett til bistand fra advokat ved etablering av tvungent vern samt rett til fri rettshjelp uten behovsprøving. Helsedirektoratet støtter forslaget. Selv om institusjonen i dag har en plikt til å informere om rettigheter og status ved behandlingen, ser vi verdien av at pasienten får juridisk bistand fra en "nøytral part". Vi har inntrykk av at praksis allerede er den av kommisjoner oppnevner advokat til pasienten, dersom pasienten ber om dette ved innleggelsen.

Faglig ansvarlig plikt til å rådføre seg, ny § 4-5 første ledd

Det foreslås en plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell når vedkommende treffer vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Helsedirektoratet støtter forslaget som vil medføre en kvalitetssikring av vedtaket. Spesielt vil det være viktig at en faglig ansvarlig som ikke kjenner pasienten fra tidligere kan få bistand fra helsepersonell som kjenner pasienten fra før. Man kan spørre seg om en slik konferering i denne situasjonen allerede vil ligge som et krav i kravet til faglig forsvarlig helsehjelp, men vi støtter likevel en slik lovfesting.

Tydeliggjøre krav til tilstrekkelig begrunnelse for vedtak om tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern, jf. ny § 4-5

Helsedirektoratet støtter dette forslaget til en tydeliggjøring og utdyping av hva et vedtak om TO/TPH skal inneholde av begrunnelser. Vi mener imidlertid at forslaget om at det skal angis "...risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet" er unødvendig. Dette må uansett vurderes og fremgå av helhetsvurderingen jf § 4-2 første ledd nr. 8, der nettopp fordeler og ulemper av tvangsinnleggelsen skal vektas mot hverandre.

24 timers krav fra forskrift til lov, jf. ny § 4-5 annet ledd

Vedtaket om tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern skal som kjent treffes snarest og innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen. Dette er viktig krav rettssikkerhetsmessig, og direktoratet støtter derfor forslaget om at denne regelen overføres fra forskrift til lov.

Ved opphør av tvungent psykisk helsevern skal pasienten få tilbud om frivillig behandling, jf. ny § 4-8 siste ledd

Det er viktig at personer som skrives ut fra tvungent vern får oppfølging. Det er ofte helt essensielt for en videre stabilitet for pasienten og dermed for å forhindre reinnleggelse. Helsedirektoratet støtter derfor forslaget om å regelfeste at et slikt tilbud skal gis.

Bruk av tvang og skjerming skal evalueres sammen med pasienten når tiltaket er opphørt, ny § 5-2

Evalueringsav tvang i etterkant av et tvangstiltak vil være viktig både for institusjonens kvalitetsarbeid og for pasienten. Det fremgår også at pasientens syn på iverksatte tiltak skal evalueres. Dette vil være nyttig kunnskap som vil kunne forhindre situasjoner som oppleves krenkende for pasienten. Økt fokus på antatt samtykke til innleggelse og

behandling, krever også at institusjonen i større grad etterspør og dokumenterer pasientens syn på tvangsbruk. Det er uklart om man ved "tvang" bare mener gjennomførngstiltak etter (nytt) kapittel 5, eller også selve tvangsinnleggelsen. Direktoratet mener det bør lovfestes at det skal skje tilsvarende evaluering etter en periode med tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern.

Dersom det psykiske helsevernet ikke etablerer tvungen observasjon/tvungent vern kan nærmeste pårørende/ offentlig myndighet be om fornyet vurdering, ny § 4-6

Direktoratet støtter at man fjerner dagens regel om at vedtak om ikke å etablere TO/TPH kan påklages til kontrollkommisjonen.

Denne regelen foreslås erstattet av en regel om at dersom det psykiske helsevernet ikke etablerer TO/TPH kan nærmeste pårørende/ offentlig myndighet be om fornyet vurdering. I slike tilfeller kan pasienten da først måtte vente i 24 timer før en spesialistvurdering. Deretter må vedkommende vente på ny i inntil 24 timer for en fornyet vurdering. Helsedirektoratet vurderer at dette av rettssikkerhetsmessige hensyn blir for lang tid før endelig vedtak eventuelt treffes. Pårørende og politi bør ikke kunne forlenge denne perioden på denne måten. Vi mener det nye lovkravet til at annet konfererende helsepersonell må inn i vurderingen av etableringen av TO/TPH, er tilstrekkelig her.

Oppheving av isolasjon som tvangsmiddel

Utvalget foreslår å oppheve isolasjon som tvangsmiddel, basert på at det benyttes i liten grad i dag. Direktoratet kan ikke se at det at isolasjon i liten grad benyttes, i seg selv tilsier at det bør oppheves. Vi er av den mening at det kan være positivt med flere tvangsmidler å velge mellom, på den måten at man f.eks overfor en pasient som opplever mekaniske tvangsmidler som mer inngripende enn isolasjon, heller benytter sistnevnte. Det forutsettes selvsagt at institusjonen har egnede lokaler, jf. krav i psykisk helsevernforskriften.

Helsedirektoratet har ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å konkludere i forhold til dette punktet. Høringssvarene fra brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjonene bør tillegges særlig vekt i dette spørsmålet. Før isolasjon som tvangsmiddel oppheves bør det foretas en grundigere vurdering.

Alltid krav om vedtak om skjerming dersom pasienten motsetter seg tiltaket

Direktoratet støtter dette forslaget om skjerping av krav til vedtak til skjerming. Den vil øke pasientenes rettssikkerhet i forbindelse med bruk av skjerming. Skjerming oppleves av mange pasienter som svært inngripende.

Gjennomføringsbestemmelse om urinprøve uten samtykke, dagens § 4-7 a annet ledd

Det foreslås at gjennomføringsbestemmelsen om urinprøve skal gjelde uavhengig av hvilket lovgrunnlag som er bakgrunn for opphold i det psykiske helsevernet. Direktoratet støtter dette. Som utvalget påpeker, innebærer gjeldende bestemmelse at pasienter innlagt etter sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser, kan nekte å avlegge urinprøver der dette ikke er vedtatt av fylkesnemnda. Dette er en pasientgruppe hvor uønsket rusmisbruk nettopp kan være aktuelt, og regelen bør derfor gjelde også denne gruppen.

Krav om to helsepersonell tilstede under gjennomføring av tvangsmiddel, jf. ny § 5-10

Det foreslås å lovfeste krav om at bruk av tvangsmidler skal gjennomføres av to helsepersonell. Det ene helsepersonellet må ha autorisasjon etter helsepersonelloven § 48. Helsedirektoratet støtter forslaget om at det bør være minst to helsepersonell i iverksettelsessituasjonen. Ut over det er det tilstrekkelig med et personale, men vedkommende skal ha autorisasjon som nevnt.

Ikke oppstart av legemiddelbehandling uten samtykke før 6 døgn fra etableringen av vernet, jf. ny § 5-4 tredje ledd

Helsedirektoratet støtter en forlengelse av perioden før det kan treffes vedtak om behandling uten eget samtykke. I dag kan slikt vedtak treffes etter tre døgn. Vi ser at ved å kreve en lenger periode, kan institusjonen oppnå en behandlingsallianse med pasienten og dermed forhindre tvangsmedisinering. Samtidig blir det bedre tid til å vurdere hvorvidt medisiner i det hele tatt er nødvendig.

Innsigelser til denne regelendringen er at det vil kunne føre til mer bruk av tvangsmidler overfor denne gruppen, en forverring av tilstandene og lengre opphold i institusjon. Helsedirektoratet vil derfor foreslå 5 dager i stedet for 6 for i større grad å kunne forhindre disse negative følgene.

Overprøving – fylkesmannen/ kontrollkommisjonene

Utvalget foreslår at det etableres én felles kontroll- og overprøvingsinstans for alle vedtak som fattes med hjemmel i psykisk helsevernloven. Det pekes på at flere forhold tilsier at dette bør legges til Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker.

Helsedirektoratet er enig i de innsigelser utvalget har til dagens klageinstanser (kontrollkommisjon og fylkesmannen). Det er i dag 57 kontrollkommisjoner, og det er vanskelig å sørge for en enhetlig praksis. Samtidig er dagens regelverk knyttet til oppnevning av nye medlemmer ikke godt nok. Dette har direktoratet tidligere gjort departementet oppmerksom på, jf. direktoratets brev til departementet av 18. februar 2011.

Samtidig har kommisjonene en klar styrke i sin institusjonsnærhet, og har en viktig tilleggsfunksjon ved å utøve velferdskontroll. Kommisjonene har også en viktig funksjon ved at de lærer opp institusjonen i gjeldende regelverk knyttet til helserett.

Vi ser likevel så store svakheter ved kommisjonene, at vi støtter forslaget om å utrede en ny kontroll- og overprøvingsinstans som innehar både kontrollkommisjonenes og Fylkesmennenes oppgaver nærmere.

I påvente av dette bør imidlertid kontrollkommisjonsordningen slik den er i dag, og fylkesmennene som klageinstans for vedtak om behandling uten eget samtykke, styrkes, jf. direktoratets forslag til Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester.

De økonomiske konsekvensene av en felles kontroll- og overprøvingsinstans må også utredes nærmere.

Ny 4 ukers kontroll for kontrollkommisjonene, nytt forslag § 4-9

Utvalget foreslår at dagens dokumentkontroll og tremånederskontroll, erstattes av en fireukerskontroll. Saksbehandlingen skal være tilsvarende som ved klagebehandling. Deretter at vedtakets virketid reduseres fra ett år til tre måneder. Deretter skjer prøving hver tredje måned dersom faglig ansvarlig begjærer forlengelse av vernet. Utvalget foreslår at pasienten også i slike saker skal ha rett til fri rettshjelp uten behovsprøving. Direktoratet ser den økte rettssikkerheten dette vil gi pasientene. Det vil gi en økt arbeidsmengde for kontrollkommisjonene og de økonomiske konsekvensene av dette er usikre. Direktoratet er også bekymret for det merarbeidet som faglige ansvarlige for vedtak vil få ved en omlegging til en slik ordning. Uten at dette er utredet nærmere, vil vi derfor ikke støtte forslaget.

4 ukers frist for utskrivelse for domstol og kontrollkommisjon

Hvor kontrollkommisjon/ domstol kommer til at pasienten skal skrives ut av TPH, foreslås en lovfestet adgang til tilbakehold for en periode på inntil fire uker når tungtveiende hensyn tilsier det. Dette skal gi helseforetak og kommune tid til å etablere et forsvarlig tilbud til pasienten før en utskrivelse fra tvunget vern.

En slik regelendring vil kunne medføre at flere kommisjoner/ domstoler gir pasienten medhold i utskrivelse, dersom de kan ta det forbeholdet at man innen noe tid får klargjort en slik utskrivelse.

Helsedirektoratet mener det er svært betenkelig å skulle åpne for tvungent vern i en situasjon hvor kommisjon/ domstol i utgangspunktet har kommet til at vilkårene for tvungent vern ikke er oppfylt.

Direktoratet er oppmerksom på at det ofte er et problem at kommunene ikke har egnet bolig til en pasient ved utskrivelse. Det nye forslaget om at alle som skrives ut av tvungent vern skal tilbys frivillig psykisk helsevern vil etter vår mening være tilstrekkelig for å sikre et tilbud om oppfølging av pasienter som ønsker det.

Kommunen/hjemmetjenesten/ ambulant team på DPS skal sammen kunne gi et tilbud raskt. Dette tilsier at det ikke er rimelig å vente med utskrivning i 4 uker.

Helsedirektoratet støtter derfor ikke forslaget

Vedtak om behandling uten pasientens samtykke, krav til rettshjelp og prøving etter tvisteloven kapittel 36

Det foreslås at pasientene skal gis samme krav til rettshjelp ved klage over vedtak om behandling uten eget samtykke, som ved klage over vedtaket om tvungent psykisk helsevern. Direktoratet ser at dette vil øke rettssikkerheten til pasientene. Det kan være av stor betydning for pasienten å få bistand til å formidle sitt syn i forbindelse med denne type klagesaker. Direktoratet støtter derfor dette forslaget.

Utvalget foreslås videre at pasienten skal kunne få prøvet vedtak uten samtykke, jf dagens § 4-4, etter reglene i tvisteloven kapittel 36.

Helsedirektoratet mener det er nødvendig å utrede dette spørsmålet nærmere. Dette må ses opp mot dagens ordning med at selve vedtaket om tvungent vern kan prøves etter dette kapitlet. Det vil kunne bli uoversiktlig med to parallelle saker, som i realiteten ofte vil omhandle det samme – nemlig muligheten for tvangsmedisinering. Spørsmål om rettskraftsvirkning, karantenetid, betydningen av å få medhold i en type

sak -og ikke den andre -må utredes nærmere. Det må også utredes hvorvidt klageinstans og domstol skal kunne ha avgjørende myndighet i forhold til dosering, type medisin etc. i forhold til denne type klager.

Det vil kunne bli hyppig prøving av § 4-4 saker. Denne type vedtak har jo kun varighet i inntil 3 mnd. Saken må da også berammes svært raskt.

Helsedirektoratet mener det bør utredes en grense på én domstolsprøving i året, slik det var etter tvistemålsloven. Dersom det skal åpnes for domstolsprøving av § 4-4 vedtak, bør det utredes om ikke denne karantenetiden bør gjelde for begge typer vedtak samlet.

Disse spørsmålene må vurderes i sammenheng med en utredning av dagens klageordning og en eventuell overgang til annen kontroll- og overprøvingsinstans.

Kortere karantenetid før ny klage på tvungent vern til kontrollkommisjonen

Karantenetiden foreslås redusert fra seks til tre måneder, før ny klage i samme type sak kan fremsettes.

Helsedirektoratet vurderer at dagens karantenetid på seks mnd er noe lang. Vi mener likevel at det ved kun tre måneders karantenetid blir for hyppig klagebehandling. Det vil kunne bli så hyppig at sykehuset kan komme til å "hvile" seg på kommisjonens vurderinger, noe som ikke nødvendigvis fører til mindre tvang. Faglig ansvarlig må også bruke mer tid på å forberede sak for kommisjon og retten, noe som går på bekostning av tid til pasientbehandling.

Helsedirektoratet har etter dette kommet til at fire måneder bør være karantenetid for klager over TPH.

Spesielt vedr. individuell plan (IP)

De foreslåtte lovendringene vil gjøre det påkrevd å legge økt vekt på utarbeidelsen av individuell plan. At det er utarbeidet en individuell plan i dialog mellom helsetjeneste og pasient, og at det er oppnevnt koordinator, vil gjøre oppfølgingen lettere og gi mulighet for å få til et frivillig behandlingsopplegg som både pasient og helsetjeneste forplikter seg til å følge.

IPs betydning ved "antatt samtykke" fremgår ellers direkte av forslaget til nye §§ 4-1, pkt. 7, 4-2, pkt.9 og 5-4, pkt. 9 i psykisk helsevernloven. Ved vurderingen av om det er sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen, skal pasientens tidligere uttrykte holdninger til bruk av tvang, eller til behandlingstiltaket, nedfelt blant annet gjennom individuell plan tillegges betydelig vekt.

Det arbeid som er gjort med individuell plan og den dokumentasjon som foreligger der, vil derfor ha betydning som del av beslutningsgrunnlaget i tvungent psykisk helsevern.

Utvalget foreslår at dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal kontrollkommisjonen, når det har gått 4 uker etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. ny § 4-9.

Dette er en styrking av pasientens rett til individuell plan og innebærer at samarbeid og dialog med pasienten skal vektlegges. I dag skal kontrollkommisjonen først etter tre måneder kontrollere at individuell plan er utarbeidet.

Helsepersonells plikt til snarest mulig å gi melding om behov for individuell plan og koordinator, jf helsepersonelloven § 38 a, vil i denne sammenheng få økt betydning. Det bør derfor henvises til denne bestemmelsen i psykisk helsevern loven eller i forskrift til loven.

Et problem kan være at utarbeidelse av individuell plan krever samtykke og er basert på dialog og samarbeid med pasienten. Med den økte betydningen av individuell plan innenfor tvungent psykisk helsevern, bør dette omtales i forarbeidene eller i merknader til psykisk helsevernloven.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

I kapittel 17 om økonomiske og administrative konsekvenser anslås det at lovendringsforslagene vil føre til færre personer på tvungen psykisk helsevern uten døgn. Det er også sannsynlig med færre tvangsinnleggelse og kortere liggetid i sykehus. Hvorvidt de foreslåtte lovendringene vil føre til et økt behov for kommunale tjenester, og mulige økonomiske konsekvenser av dette er ikke berørt i utredningen. Dette må gjøres i det videre arbeidet.

Det er heller ikke tatt høyde for at mulige lovendringer vil kreve opplæring av nøkkelpersonell i kommunene. Hvis de kommunale tjenestene skal kunne gi et tilstrekkelig og kvalitativt godt tilbud til flere personer med alvorlige psykiske lidelser, vil det kreve en styrket kompetanse i kommunene. Også på dette punktet må de økonomiske konsekvensene utredes.

Se for øvrig våre synspunkter under forslaget om ny kontroll- og overprøvningsinstans.

5. Generelle kommentarer til saksbehandlingsregler og kontroll- og overprøvningsordningene

Helsedirektoratet mener det helt generelt bør bemerkes et behov for å samkjøre saksbehandlingsregler og kontroll- og overprøvningsmekanismer for tvangsvedtak i psykisk helsevern og helse- og omsorgstjenesten forøvrig. Regelverket er i dag sprikende. På en og samme institusjon kan samme personell måtte forholde seg til flere tvangsregelverk med ulike saksbehandlingsregler, og en pasient kan tilsvarende måtte forholde seg til ulike klagemekanismer i opptil tre ulike tvangsregelverk: Det vil for eksempel gjelde personer med rusproblematikk eller personer med psykisk utviklingshemming som også har både psykiske og somatiske lidelser. Her kan tvang være aktuelt både etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Kontroll- og overprøvningsmekanismene er ditto ulike. Dette kan innebære et rettsikkerhetsproblem.

Utvalget mener at det bør være en langsiktig målsetting å samordne tvangsreglene i helse- og omsorgstjenesten. Dette ble også påpekt i forarbeidene til ny helse- og omsorgslov. Helsedirektoratet slutter seg til dette og anmoder departementet om å

foreta en gjennomgang av alt regelverk som omfatter bruk av tvang på helse- og sosialrettens område og vurdere å lovmessig sammenstille det.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.
divisjonsdirektør



Arne Johannesen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk